

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E  
SISTEMAS  
NÍVEL DOUTORADO**

**CAROLINE LIMA DE ALMEIDA COSTA**

**AÇÕES PARA REDUÇÃO DE FALHAS NA GESTÃO DA  
COPRODUÇÃO EM TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS COM TERAPIA  
ANTINEOPLÁSICA ORAL**

**São Leopoldo**

**2018**



CAROLINE LIMA DE ALMEIDA COSTA

**AÇÕES PARA REDUÇÃO DE FALHAS NA GESTÃO DA  
COPRODUÇÃO EM TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS COM TERAPIA  
ANTINEOPLÁSICA ORAL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas, pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Borchardt

São Leopoldo  
2018

C837a Costa, Caroline Lima de Almeida.  
Ações para redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos oncológicos com terapiaantineoplásica oral / Caroline Lima de Almeida Costa. – 2018.

149p. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, 2018.

"Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Borchardt."

1. Coprodução. 2. Coprodutor. 3. Terapia Antineoplásica Oral (TAO). 4. Serviços de saúde. I. Título.

CDU 614

CAROLINE LIMA DE ALMEIDA COSTA

**AÇÕES PARA REDUÇÃO DE FALHAS NA GESTÃO DA  
COPRODUÇÃO EM TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS COM TERAPIA  
ANTINEOPLÁSICA ORAL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas, pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovada em 13/12/2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Giancarlo Medeiros Pereira – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia de Salles Stadlober - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Josefina Fonseca Coutinho - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

---

Prof. Dr. Daniel Battaglia - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

Visto e permitida a impressão

São Leopoldo, 13/12/2018.

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Borchardt

## **DEDICATÓRIA**

*Ao meus amados pais, Heleno e Florisbela*

*Aos meus amores, Marcelo e Helena*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me conceder saúde e guiar meus caminhos, sem nunca me deixar perder a força e a coragem de seguir adiante.

Aos meus pais, Heleno e Florisbela, por todo amor, carinho e compreensão ao longo da minha vida e da minha trajetória acadêmica.

Ao meu marido Marcelo, pelo incentivo, amor, apoio e paciência, permanecendo ao meu lado em todos os momentos.

A minha amada filha Helena, que é a inspiração e a luz da minha vida, e me acompanha no doutorado desde a gravidez.

A rede de apoio, que tanto me ajudou nos cuidados com a Helena nesta trajetória. Minha mãe Florisbela, meu marido Marcelo, minha irmã Heloisa, meu cunhado Mario, meus sobrinhos Aline, Lucas e Lucas H.. Sem vocês eu não teria chegado até aqui!

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Borchardt, por todo apoio, motivação e ensinamentos para a concretização deste trabalho.

Aos professores do Programa em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em especial aos professores Prof. Dr. Giancarlo Medeiros Pereira, e minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Miriam Borchardt. Meu respeito e admiração pelo profissionalismo e dedicação como professores e colegas de pesquisa.

Ao Serviço de Oncologia onde foi realizada a coleta de dados, que abriu as portas para a pesquisa, contribuindo para a execução deste trabalho.

A todos os colegas de doutorado que de alguma me acompanharam nesta caminhada, compartilhando momentos bons e ruins, mas sempre acreditando que esta jornada seria vencida.

A todos os familiares e amigos que torceram por este momento, o meu sincero agradecimento!

## RESUMO

A Coprodução em Serviços de Saúde e os processos a ela relacionados são temas ainda pouco pesquisados. Nos serviços de saúde, o paciente se torna um integrante do processo produtivo ao exercer a função de coprodutor, realizando a gestão do seu tratamento de forma autônoma. Nesta perspectiva, é preciso entender como os serviços e os profissionais de saúde gerenciam o uso de medicamentos no contexto específico de tratamentos de longo prazo, como no caso da Terapia Antineoplásica Oral (TAO), utilizada no tratamento do câncer. Este trabalho propôs um conjunto de ações com o objetivo de reduzir falhas no processo de gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar. Para atender a este objetivo, foi elaborada uma estrutura conceitual, a partir de um levantamento bibliográfico que pesquisou os conceitos de Coprodução em Serviços, Falhas em Coprodução, Serviços de Saúde e TAO, e de uma revisão sistemática de literatura sobre os conceitos de Coprodução em Serviços de Saúde. A partir desta estrutura conceitual foram definidas as categorias de análise, utilizadas como base para a elaboração do instrumento de coleta de dados. Um questionário semiestruturado com questões abertas foi o instrumento de coleta utilizado nesta pesquisa, realizada a partir de uma abordagem qualitativa, adotando como método o estudo de caso. Este estudo de caso foi aplicado junto a um Serviço de Oncologia, situado em um hospital de grande porte, localizado no estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram analisadas por meio técnica de análise de conteúdo, que tem por objetivo interpretar as características e os padrões que estão por trás do conteúdo das mensagens e documentos. Para dar suporte a análise de conteúdo, foi utilizado o *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti – versão 8.0. Com a consolidação dos dados, os achados da pesquisa foram comparados por meio da triangulação, envolvendo resultados, perspectivas ou teorias, pesquisadores ou métodos, como uma resposta a fidedignidade e a validade do estudo com os achados teóricos. Os resultados indicam que os processos de trabalho ainda não estão ordenados de modo a produzir o melhor resultado na entrega do serviço para os pacientes no contexto dos tratamentos com TAO. Assim, o conjunto de ações proposto sugere a adoção de procedimentos para a redução de falhas na gestão da coprodução no que diz respeito à abordagem integral do paciente, adequação a rotina de distribuição de medicamentos, educação para coprodução, gestão de demanda, gestão da coprodução, e otimização do fluxo de solicitação e autorização de medicamentos.

**Palavras- Chave:** Coprodução. Coprodutor. Serviços de Saúde. Terapia Antineoplásica Oral (TAO).



## ABSTRACT

Coproduction in Health Services and related processes are still under-researched topics. In health services, the patient becomes an integral part of the productive process by performing the role of coproducer, performing the management of his treatment autonomously. In this perspective, it is necessary to understand how the services and the health professionals manage the use of drugs in the specific context of long-term treatments, as in the case of Oral Antineoplastic Therapy (TAO), used in the treatment of cancer. This work proposed a set of actions with the objective of reducing failures in the process of coproduction management in TAO treatments in the hospital setting. In order to meet this objective, a conceptual framework was developed, based on a bibliographical survey that investigated the concepts of Coproduction in Services, Failures in Coproduction, Health Services and TAO, and a systematic literature review on the concepts of Co-production in Services of Health. From this conceptual framework, the categories of analysis were defined, used as basis for the elaboration of the instrument of data collection. A semistructured questionnaire with open questions was the collection tool used in this research, based on a qualitative approach, adopting the case study as a method. The case study was carried out with an Oncology Service, located in a large hospital, located in the state of Rio Grande do Sul. The interviews were analyzed through a content analysis technique, whose purpose is to interpret the characteristics and the standards behind the content of messages and documents. To support the analysis of the content, the software for qualitative data analysis Atlas.ti - version 8.0 was used. With the consolidation of data, the research findings were compared through triangulation, involving results, perspectives or theories, researchers or methods, as a response to reliability and the validity of the study with the theoretical findings. The results indicate that the work processes are still not ordered in order to produce the best result in the delivery of the service to the patients in the context of the TAO treatments. Thus, the proposed set of actions suggests the adoption of procedures to reduce failures in coproduction management with respect to the integral approach of the patient, adequacy to the routine of drug distribution, education for coproduction, demand management, coproduction management, and optimization of the flow of medication request and authorization.

**Keywords:** Co-production. Coproducer.- Health Care. Oral Antineoplastic Therapy (TAO).

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Transformação no Serviço de Saúde .....	21
Figura 2 - Etapas do Método Científico .....	25
Figura 3 - Condução do Estudo de Caso .....	26
Figura 4 - Método de Trabalho .....	28
Figura 5 - Estratégia de Busca .....	32
Figura 6 - Seleção de Artigos .....	34
Figura 7 - Operacionalização da Análise de Conteúdo no Atlas.ti.....	42
Figura 8 - Categorias de Análise da Coprodução em Serviços de Saúde.....	55
Figura 9 - Ações para a Coprodução .....	57
Figura 10 - Correlação entre os Códigos .....	59
Figura 11 - Codificação Grupo 1 - G1 .....	62
Figura 12 - Codificação Grupo 1 - G2 .....	63
Figura 13 - Codificação Grupo 2 – M1 .....	64
Figura 14 - Codificação Grupo 2 – M2 .....	65
Figura 15 - Codificação Grupo 2 – M3 .....	66
Figura 16 - Codificação Grupo 2 – M4 .....	67
Figura 17 - Codificação Grupo 2 – M5 .....	68
Figura 18 - Codificação Grupo 3 – E1 .....	69
Figura 19 - Codificação Grupo 3 – E2.....	69
Figura 20 - Codificação Grupo 3 – F1 .....	71
Figura 21 - Codificação Grupo 3 – F2 .....	72
Figura 22 - Codificação Grupo 3 – N1 .....	73
Figura 23 - Codificação Grupo 3 – P1 .....	74
Figura 24 - Codificação Grupo 3 – P2.....	75
Figura 25 - Inclusão de Categorias de Análise – Grupo 1 .....	79
Figura 26 - Inclusão de Categorias de Análise – Grupo 2.....	80
Figura 27 - Inclusão de Categorias de Análise – Grupo 3.....	81
Figura 28 - Ações para a Gestão da Coprodução – Grupo 1 .....	103
Figura 29 - Ações para a Gestão da Coprodução – Grupo 2 .....	104
Figura 30 - Ações para a Gestão da Coprodução – Grupo 3 .....	106
Figura 31 - Adequações no Serviço de Oncologia .....	110
Figura 32 - Critérios para Prescrição de Tratamentos com TAO.....	111

Figura 33 - Atendimento a Pacientes em Tratamento com TAIV .....	115
Figura 34 - Atendimento a Pacientes em Tratamento com TAO.....	115
Figura 35 - Atendimento a Pacientes em Tratamento com TAIV e TAO .....	116
Figura 36 - Ações para a da Gestão da Coprodução em Tratamentos com TAO...	117

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultado da Busca de Artigos - RSL.....	33
Quadro 2 - Definição das Categorias de Análise.....	35
Quadro 3 - Relação dos Entrevistados.....	38
Quadro 4 - Principais Elementos do Atlas.ti .....	41
Quadro 5 - Definições de Coprodução .....	44
Quadro 6 - Síntese dos Artigos Selecionados.....	52
Quadro 7 - Coprodução em Saúde – Similaridades .....	54
Quadro 8 - Síntese das Categorias de Análise .....	55
Quadro 9 - Codificação por Entrevistado – Categorias de Análise Iniciais.....	60
Quadro 10 - Codificação por Grupos– Categorias de Análise Iniciais.....	60
Quadro 11 - Codificação por Entrevistado – Categorias de Análise Revisadas .....	77
Quadro 12 - Codificação por Grupos - Categorias de Análise Revisadas.....	78
Quadro 13 - Regras de Enumeração – Unidades de Registro .....	82
Quadro 14 - Discussão dos Resultados por Categoria de Análise.....	108
Quadro 15 - Como Reduzir Falhas na Gestão da Coprodução em Tratamentos com TAO a partir de um Conjunto de Ações.....	118

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ATLAS.ti®	<i>Computer- Assisted Qualitative Data Analysis Software</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Resolução Normativa
RSL	Revisão Sistemática de Literatura
SUS	Sistema Único de Saúde
TAIV	Terapia Antineoplásica Intra Venosa
TAO	Terapia Antineoplásica Oral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 CONTEXTO E DEFINIÇÕES .....	14
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	16
1.3 QUESTÃO DE PESQUISA.....	18
1.4 OBJETIVOS .....	18
<b>1.4.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>19</b>
1.5 JUSTIFICATIVA .....	19
1.6 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	23
1.7 ESTRUTURA DA TESE .....	24
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	25
2.2 MÉTODO DE TRABALHO .....	27
<b>2.2.1 Estrutura Conceitual</b> .....	<b>30</b>
<b>2.2.2 Planejamento e Teste Piloto</b> .....	<b>35</b>
<b>2.2.3 Coleta de Dados</b> .....	<b>37</b>
<b>2.2.4 Análise de Dados</b> .....	<b>38</b>
<b>2.2.5 Resultados</b> .....	<b>42</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>43</b>
3.1 COPRODUÇÃO EM SERVIÇOS .....	43
<b>3.1.1 Falhas em Coprodução</b> .....	<b>46</b>
3.2 SERVIÇOS DE SAÚDE E TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL – TAO.....	48
3.3 COPRODUÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....	51
<b>3.3.1 Síntese da Revisão Sistemática de Literatura</b> .....	<b>56</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>58</b>
4.1 CODIFICAÇÃO DOS DADOS .....	58
<b>4.1.1 Síntese da Codificação dos Dados</b> .....	<b>82</b>
4.2 SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	85
<b>4.2.1 Adequação</b> .....	<b>85</b>
<b>4.2.2 Critérios para Prescrição de Tratamentos com TAO</b> .....	<b>87</b>
<b>4.2.3 Demanda</b> .....	<b>89</b>
<b>4.2.4 Educação para Coprodução</b> .....	<b>90</b>

<b>4.2.5 Relação entre Pacientes e Profissionais de Saúde</b> .....	93
<b>4.2.6 Papel do Paciente como Coprodutor</b> .....	94
<b>4.2.7 Gestão da Coprodução</b> .....	95
<b>4.2.8 Falhas em Coprodução</b> .....	96
<b>4.2.9 Protocolo de Atendimento para Tratamentos com TAIV</b> .....	97
<b>4.2.10 Operadoras de Planos de Saúde</b> .....	99
<b>4.2.11 Ações</b> .....	100
<b>5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>107</b>
<b>5.1 PROPOSIÇÃO DE AÇÕES PARA REDUÇÃO DE FALHAS NA GESTÃO DA COPRODUÇÃO</b> .....	117
<b>5.2 CONTRIBUIÇÃO ACADÊMICA</b> .....	120
<b>5.3 CONTRIBUIÇÃO GERENCIAL</b> .....	121
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>124</b>
<b>APÊNDICE A - PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .	<b>134</b>
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS GRUPO 1 - GESTÃO</b> .....	<b>135</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS GRUPO 2 – CORPO CLÍNICO</b> ....	<b>136</b>
<b>APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTAS GRUPO 3 – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR</b> .....	<b>137</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>138</b>
<b>APÊNDICE F - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA</b> .....	<b>140</b>
<b>APÊNDICE G - TABELAS CÓDIGO-DOCUMENTO - CATEGORIAS INICIAIS</b> ....	<b>141</b>
<b>APÊNDICE H - TABELAS CÓDIGO-DOCUMENTO – CATEGORIAS INCLUÍDAS</b> .....	<b>142</b>
<b>ANEXO A - ESTIMATIVAS PARA O ANO DE 2018</b> .....	<b>143</b>
<b>ANEXO B - COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTINOEPLÁSICOS ORAIS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER</b> .....	<b>144</b>
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>148</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTO E DEFINIÇÕES

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, atingem uma grande e crescente parte da população a nível mundial, e já representam a principal causa de morte em todo mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; SPANJOL et al., 2015; ANS, 2016; NIEMELÄ et al., 2016; FARIAS; ARAÚJO, 2017). Dentre as DCNT, o câncer, também conhecido como neoplasia maligna, representa um problema maior do que o infarto agudo do miocárdio em número de mortes, e ainda permanece como um desafio para os sistemas de saúde (ANS, 2014; ANS, 2016). De acordo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no biênio 2018-2019, ocorrerão 600 mil novos casos de câncer no Brasil para cada um destes anos, sendo os de maior incidência os cânceres de próstata (68 mil novos casos) e de mama (60 mil novos casos), conforme apresenta o Anexo A. Com exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer com maior incidência no referido biênio serão o de próstata (31,7%), de pulmão (8,7%), de estômago (6,3%) e de cavidade oral (5,2) nos homens, e de mama (29,5%), de intestino (9,4%), de colo do útero (8,1%), de pulmão (6,2%) e de tireóide (4,0%) nas mulheres (INCA, 2017).

A Oncologia, especialidade médica que trata o câncer, tem o seu avanço medido pela melhoria da qualidade de vida e pela longevidade do paciente (ANS, 2014; ANS, 2016). E na trajetória para este avanço, o número de medicamentos orais disponíveis para o tratamento do câncer por meio da Terapia Antineoplásica Oral (TAO) vem aumentando significativamente na última década, tanto em quantidade quanto em complexidade (ENRIGHT et al., 2015; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ZERILLO et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; SHAH et al., 2016). Neste cenário, mais de 25% dos 400 tipos de medicamentos em desenvolvimento para o tratamento do câncer estarão disponíveis para consumo no formato oral nos próximos anos (GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; SHAH et al., 2016).

Nos tratamentos com TAO o paciente pode permanecer em casa, tornando-se o responsável por uma etapa da produção do serviço de saúde ao realizar a administração e o manejo do medicamento de forma autônoma (KRZYZANOWSKA;



POWIS, 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016). Assim, o paciente passa a ser considerado um coprodutor sempre que realizar atividades relacionadas ao seu tratamento de maneira independente, a partir de um conjunto de comportamentos contextualizados, destinados a extrair valor das orientações fornecidas por profissionais de saúde (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; GALLAN et al., 2013; BRADLEY, 2015; HARDYMAN et al., 2015; WANG; LEE; WU, 2015; SPANJOL et al., 2015; DONG et al., 2016).

Para que a coprodução executada pelo paciente tenha um resultado positivo, é importante que exista clareza sobre as expectativas e os papéis que o profissional de saúde e o paciente ocupam neste cenário (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; GALLAN et al., 2013; SPANJOL et al., 2015; WANG et al., 2015). Além disso, é fundamental que o paciente, bem como os demais envolvidos com o tratamento - familiares e cuidadores, estejam devidamente educados para atuarem como coprodutores (SPANJOL et al., 2015; WANG et al., 2015). A falta de protocolos pré-estabelecidos e o não cumprimento das orientações podem resultar em falhas na coprodução, que impactam diretamente na redução dos sintomas, na segurança, no bem-estar, e na educação do paciente, sobretudo em tratamentos de longo prazo ou por tempo indefinido, a exemplo dos tratamentos com TAO (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; SPANJOL et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016).

No Brasil, a utilização de medicamentos para tratamentos com TAO passou a ter cobertura obrigatória para beneficiários de planos de saúde a partir da vigência da Resolução Normativa (RN) nº 338 de 2013, estabelecida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que regulamenta a Saúde Suplementar no país (ANS, 2014). Esta resolução passou a vigorar em 02/01/2014, com a incorporação de 37 medicamentos orais para tratamentos com TAO no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS (ANS 2014; ANS, 2016). No ano de 2018, esta relação de medicamentos foi atualizada a partir da RN nº 428 de 2017, totalizando a cobertura 43 medicamentos orais para tratamentos com TAO (ANS, 2018), conforme apresenta o Anexo B.

Embora tenha toxicidade semelhante à Terapia Antineoplásica Intra Venosa (TAIV), também conhecida como quimioterapia, o tratamento com TAO ainda apresenta maiores possibilidades de falhas e variabilidade, por não ser realizado nas dependências do serviço de saúde, e por não receber acompanhamento local em relação ao controle e a administração do medicamento, a segurança do paciente, as interações medicamentosas, e a aderência ao tratamento (ZERILLO et al., 2015;

GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016). Desta forma, surge a necessidade de averiguar a gestão da coprodução em tratamentos com TAO junto aos serviços de saúde, no que diz respeito à utilização dos medicamentos, protocolos padronizados, falhas, e na educação e acompanhamento do paciente e dos demais envolvidos no processo (ENRIGHT et al., 2015; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ZERILLO et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; SHAH et al., 2016).

Sabendo que o comportamento participativo do paciente permanece como uma grande oportunidade a ser explorada pelos serviços de saúde (GALLAN et al., 2013), e que pesquisar a sua experiência como coprodutor é de suma importância para a gestão da coprodução (OSTROM et al., 2010; SPANJOL et al., 2015), especialmente em tratamentos com TAO (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016), **a presente tese propõe como tema de pesquisa a coprodução em serviços de saúde, com a finalidade de reduzir falhas na gestão do processo de coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar.** A seguir são apresentados o problema e a questão de pesquisa.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

A pesquisa sobre saúde e bem-estar tem potencial para fazer contribuições significativas na pesquisa sobre serviços (BERRY; BENDAPUDI, 2007; OSTROM, et al., 2010; McCOOL-KENNEDY et al, 2012.; TANG; GUO; GOPINATH, 2016). Contextos que estudam casos especiais, com características específicas, como o papel do paciente na produção dos serviços de saúde, geram aprendizado para infundir novos conhecimentos (BERRY; BENDAPUDI, 2007; GALLAN et al., 2013; VOSS et al., 2016).

A teoria e a pesquisa podem oferecer uma melhor interpretação sobre a natureza dinâmica da coprodução, ao estudarem os atores envolvidos ao longo do tempo neste processo (BRANSTAD; SAETRE, 2016). Portanto, torna-se relevante estudar os riscos e os benefícios que envolvem a coprodução em diferentes contextos e prazos (HEATON; DAY; BRITTEN, 2016). O estudo de Essén, Värlander e Liljedal (2016) reconhece que os modelos de negócio no contexto dos serviços de saúde que atendem a tratamentos de longo prazo, como nos casos de DCNT, precisam ser revistos em termos de tipo e nível de cuidados oferecidos. Nesta lógica, Essén, Värlander e Liljedal (2016) afirmam que se faz necessário rever a estratégia global do

negócio, refletindo proativamente sobre o contexto organizacional e a importância do papel do paciente como executor da coprodução. Ainda que poucas organizações enxerguem o paciente de forma estratégica, sugere-se que a habilidade dos pacientes como coprodutores, e a influência da coprodução no seu estado de saúde sejam investigadas (GALLAN et al., 2013; ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016).

Neste cenário, os estudos de Krzysanowska e Powis (2015), Zerillo et al. (2015), Zhu e Zolkiewski (2015), Griffin et al. (2016), e Shah et al. (2016) apontam uma lacuna em relação às pesquisas sobre falhas em coprodução nos serviços de saúde, bem como a participação dos atores inseridos neste processo – pacientes, familiar, cuidadores e profissionais de saúde (médicos e equipe multidisciplinar). Além disso, os estudos de Basu et al., (2013), Zhu e Zolkiewski (2015), Griffin et al. (2016) e Shah et al. (2016) indicam lacunas na pesquisa sobre as causas e os impactos das falhas da coprodução na duração e na qualidade do tratamento. Com base nas lacunas de pesquisa identificadas nestes estudos, torna-se pertinente investigar as causas e os impactos das falhas na gestão da coprodução em nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, é preciso entender como os serviços e os profissionais de saúde gerenciam o uso de medicamentos e demais terapias complementares no contexto específico de tratamentos de longo prazo (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; SPANJOL et al., 2015). Com o aumento considerável em número e complexidade de medicamentos orais para o tratamento do câncer, surge a necessidade de fazer a gestão do tratamento, que passa a ser administrado pelo paciente coprodutor (MULKERIN et al., .; GRIFFIN et al., 2016, SHAH et al., 2016; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; ZERILLO et al., 2015). O tratamento com TAO também pode representar mudanças significativas para o sistema de saúde como um todo, em função da possível redução do volume de utilização da estrutura do serviço para tratamentos com TAIV, assim como a gestão do tratamento à distância, e a relação entre profissionais de saúde e pacientes (MULKERIN et al., 2016). Neste cenário, a falta de controle e de padronização dos processos pode resultar em importantes falhas na coprodução (RIAZ; KHAN., 2016).

Agregado a isso, é importante considerar que a coprodução é um dos componentes do processo de cocriação de valor (VARGO; LUSCH, 2008; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; FLORES; VASQUEZ-PARRAGA, 2015; HARDYMAN; DAUNT; KITCHENER, 2015). Logo, pacientes podem criar valor junto aos serviços a partir da sua experiência como coprodutores (FLORES; VASQUEZ-PARRAGA, 2015;

ZHANG et al., 2015). Neste sentido, a coprodução pode ampliar o valor percebido pelo aprimoramento da qualidade do serviço prestado, a partir da ação do paciente como coprodutor (FLORES; VASQUEZ-PARRAGA, 2015; ZHANG et al., 2015).

Os estudos acima relacionados apresentam lacunas e oportunidades de pesquisa que corroboram para a indicação de ações que contribuam para a redução de falhas na gestão da coprodução em serviços de saúde, colaborando para o progresso de processos em contextos específicos como nos casos de tratamentos com TAO.

### 1.3 QUESTÃO DE PESQUISA

Ao considerar que contextos que estudam casos com características específicas geram aprendizado para infundir novos conhecimentos (BERRY; BENDAPUDI, 2007; GALLAN et al., 2013; VOSS et al., 2016), tendo como base lacunas que apontam a carência de pesquisas relacionadas às falhas em coprodução nos serviços de saúde (BASU et al., 2013; KRZYSANOWSKA; POWIS, 2015; ZERILLO et al., 2015; ZHU; ZOLKIEWSKI, 2015; GRIFFIN et al., 2016; SHAH et al., 2016) , foi delineada a seguinte questão de pesquisa: **Como um conjunto de ações por contribuir para a redução de falhas na gestão do processo de coprodução em tratamentos com Terapia Antineoplásica Oral - TAO no âmbito hospitalar?**

Para responder a esta questão de pesquisa a presente tese propõe um conjunto de ações para redução de falhas na gestão do processo de coprodução em tratamentos com TAO, tendo como cenário um Serviço de Oncologia situado em hospital de grande porte. Para isso, foi realizado um estudo de caso único, elaborado a partir de uma revisão de literatura onde foram identificados elementos pertinentes ao tema.

A seguir são apresentados os objetivos geral e específicos.

### 1.4 OBJETIVOS

#### 1.4.1 Objetivo Geral

Propor um conjunto de ações com objetivo de contribuir para a redução de falhas no processo de gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os elementos relacionados à gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar;
- b) Investigar os elementos identificados relacionados à gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar;
- c) Analisar as possíveis falhas decorrentes do processo de gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar;
- d) Indicar procedimentos a serem adotados para a redução de falhas decorrentes do processo de gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar.

A seguir são apresentadas as justificativas que tornam relevante a elaboração desta pesquisa.

### 1.5 JUSTIFICATIVA

A elaboração da presente tese se justifica pela possibilidade de agregar conhecimento e novas práticas de gestão com o estudo de um tema que ainda carece de pesquisa em contextos específicos: a coprodução. A pesquisa sobre coprodução no contexto específico dos serviços de saúde vem atraindo significativa atenção acadêmica, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, por ser uma área distinta do comportamento do paciente, onde a gestão, os processos e os papéis dos atores envolvidos ainda são pouco pesquisados (OSTROM et al., 2010; GALLAN et al., 2013; SPANJOL et al., 2015; WANG, et al., 2015; DONG et al., 2016, FAROOQI, 2016). Nos serviços de saúde a coprodução é constante, portanto sua pesquisa torna-se relevante não só para a gestão, mas também para a cadeia de valor, planejamento, operação, entrega e avaliação dos envolvidos no processo (GALLAN et al., 2013; SPANJOL et al., 2015; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; DONG et al., 2016; WANG; LEE; WU, 2015; FAROOQI, 2016).

Considerando esta perspectiva e o ambiente escolhido para este estudo, é importante ressaltar que os hospitais são organizações complexas (VENDEMIATTI et al., 2010; LITTIKE; SODRE, 2015), que utilizam tecnologia avançada, e que precisam se movimentar de maneira proativa para acompanhar as mudanças que acontecem em seu entorno (VENDEMIATTI et al., 2010). É essencial observar que a demanda de um hospital tem a variabilidade como importante característica, face à peculiaridade do seu objeto de trabalho, que é a vida humana (BERRY e BENDAPUDI, 2007; VENDEMIATTI et al., 2010; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; LITTIKE; SODRE, 2015; VAN OERLE; MAHR; LIEVENS, 2016). Para atender a esta demanda, os serviços de saúde carecem de inovação na estrutura do seu modelo de negócio, especialmente nos países emergentes (LITTIKE; SODRE, 2015; PELS; KIDD, 2015).

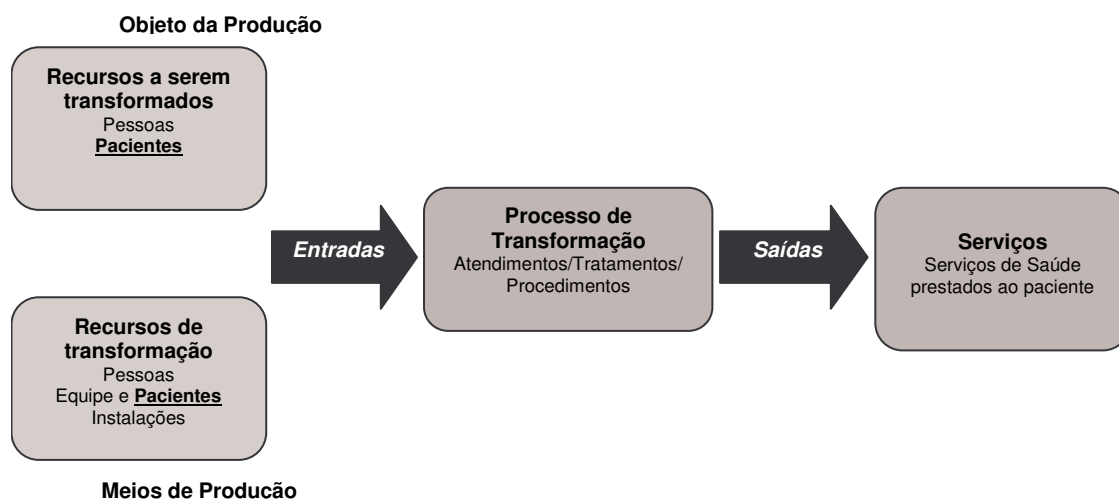
Nesta lógica, a distribuição de tarefas de forma sistemática pode influenciar na performance dos profissionais de saúde e no fluxo entre os departamentos, possibilitando a execução de processos de produção estruturados, e a criação de novos arranjos de trabalho (LITTIKE; SODRE, 2015). Assim, o desenvolvimento dos serviços de saúde por meio da gestão de processos surge como uma oportunidade para definir e mapear processos de trabalho, identificar gargalos, e estruturar a gestão de fluxo entre os departamentos (HELLSTRÖM; LIFVERGREN; QUIST, 2010).

Além disso, estudar o processo de coprodução em pacientes portadores de câncer torna-se pertinente por esta patologia ser integrante do grupo das DCNT. As DCNT são a principal causa de morte no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; SPANJOL et al., 2015; ANS, 2016; NIEMELÄ et al., 2016; FARIAS; ARAÚJO, 2017), necessitam de tratamentos complexos e de alto custo (BERRY; BENDAPUDI, 2007; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; MOHANTY et al., 2014; STOKBURGER-SAUER et al., 2016), e comprometem a qualidade de vida dos pacientes, causando impactos econômicos para famílias, comunidades e sociedade em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Ademais, o câncer é a segunda causa de óbito no Continente Americano, ocasionando a morte 1,15 milhão de pessoas por ano somente nesta região (ANS, 2016). Em países subdesenvolvidos como o Brasil, as taxas de sobrevivência de pacientes com câncer estão abaixo das taxas apresentadas por países desenvolvidos, refletindo diagnósticos tardios e falhas nos tratamentos (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012). Para melhorar estes dados, é importante implementar medidas de controle para a redução de fatores de risco (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012).

No Brasil o tratamento do câncer vem sendo motivo de atenção no Setor de Saúde Suplementar desde a regulamentação dos planos de saúde, estabelecida pela Lei nº. 9656 de 1998. Esta lei introduziu a cobertura de procedimentos, terapias e exames complementares para as doenças catalogadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANS, 2014). Desde então, uma das maiores barreiras no Setor de Saúde Suplementar está na inclusão de cobertura para novas tecnologias e medicamentos para o tratamento do câncer (ANS, 2014; ANS, 2016). Por se tratar a de uma mudança recente, a cobertura de medicamentos para tratamentos com TAO para beneficiários de planos de saúde ainda requer ajustes e adaptações junto aos serviços de saúde que atendem a especialidade de oncologia (ANS, 2014). Cabe salientar que ao optarem pela prescrição de tratamentos com TAO, os profissionais de saúde deixam de acompanhar pessoalmente a administração da terapia antineoplásica (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; SPANJOL et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016).

Apesar da participação ativa do paciente ter sido reconhecida pela medicina e pelos serviços de saúde como um complemento na experiência dos profissionais que atuam nesta área (GALLAN et al., 2013; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; SPANJOL et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; PALUMBO, 2016), o serviço nem sempre o reconhece como um recurso integrante do sistema de produção. A Figura 1, adaptada da figura original de Slack, Chambers e Johnston (2009), ilustra a posição do paciente como recurso de transformação no modelo de transformação do sistema de produção dos serviços de saúde.

Figura 1 - Modelo de Transformação no Serviço de Saúde



Fonte: Adaptado de Slack, Chambers e Johnston (2009).

Do ponto de vista gerencial, autores como Berry e Bendapudi (2007), McCool-Kennedy et al. (2012), Philips e Morgan (2014), Bradley (2015), Spanjol et al. (2015), Sweeney et al. (2015), Zhao et al. (2015) e Tang et al. (2016) destacam a importância em investigar a atuação do paciente como coprodutor, e compreender como ele administra o seu tratamento com o intuito de atingir o resultado esperado pelo serviço de saúde. Isto posto, a possibilidade de propor um conjunto de ações para a redução de falhas no processo de gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar contribui para identificar a relação entre a coprodução e o fluxo de trabalho entre os departamentos, bem como seus respectivos resultados.

Nesta lógica, os processos de trabalho de cada departamento devem ser avaliados e readequados conforme a necessidade. A proposição deste conjunto de ações ainda pode contribuir para restringir fatores de risco associados ao paciente e ao tratamento por ele coproduzido.

Por fim, o conjunto de ações proposto também reforça a relevância das ações do paciente como coprodutor e seu papel no sistema de produção do serviço de saúde, assim como o papel dos demais atores envolvidos. Embora nesta tese a pesquisa seja delimitada a um tratamento e patologia específicos, a mesma pode ser aplicada as demais DCNT ou adaptada a outros casos, contribuindo de forma coletiva para os usuários do sistema de saúde como um todo.

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa torna-se relevante por contribuir para o conceito da coprodução em uma área específica, além de possibilitar o avanço na pesquisa sobre o tema. Nesta lógica, a pesquisa também se torna relevante por



abordar a importância da coprodução executada pelo paciente no planejamento dos serviços, conforme sugere o estudo de Tang, Guo e Gopinath (2016). Ademais, os artigos sobre coprodução em serviços de saúde encontrados na Revisão Sistemática de Literatura (RSL) não abordaram o tema da mesma forma que propõem os objetivos de pesquisa desta tese. O Capítulo 2 – Metodologia, apresenta o detalhamento da RSL

## 1.6 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa realizada nesta tese está delimitada ao tema Coprodução em Serviços de Saúde, e sua relação com as falhas em coprodução, serviços de saúde e TAO. Foram abordados aspectos conceituais sobre coprodução em serviços, falhas em coprodução, serviços de saúde e TAO de forma abrangente, e aspectos conceituais da coprodução em serviços de saúde de forma aprofundada a partir da RSL.

A coprodução foi estudada sob a perspectiva dos serviços de saúde, verificando como os mesmos efetuam a gestão dos tratamentos com TAO. O processo de coprodução em tratamentos com TAO foi pesquisado somente sob a perspectiva dos atendimentos ambulatoriais de um Serviço de Oncologia, prestados à pacientes beneficiários de planos de saúde em um hospital de grande porte (com capacidade entre 151 e 500 leitos), localizado na região Sul do Brasil. Pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ou de forma particular não foram incluídos nesta pesquisa. Neste momento a gestão de tratamentos com TAO vinculados a pacientes internados não será investigada. Os participantes da pesquisa fazem parte da Gestão (gestores), do Corpo Clínico (médicos) e da Equipe Multidisciplinar (enfermeiros (as), farmacêuticos(as), psicólogos(as) e nutricionistas) do referido Serviço de Oncologia, onde realizam tarefas relacionadas aos cuidados assistenciais prestados aos pacientes oncológicos a nível ambulatorial, e também relacionados a gestão técnica e administrativa destes atendimentos.

Não foi considerada a perspectiva de pacientes, familiares e cuidadores, pela delicada condição em que estes atores se encontram em função da doença. Atores externos como ANS e demais órgãos reguladores, tal como atores internos envolvidos na gestão estratégica, financeira e administrativa do hospital não serão estudados neste momento. A delimitação da pesquisa implica em resultados com uma

perspectiva unilateral, considerando o entendimento do Serviço de Oncologia do hospital em questão, em relação à gestão do processo de coprodução em tratamentos com TAO.

É importante frisar que dois termos de sentido semelhantes foram utilizados no decorrer do texto. Quando a literatura se refere a coprodução em serviços de forma genérica, foi utilizado o termo cliente, e quando a literatura tratar especificamente de coprodução em serviços de saúde, o termo cliente foi substituído pelo termo paciente.

Os objetivos limitam-se a averiguar o que foi proposto nos objetivos geral e específicos. Não foram foco da pesquisa a situação financeira do serviço de saúde, seus investimentos futuros, e sua relação com órgãos que regulamentam sua operação.

## 1.7 ESTRUTURA DA TESE

A estrutura da tese é composta pelos seis capítulos relacionados a seguir.

O primeiro capítulo apresenta a Introdução, onde também constam o contexto e as definições, o problema de pesquisa, a questão de pesquisa, os objetivos (geral e específico), a justificativa, a delimitação da pesquisa e a estrutura deste trabalho.

O segundo capítulo apresenta a Metodologia que descreve os procedimentos metodológicos utilizados para a condução deste trabalho. O terceiro capítulo apresenta a Fundamentação Teórica, onde são apresentados tópicos relacionados a Coprodução em Serviços, Falhas em Coprodução, Serviços de Saúde e TAO, e a RSL sobre Coprodução em Serviços de Saúde .

O quarto capítulo apresenta os Resultados da operacionalização dos dados coletados a partir da técnica da análise de conteúdo. O quinto capítulo apresenta a Discussão e Análise dos Resultados, e a proposição do conjunto de ações para a redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO.

O sexto capítulo apresenta as Considerações Finais e sugestões para pesquisa futuras.

## 2 METODOLOGIA

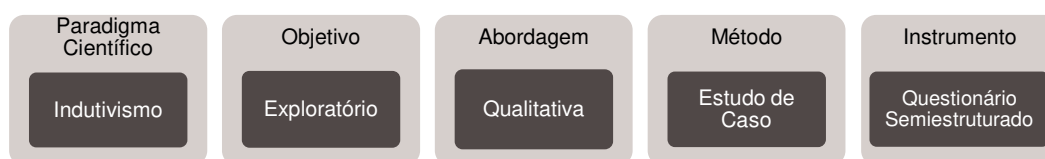
Para a concepção de uma pesquisa, procedimentos devem ser seguidos em relação ao seu planejamento, a sua execução, e a forma de descrevê-la (KLEIN et al., 2015). Nesta lógica, entende-se por metodologia o caminho percorrido entre o pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 2007).

A metodologia abrange um conjunto de técnicas que dispõe de procedimentos que devem ser seguidos para que a questão de pesquisa seja respondida com confiabilidade (MINAYO, 2007). Este capítulo apresenta o delineamento da pesquisa, o método de trabalho, as técnicas para a coleta e análise de dados, e os respectivos procedimentos metodológicos praticados para a realização deste estudo.

### 2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A importância metodológica de uma pesquisa se justifica pelo embasamento científico adequado, caracterizado pela busca da melhor abordagem a ser utilizada para remeter as questões da pesquisa, bem como aos métodos e técnicas utilizados para sua condução (CAUCHICK MIGUEL, 2007). Isto posto, as etapas do Método Científico empregado nesta pesquisa são apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Etapas do Método Científico



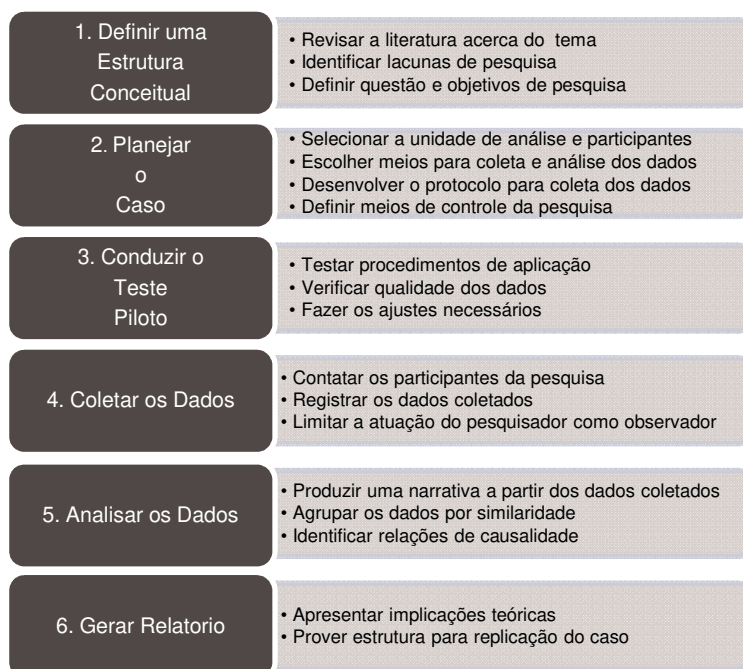
Fonte: Elaborado pela autora.

O paradigma científico desta pesquisa se caracteriza como indutivismo, por estar relacionado a um problema com implicações significativas, soluções desconhecidas e interações técnicas e sociais em processo de evolução (EISENHARDT; GRAEBNER; SONENSHEIN, 2016). Quanto aos objetivos, a pesquisa tem caráter exploratório, que permite explorar um problema mais complexo quando se deseja conhecer em profundidade questões pouco conhecidas relacionadas a uma teoria emergente (CAUCHICK MIGUEL, 2007; MAFFEZZOLLI;

BOEHS, 2008; TOLEDO; SHIAISHI, 2009). Quanto a abordagem, a pesquisa tem caráter qualitativo, pela relação dinâmica que existe entre o sujeito e mundo real, que não pode ser traduzida em números (MINAYO, 2007; SILVA; MENEZES, 2005; TOLEDO; SHIAISHI, 2009).

O método de pesquisa adotado foi o estudo de caso único, considerado adequado para a investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo em profundidade, dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não são evidentes (CAUCHICK MIGUEL, 2007; YIN, 2011). Este método permite a comparação dos resultados levantados com a teoria existente, que pode ser convergente com a teoria construída, contribuindo para sua validade interna, e que também pode ser divergente da teoria estudada, configurando uma oportunidade para explicar o fenômeno de outra maneira (EISENHARDT, 1989). Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado com questões abertas, para aplicação das entrevistas (EISENHARDT, 1989; SILVA; MENEZES, 2005). As etapas para a condução do estudo de caso são apresentadas na Figura 3.

Figura 3 - Condução do Estudo de Caso



Fonte: Adaptado de Cauchick Miguel (2007).

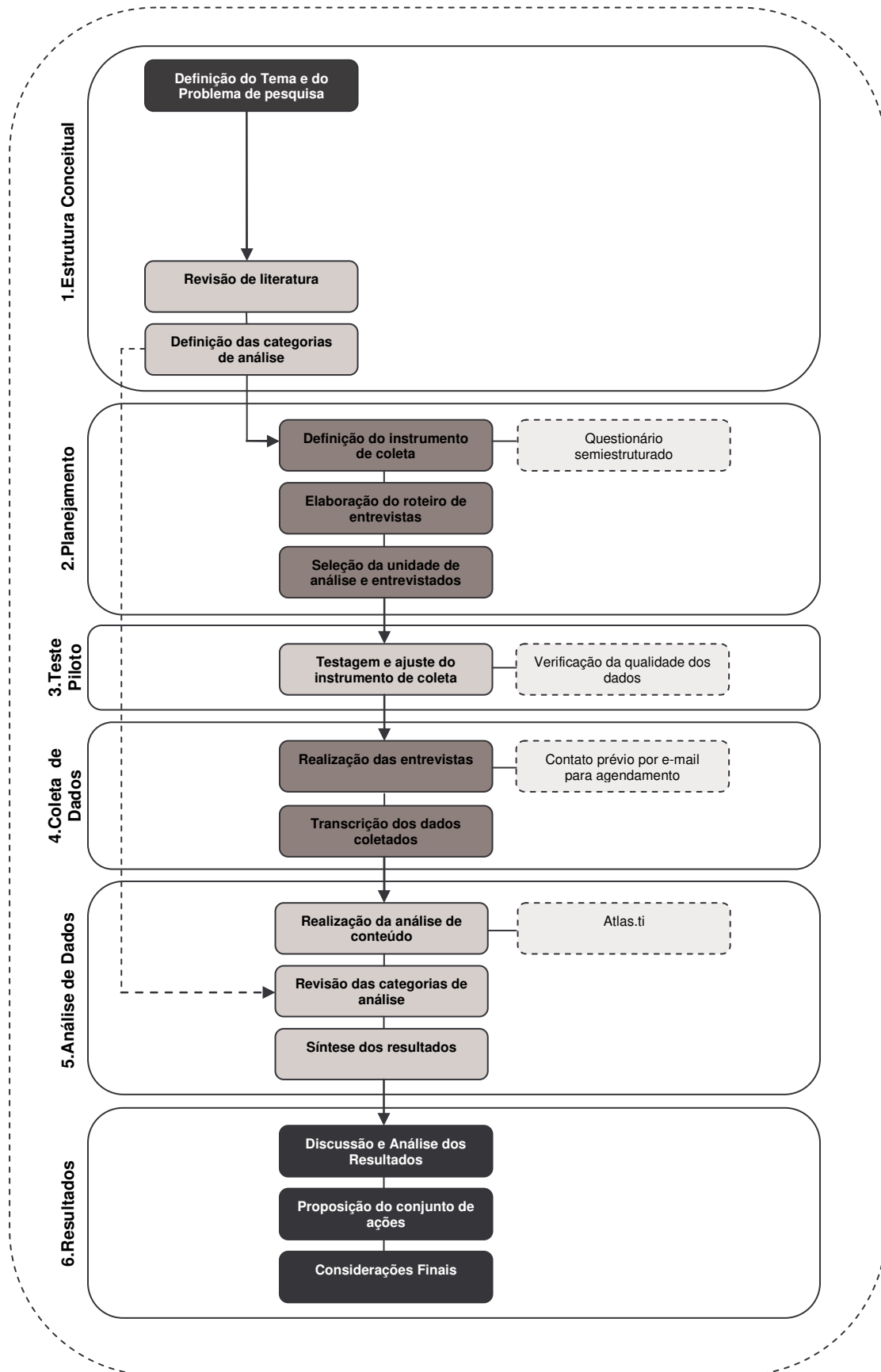
A próxima sessão apresenta o Método de Trabalho.

## 2.2 MÉTODO DE TRABALHO

O método de trabalho é definido como a seqüência de passos lógicos que o pesquisador deve seguir para atender aos objetivos da pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2011). Para que o estudo possa ser replicado, é importante que o método de trabalho esteja bem estruturado (MENTZER; FLINT, 1997). Nesta pesquisa a estrutura do método de trabalho tem como base as etapas propostas no estudo de Cauchick Miguel (2007), conforme ilustra a Figura 4.

A Figura 4 detalha as seguintes macro etapas do Método de Trabalho: i) Estrutura Conceitual; ii) Planejamento; iii) Teste Piloto; iv) Coleta de Dados; v) Análise de Dados; e vi) Resultados.

Figura 4 - Método de Trabalho



Fonte: Elaborado pela autora.

### 2.2.1 Estrutura Conceitual

A Estrutura Conceitual é a primeira macro etapa do método de trabalho. Sua elaboração teve início com a definição do tema e do problema de pesquisa, apresentados no Capítulo 1 desta tese. Na seqüência, foi elaborada a revisão de literatura em duas etapas.

Na primeira etapa foi realizado um levantamento bibliográfico com objetivo de pesquisar os conceitos de Coprodução em Serviços, Falhas em Coprodução, Serviços de Saúde e TAO de forma abrangente. Este levantamento bibliográfico foi realizado com base em dois critérios propostos por Villas, Macedo-Soares e Russo (2008): i) seleção e análise dos artigos relacionados pelos termos de busca; ii) seleção cronológica onde os artigos mais recentes são a base da listagem. Nesta seleção foram utilizadas bases de dados que englobam estudos relacionados ao tema, são elas: Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme, *EBSCOhost*, *Emerald Insight*, *Pubmede Scopus*. No primeiro critério proposto por Villas, Macedo-Soares e Russo (2008): os termos de busca foram utilizados em português e em inglês, a partir do operador booleano *AND* ou *OR*: *coprodução/saúde*; *co-production/health*; *coprodução/serviços de saúde*; *co-production/healthservices*; *coprodução/paciente*; *co-production/patient*; *coprodução/doenças*; *co-production/diseases*. No segundo critério proposto pelos mesmos autores, os artigos foram organizados em ordem cronológica, considerando o período de publicação entre janeiro de 2000 e agosto de 2017, com atenção especial para os artigos publicados nos últimos cinco anos – 2012 a 2017.

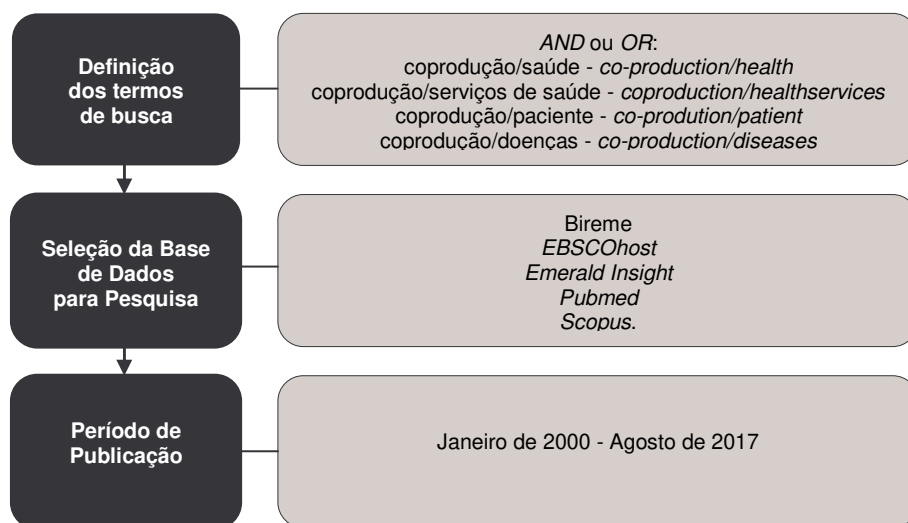
Na segunda etapa foi realizada uma RSL sobre o tema Coprodução em Serviços de Saúde, com base nos parâmetros propostos por Morandi e Camargo (2015). A RSL constitui um método cujo planejamento é composto por etapas destinadas a mapear, encontrar, avaliar, consolidar e agregar resultados de estudos primários relevantes sobre um tema específico, bem como identificar lacunas a serem preenchidas, resultando em um relatório coerente ou em uma síntese (MORANDI; CAMARGO, 2015). Para esta RSL, os termos de busca utilizados a partir do operador booleano *AND* ou *OR*, em inglês e português foram: *coprodução/saúde*; *co-production/health*; *coprodução/serviços de saúde*; *co-production/healthservices*; *coprodução/paciente*; *co-production/patient*; *coprodução/doenças*; *co-production/diseases*.



As bases de dados selecionadas para a RSL foram escolhidas por englobarem estudos relacionados ao tema, são elas: Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme, *EBSCOhost*, *Emerald Insight*, *Pubmed* e *Scopus*. O período de publicação considerado para busca abrange o intervalo entre janeiro de 2000 e agosto de 2017. Como o reconhecimento da importância da participação ativa do paciente foi admitido somente nos últimos anos (GALLAN et al., 2013; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; SPANJOL et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; PALUMBO, 2016), optou-se por não incluir na busca artigos anteriores ao ano 2000.

Para dar início a esta RSL foi elaborado um protocolo para estratégia de busca em revisões sistemáticas, que é apresentado no Apêndice A. A estratégia de busca é composta por cinco etapas: i) Definição dos termos de busca; ii) Seleção da base de dados para pesquisa; iii) Período de publicação; iv) Seleção de Artigos; e v) Registro. As três primeiras etapas da estratégia de busca, estão ilustradas na Figura 5.

Figura 5 - Estratégia de Busca



Fonte: Adaptado de Morandi e Camargo (2015).

Após a definição das três primeiras etapas da estratégia de busca, foi realizada a quarta etapa, onde acontece a busca e seleção dos artigos com avaliação da elegibilidade e codificação, conforme ilustra a Figura 6. Somente artigos cujo conteúdo estivesse diretamente relacionado ao tema coprodução em serviços de saúde foram incluídos nesta RSL. Artigos que trataram do tema coprodução de forma genérica sem abordar os serviços de saúde de maneira detalhada foram excluídos da revisão.

O resultado da etapa de seleção dos artigos é aprestado no Quadro 1. Foram selecionados 267 artigos. A partir da análise do título e resumo, 153 artigos foram excluídos, e 114 potenciais estudos foram selecionados para análise do texto completo. Dentre eles, 17 artigos foram selecionados, codificados e incluídos na RSL, pela sua relevância e relação direta com o tema coprodução em serviços de saúde.

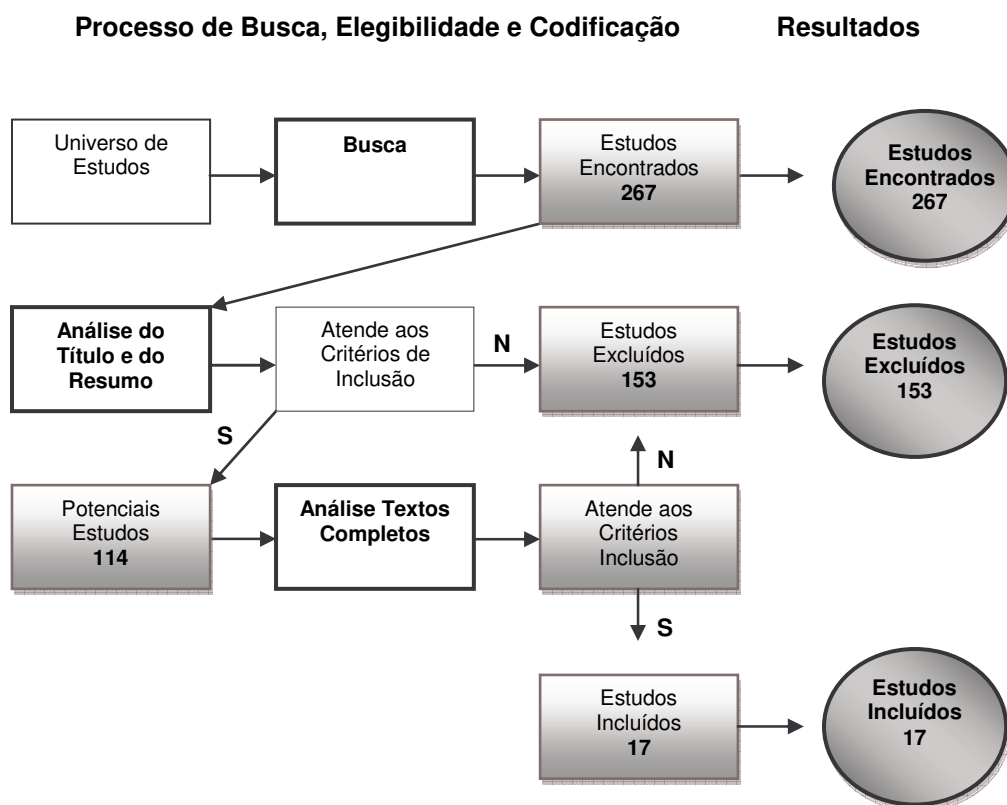
Quadro 1 - Resultado da Busca de Artigos - RSL

Base de Dados	Artigos Localizados	Artigos Excluídos	Artigos em Seleccionados	Artigos Incluídos
Bireme	41	30	11	4
<i>EBSCOHost</i>	47	18	29	3
<i>Emerald</i>	58	31	27	6
<i>Pubmed</i>	43	37	6	0
<i>Scopus</i>	78	37	41	4
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>153</b>	<b>114</b>	<b>17</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

A quinta etapa, que se refere ao registro, foi realizada com a inclusão dos dados dos artigos incluídos na RSL em protocolo digital, com objetivo de manter o controle da pesquisa e evitar a duplicação do material selecionado. A qualidade dos artigos escolhidos foi avaliada considerando a execução do estudo (metodologia proposta), a adequação a questão de pesquisa e ao tema proposto nesta RSL. Além disso, também foi observado o fator de impacto (JCR – *Journal Citations Report* ou SJR – *SCImago Journal Rank*) atribuído a cada periódico onde os artigos incluídos foram publicados. Dentre os 17 artigos incluídos, 12 foram medidos pelo fator de impacto JCR e apresentaram indicador acima de 0,5. Os cinco restantes foram medidos pelo fator de impacto SJR e apresentaram indicador acima de 0,1, com índice H acima de 6.

Figura 6 - Seleção de Artigos



Fonte: Adaptado de Morandi e Camargo (2015).

Nas duas etapas da revisão de literatura foram identificados os conceitos que serviram de base para a definição das categorias de análise, apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Definição das Categorias de Análise

<b>Categoria de Análise</b>	<b>Descrição</b>
<b>Adequação</b>	Adequações para adaptação dos tratamentos com TAO as necessidades de pacientes e profissionais envolvidos no processo.
<b>Critérios TAO</b>	Critérios para prescrição de tratamentos com TAO, considerando a indicação, o alto risco e a toxicidade dos medicamentos.
<b>Demanda</b>	Demanda de pacientes em tratamentos com TAO.
<b>Educação para a Coprodução</b>	Educação dos pacientes através de treinamentos e ferramentas para capacitação e monitoramento das suas ações como, integrantes no processo produtivo do serviço de saúde.
<b>Relação Paciente – Profissionais de Saúde</b>	Relacionamento entre o paciente e profissionais de saúde, no que diz respeito à abordagem, confiança, comunicação e integração de cuidados. A escolha do profissional de saúde se delimitou ao médico, pois os impactos positivos da relação entre o paciente e os profissionais de saúde - especialmente os médicos, ainda são pouco estudados
<b>Papel do Paciente</b>	Papel do Paciente no que se refere ao seu comprometimento e responsabilidade como coprodutor, tanto na adesão quanto na administração do tratamento.
<b>Falhas em Coprodução</b>	Falhas relacionadas à administração do medicamento e segurança do paciente, bem como falhas relacionadas ao fluxo do processo de trabalho relacionados a tratamentos com TAO.
<b>Gestão da Coprodução</b>	Gestão da coprodução para acompanhamento dos pacientes que administram medicamentos em tratamentos de longa duração fora das dependências do serviço de saúde.
<b>Ações</b>	Ações que contribuem para que o paciente desempenhe adequadamente seu papel como coprodutor.

Fonte: Elaborado pela autora.

## 2.2.2 Planejamento e Teste Piloto

O Planejamento é a segunda macro etapa do método de trabalho, onde é definido o instrumento de coleta, elaborado o roteiro de entrevistas, e realizada a seleção da unidade de análise e dos entrevistados. Pelo delineamento da pesquisa, optou-se pela utilização do questionário semiestruturado com questões abertas como instrumento de coleta. As questões foram elaboradas a partir dos objetivos da pesquisa e das categorias de análise. Deste modo, foram elaborados três questionários similares, contendo de 11 a 13 questões. O roteiro de entrevistas é apresentado nos Apêndices B, C e D.

Na seqüência foi definida a unidade de análise e os respectivos entrevistados. Para escolha da unidade de análise foram estabelecidos os seguintes critérios: estar localizada preferencialmente no estado do Rio Grande do Sul; ofertar serviços na especialidade de oncologia – não menos que consultas, acompanhamento médico,

acompanhamento multidisciplinar, e terapia antineoplásica, a beneficiários de planos de saúde; estar inserido fisicamente na estrutura de um hospital de grande porte - com capacidade de internação total entre 151 e 500 leitos. Com base nestes critérios, o local escolhido para a coleta de dados foi um hospital privado de grande porte, com 56 anos de atuação, situado na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. O Serviço de Oncologia está situado no segundo andar do referido hospital, e ocupa uma área de 391m<sup>2</sup>. No local existem três consultórios com capacidade para o atendimentos de 70 pacientes por dia, e uma área para tratamento com TAIV a nível ambulatorial com espaço para 11 atendimentos simultâneos, e 45 aplicações de TAIV por dia. No ano de 2017, a média mensal foi de 650 consultas médicas e 350 atendimentos com TAIV para pacientes beneficiários de planos de saúde. Na ocasião da coleta de dados o setor obtinha apenas o indicador do mês de outubro de 2017 referente aos atendimentos com TAO, quando 60 pacientes estavam em tratamento. Após a definição da unidade de análise o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do referido hospital, que emitiu parecer favorável para que a pesquisa fosse colocada em prática, conforme consta no Anexo C.

A amostra de entrevistados foi delimitada ao Serviço de Oncologia, e se constituiu de 14 profissionais que representam 88% do total de profissionais de saúde que atuam no setor. Os nomes dos profissionais entrevistados, bem como os nomes dos pacientes citados durante as entrevistas não foram divulgados. Para a escolha dos entrevistados foram estabelecidos os seguintes critérios: indicação do Gestor Técnico responsável pelo setor; realização de atividades assistenciais ou de gestão junto ao Serviço de Oncologia, a nível ambulatorial; disponibilidade e interesse em participar da pesquisa.

Estes profissionais foram divididos em três grupos conforme a área de atuação:

- i) Gestão, composto por dois(duas) gestores(as), sendo um(uma) Gestor(a) Técnico(a) – Médico(a) Oncologista e um(uma) Gestor(a) Administrativo(a) – Enfermeiro(a), identificados(as) como Gestor 1 (G1) e Gestor 2 (G2);
- ii) Corpo Clínico, composto por cinco médicos(as), identificados(as) como Médico 1 (M1), Médico 2 (M2), Médico 3 (M3), Médico 4 (M4) e Médico 5 (M5);
- iii) Equipe Multidisciplinar, composto por dois(duas) enfermeiros(as), dois(duas) farmacêuticos(as), dois(duas) psicólogos(as) e um(a) nutricionista, identificados(as) consecutivamente como

Enfermeiro 1 (E1) e Enfermeiro 2 (E2), Farmacêutico 1 (F1) e Farmacêutico 2 (F2), Nutricionista 1 (N1), Psicólogo 1 (P1) e Psicólogo 2 (P2).

O Teste Piloto é a terceira macro etapa do método de trabalho. Após a definição do instrumento de coleta, do roteiro de entrevistas, da unidade de análise e dos entrevistados, foi realizada uma entrevista que serviu como teste piloto. O objetivo do teste piloto é verificar a qualidade dos dados coletados e a necessidade de ajustes no instrumento de coleta.

Os resultados do teste piloto não indicaram a necessidade de ajustes no instrumento de coleta de dados. Esta entrevista foi realizada pessoalmente pela pesquisadora, em uma das salas do Serviço de Oncologia, com um dos profissionais que faz parte da amostra selecionada para a pesquisa. O agendamento da entrevista para o teste piloto foi realizado previamente por e-mail, mencionando o objetivo da pesquisa e solicitando a leitura e o preenchimento com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice E.

### **2.2.3 Coleta de Dados**

A Coleta de Dados é a quarta macro etapa do método de trabalho, e teve início após a testagem do instrumento de coleta. Para o agendamento das entrevistas foi enviado um e-mail aos profissionais selecionados, apresentado no Apêndice F, com o convite para participação na pesquisa, informando o objetivo, o tipo de instrumento de coleta, o número de questões, a previsão de tempo para a realização da entrevista, e o TCLE. Para dar início às entrevistas todos os entrevistados assinaram o TCLE, e concordaram em registrar suas falas em áudio, com gravação de voz em gravador de aparelho celular modelo *Samsung Galaxy J5*.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente e pessoalmente pela pesquisadora, em salas do Serviço de Oncologia indicadas pelo setor, no período entre 13 de Novembro e 15 de Dezembro de 2017. O Quadro 3 apresenta os entrevistados que fizeram parte da pesquisa, divididos nos seguintes grupos: i) Gestão; ii) Corpo Clínico; iii) Equipe Multidisciplinar. O nome dos entrevistados não foi divulgado conforme estabelecido no TCLE. Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, e registradas em arquivo digital no formato *Word*.

Quadro 3 - Relação dos Entrevistados

<b>Grupo</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Tempo de Atuação na Instituição</b>
<b>1. Gestão</b>	G1 Gestor(a) técnico(a)	6 anos
	G2 Gestor(a) administrativo(a)	10 anos
<b>2. Corpo Clínico</b>	M1 Médico(a) Oncologista	4 anos
	M2 Médico(a) Oncologista	2 anos
	M3 Médico(a) Oncologista	15 anos
	M4 Médico(a) Hematologista	2 anos
	M5 Médico(a) Hematologista	45 anos
<b>3. Equipe Multidisciplinar</b>	E1 Enfermeiro(a)	17 anos
	E2 Enfermeiro(a)	5 anos
	F1 Farmacêutico(a)	2 anos
	F2 Farmacêutico(a)	1 ano
	N1 Nutricionista	3 anos
	P1 Psicólogo(a)	7 anos
	P2 Psicólogo(a)	1 ano

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 2.2.4 Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas para análise do conteúdo emitido no processo de comunicação, por meio de falas ou texto (BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; KLEIN et al., 2015; WALTER; BACH, 2015). Este conjunto de técnicas se utiliza de procedimentos objetivos e sistemáticos, que possibilitam a descrição do conteúdo das mensagens, a partir de conhecimentos relativos às condições de recepção das mesmas (BARDIN, 2011; KLEIN et al., 2015). Na abordagem qualitativa, o objetivo da análise de conteúdo é interpretar as características e os padrões que estão por trás do conteúdo das mensagens e documentos, e seus diversos significados (BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; WALTER; BACH, 2015).

A análise de conteúdo desmembra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2007; BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; SILVA;



FOSSÁ, 2015; CARVALHO et al., 2016). Na etapa da pré-análise acontece o primeiro contato com os documentos, denominado leitura flutuante, onde ocorre a leitura inicial e a organização geral do material, para que o pesquisador possa sistematizar e operacionalizar o processo de análise (BARDIN, 2011; KLEIN et al., 2015; SILVA; FOSSÁ, 2015). Durante a leitura flutuante o pesquisador seleciona os documentos que constituirão o universo a ser estudado, dando origem ao *corpus* da pesquisa (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; SILVA; FOSSÁ, 2015; WALTER; BACH, 2015; VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016). Para esta seleção devem ser considerados os seguintes critérios de validade qualitativa: exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), homogeneidade (separação entre os temas a serem trabalhados), exclusividade (um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria), e pertinência (adaptação aos objetivos do estudo) (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; SILVA; FOSSÁ, 2015; WALTER; BACH, 2015; VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016).

Na pré-análise também são definidas as regras de recorte (definição das unidades de contexto e de registro), enumeração (escolha das regras de contagem), e classificação e agregação (escolha das categorias), que norteiam o processo de codificação dos dados coletados durante a exploração do material (BARDIN, 2011; KLEIN et al., 2015; CARVALHO et al., 2016). Nas regras de recorte, as unidades de contexto correspondem a um trecho da mensagem, e possuem dimensões maiores que as das unidades de registro (BARDIN, 2011; VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016).

As unidades de contexto podem ser um parágrafo ou uma frase, e servem como unidade de compreensão para codificação e entendimento do exato significado da unidade de registro nela inserida (BARDIN, 2011; VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016). As unidades de registro por sua vez estão inseridas nas unidades de contexto, e correspondem ao segmento de conteúdo considerado como unidade base, com vistas às regras de enumeração e de classificação (BARDIN, 2011; VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016). As unidades de registro mais utilizadas são a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento e o documento (BARDIN, 2011; SILVA; FOSSÁ, 2015). Nesta pesquisa o parágrafo foi escolhido como unidade de contexto, por abranger informações mais completas do que a frase, enquanto o tema foi escolhido como unidade de registro, por não se limitar ao seu

tamanho e sim ao conteúdo da mensagem e por ser percebido naturalmente no texto analisado (BARDIN, 2011; CARVALHO et al., 2016). Assim, os temas correlatos são identificados nos parágrafos e agrupados, dando início a primeira categorização (SILVA; FOSSÁ, 2015). É neste processo que acontece a revisão das categorias de análise, estabelecidas até então a partir da literatura (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

As regras de enumeração se referem ao procedimento de contagem das unidades de registro (BARDIN, 2011; KLEIN et al., 2015). Os resultados da operacionalização das regras de enumeração podem servir de apoio para a revisão das categorias de análise no processo de classificação e agregação (BARDIN, 2011; KLEIN et al., 2015). Como critério de contagem é possível escolher os seguintes tipos de enumeração: a presença (ou a ausência), a frequência, a frequência ponderada, a intensidade, a direção, a ordem, e a coocorrência (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa, a presença (ou a ausência) foi a regra de enumeração escolhida. A presença (ou a ausência) de uma unidade de registro funciona como um indicador e constitui uma variável importante no processo de análise (BARDIN, 2011).

Concluída a etapa da pré-análise tem início a etapa de exploração do material ou codificação (MINAYO, 2007; BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; SILVA; FOSSÁ, 2015; CARVALHO et al., 2016). Esta etapa tem por objetivo tratar o material selecionado, e operacionalizar o que foi definido durante a pré-análise com a estruturação das operações de codificação (BARDIN, 2001; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; KLEIN et al., 2015; SILVA; FOSSÁ, 2015).

A codificação é o processo que transforma os dados brutos em texto, a partir das regras de recorte, enumeração e agregação (BARDIN, 2011; KLEIN et al., 2015; SILVA; FOSSÁ, 2015; VOSGERAU; POGRIFKA; SIMONIAN, 2016). A ferramenta escolhida para a operacionalização da codificação foi o *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti – versão 8 (*Computer- Assisted Qualitative Data Analysis Software – CAQDAS*) (WALTHER; BACH, 2015; VOSGERAU; MEYER; CONTRERAS, 2017). O Atlas.ti apresenta uma interface adequada a técnica de análise de conteúdo, atribui maior transparência aos dados e é apropriado para manipular grandes quantidade de informação em diferentes formatos (texto, imagem, vídeo e áudio) (WALTHER; BACH, 2015; VOSGERAU; MEYER; CONTRERAS, 2017). O Quadro 4 apresenta os principais elementos que compõem o Atlas.ti.

Quadro 4 - Principais Elementos do Atlas.ti

Elementos	Detalhamento
<b>Unidade Hermenêutica</b> ( <i>Hermeneutic Unit</i> )	Abrange todos os dados e os demais elementos.
<b>Documentos Primários</b> ( <i>Primary documents</i> )	São os dados primários coletados, como transcrições de entrevistas e notas de campo. Também, podem ser figuras e áudio. Os documentos primários são denominados Px, sendo que x é o número de ordem.
<b>Comentários</b> ( <i>Comments</i> )	Estão em todos os elementos componentes. São utilizados para o registro de informações sobre significados, e sobre o histórico de cada elemento.
<b>Códigos</b> ( <i>Codes</i> )	São conceitos gerados pelas interpretações do pesquisador. Estão relacionados a uma citação ou a outros códigos. Sua referência é formada por dois números: o primeiro refere-se ao número de citações ligadas ao código; e o segundo, ao número de códigos associados. Os dois números representam, respectivamente, seu grau de fundamentação ( <i>groundedness</i> ) e de densidade teórica ( <i>density</i> ).
<b>Citações</b> ( <i>Quotes/quotation</i> )	São segmentos de dados, como trechos relevantes das entrevistas que indicam a ocorrência de código. A referência da citação é formada pelo número do documento primário onde está localizada, seguido do seu número de ordem dentro do documento. Também constam da referência as linhas inicial e final, no caso de texto.
<b>Esquemas Gráficos / Redes</b> ( <i>Netview</i> )	Apóiam a visualização e atenuam o problema de gerenciamento da complexidade do processo de análise. São representações gráficas das associações entre códigos.
<b>Grupos</b> ( <i>Groups</i> )	Consiste na classificação, na diferenciação e o reagrupamento dos elementos de acordo com critérios de análise, estabelecendo-se ligações (associações) entre elementos.

Fonte: Adaptado de Walter e Bach (2015).

Por fim, a etapa do tratamento dos dados consiste na interpretação e na proposição de inferências por parte do pesquisador (BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; KLEIN et al., 2015). É nesta etapa que ocorre a síntese dos resultados, para posterior análise crítica e reflexiva a partir da comparação dos resultados com a teoria estudada (BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; VOSGERAU; POGRIFKA; SIMONIAN, 2016).

A operacionalização da análise de conteúdo no Atlas.ti é ilustrada na Figura 7.

Figura 7 - Operacionalização da Análise de Conteúdo no Atlas.ti



Fonte: Elaborado pela autora.

### 2.2.5 Resultados

A última macro etapa do método de trabalho apresenta a discussão e a análise dos resultados provenientes da operacionalização do processo de codificação e tratamento dos dados realizado com o apoio do *software* Atlas.ti – versão 8. É neste momento que a análise é consolidada e os resultados são comparados por meio da triangulação, envolvendo dados, perspectivas ou teorias, pesquisadores ou métodos, como uma resposta a fidedignidade e a validade do estudo com os achados teóricos.

A proposição com conjunto de ações com o objetivo de reduzir falhas no processo de gestão da coprodução em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar. Concluindo, são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo de Fundamentação Teórica se subdivide em três partes. A primeira parte apresenta o conceito de Coprodução em Serviços e Falhas em Coprodução de forma abrangente. A segunda parte contextualiza os Serviços de Saúde e a TAO. A terceira parte apresenta uma Revisão Sistemática de Literatura que aprofunda o tema Coprodução em Serviços de Saúde.

#### 3.1 COPRODUÇÃO EM SERVIÇOS

O conceito de coprodução se originou do trabalho seminal e pioneiro constituído pela autora Elinor Ostrom nos Estados Unidos na década de setenta (OSBORNE; STROKOSCH, 2013; ALFORD, 2014; TUURNAS, 2015; CLARK, 2015). Em seu estudo, Ostrom et al. (1978) sustentaram que as organizações públicas dependiam da comunidade, com a maior participação possível dos moradores para a implementação e entrega de serviços públicos, denominando esta prática como coprodução.

Nas décadas de oitenta e noventa, pesquisadores continuaram a investigar e desenvolver o conceito de coprodução (TUURNAS, 2015; VENNİK et al., 2015). No referido período, foi enfatizada a importância do cliente como coprodutor, e como parte essencial na relação entre clientes e serviços, sejam eles públicos ou privados (ALFORD, 2014; TUURNAS, 2015). Na década seguinte – anos 2000 outros autores avançaram na pesquisa sobre as definições de coprodução conforme apresenta o Quadro 5.

Quadro 5 - Definições de Coprodução

<b>Autores</b>	<b>Definição de Coprodução</b>
Rodie e Kleine (2000)	Conceito comportamental que se refere às ações e recursos fornecidos pelos clientes para a produção e / ou entrega de serviços.
Claycomb, Lengnick-Hall e Lawrence (2001)	Implica um alto nível de envolvimento do cliente na criação de serviços.
Bendapudi e Leone (2003)	Encoraja os clientes a assumir papéis mais ativos e de maneira expansiva na produção de produtos e serviços.
An-Tien, Chang-Hua e Ko-Chien (2004)	Ações e recursos fornecidos pelos clientes para a produção e prestação de serviços.
Prahalad e Ramasamy (2004)	Clientes atuam como participantes conectados, ativos, envolvidos e capacitados na produção do serviço.
Skaggs e Youndt (2004)	Corresponde ao nível de esforços utilizados pelos clientes durante a produção do serviço.
Vargo e Lusch (2004)	Participação dos clientes na criação e na oferta central de um produto ou serviço.
Etgar (2008)	Envolvimento dos clientes nas etapas do processo produtivo de um bem ou serviço, a partir de atividades operacionais, com trabalho intelectual, recursos físicos e informacionais, englobando todos os formatos de cooperação entre clientes e prestadores.
Morelli (2009)	Processo de personalização em massa, no qual os clientes estão ativamente envolvidos no desenvolvimento de soluções na produção de serviços.

Fonte: Elaborado pela autora.

As definições de coprodução continuaram despontando na década seguinte, através dos estudos de Chathoth et al. (2013), Alford e Yates (2015), Köppe et al. (2015), Spanjol et al. (2015), Tuurnas (2015), Essén, Värlander e Liljedal (2016), Joosten et al. (2016), e Minkiewicz et al. (2016). Ao compilar as definições de coprodução apresentadas nestes estudos, é possível reconhecer o cliente como um integrante no processo produtivo, que interage ativamente com os recursos da empresa, agregando valor na entrega do serviço. Ao considerar todas as definições apresentadas, pode-se afirmar que a coprodução acontece por meio de um conjunto de comportamentos contextualizados e destinados a extrair resultados a partir do cliente, que atua de forma ativa com integrante no processo produtivo, de acordo com as recomendações fornecidas pelo serviço.

Existem seis princípios que sustentam a coprodução (ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016; TURNER et al., 2015):

- 1) Perceber clientes como parceiros ativos na concepção dos serviços;
- 2) Reconhecer e desenvolver as capacidades dos clientes e utilizá-las a nível individual ou comunitário;

- 3) Incentivar o trabalho recíproco e mútuo incentivando clientes e prestadores com expectativas e responsabilidades;
- 4) Envolver prestadores e clientes criando redes de apoio como uma maneira de transferir conhecimento;
- 5) Reconfigurar o desenvolvimento e entregas dos serviços entre clientes e prestadores;
- 6) Facilitar a entrega por meio de agências de serviços, ao invés de um fornecedor principal.

Considerando os princípios da coprodução (TURNER et al., 2015; ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016), as empresas devem estar cientes de que habilitar seus clientes a se tornarem coprodutores gera um resultado positivo, onde ambas as partes se beneficiam, melhorando a qualidade dos serviços prestados (GALLAN et al., 2013; BRADLEY, 2015; CLARK, 2015; TUURNAS, 2015; ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016).

Na prática, a execução da coprodução exige alterações no planejamento, no arranjo, na entrega, e na reorientação dos profissionais que prestam o serviço (BRADLEY, 2015; TUURNAS, 2015). Neste cenário, é importante que os profissionais identifiquem os principais obstáculos que impedem seus clientes de executar a coprodução de forma correta, oferecendo o apoio necessário (TANG; GUO; GOPINATH, 2016). O apoio físico e emocional, o suporte organizacional, os fatores ambientais e a preocupação com o bem-estar do cliente são fundamentais para que eles possam realizar adequadamente as atividades de automonitoramento e autoregulação do processo de coprodução (TANG; GUO; GOPINATH, 2016).

Assim, a coprodução representa uma oportunidade para a implementação de melhores práticas de gestão (CAMARINHA; COSTA; VIEIRA, 2013). Neste sentido, o estudo de Wang, Lee e Wu (2015) propõe que os gestores considerem que a dependência e o valor percebido podem aumentar as intenções de coprodução por parte do cliente. Dessarte, os conhecimentos especializados do prestador, as relações interpessoais e a comunicação podem ser tornar uma estratégia para envolver o cliente como um coprodutor (WANG; LEE; WU, 2015).

Para Bharti, Agrawal e Sharma (2015), a coprodução está fundamentada em quatro pilares. A participação do cliente é o primeiro pilar apresentado, considerando que uma coprodução eficaz só é possível se os serviços encorajarem seus clientes, educando-os sobre os benefícios obtidos por participar do processo. O envolvimento

do cliente é o segundo pilar apresentado, considerando que o comportamento do cliente está relacionando a sua interação com o serviço desde a produção até o consumo. O terceiro pilar apresentado diz respeito a parcerias e compromissos, considerando que a parceria representa uma relação de alto envolvimento e longo prazo, construída através de comunicação e confiança nas atividades de coprodução, enquanto o compromisso representa a maneira de se expressar fisicamente ou emocionalmente durante o desempenho da coprodução. A mutualidade é o quarto pilar apresentado, considerando a interdependência entre as partes envolvidas.

O processo de coprodução também é visto com um componente, ou ainda um pilar, da cocriação de valor (VARGO; LUSCH, 2008; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; BHARTI; AGRAWAL; SHARMA, 2015; FLORES; VASQUEZ-PARRAGA, 2015; HARDYMAN; DAUNT; KITCHENER, 2015). A cocriação de valor consiste em uma ação onde os clientes percebem o valor com base na sua experiência de serviço, a partir de uma ação conjunta com os profissionais prestadores deste serviço. Desta forma, o cliente atribui valor a um determinado processo, com vistas à melhoria do serviço prestado (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; HOYER et al., 2010; GRÖNROOS; RAVALD, 2011; REAY; SEDDIGHI, 2012; ZHANG et al., 2015). No contexto da cocriação de valor, o serviço pode interagir diretamente com o cliente, integrando recursos para criar valor durante a coprodução (GRÖNROOS; RAVALD, 2011). Os clientes, por sua vez, podem influenciar na cocriação de valor por meio do compartilhamento de informações, *feedbacks* e interações de qualidade durante a coprodução, para que só então a cocriação de valor seja bem-sucedida (ZHANG et al., 2015).

Perceber o benefício resultante do processo de coprodução, a partir das interações com os profissionais prestadores de serviço, também pode ser um estímulo na atuação do cliente como coprodutor (McCOOL-KENNEDY et al., 2012).

### **3.1.1 Falhas em Coprodução**

Um ponto crítico na coprodução em serviços, especialmente nos de longa duração, é o período extenso pelo qual os clientes atuam como coprodutores (OSTROM et al., 2010; SPANJOL et al., 2015). Os serviços de longa duração, agregados a características como a variabilidade e a inseparabilidade, estão mais propícios a falhas durante sua execução (GEUM; CHO; PARK, 2011; KAUR;



SHARMA, 2015; RIAZ; KHAN, 2016; KIM; JANG, 2016). Nesta perspectiva, a falha de serviço pode ser definida com uma situação onde o prestador de serviços não corresponde adequadamente às solicitações e expectativas do cliente (GEUM; CHO; PARK, 2011; TSAI; YANG; CHENG, 2014; SIVAKUMAR; LI; DONG, 2014; ZHU; ZOLKIEWSKI, 2015; KIM; JANG, 2016). Estas falhas podem resultar em conseqüências indesejáveis como falta de confiança, insatisfação, reclamações, publicidade negativa e substituição do serviço (HESS, 2008; ZHU; ZOLKIEWSKI, 2015; KIM; JANG, 2016; RIAZ; KHAN, 2016).

Todas as falhas devem ser tratadas pelo serviço com a mesma importância, independente da sua gravidade ou característica (KIM; JANG, 2016). A recuperação de falhas abrange ações adotadas pelo serviço, com objetivo de reter e atender as expectativas dos clientes (ZEITHAML; BITNER, 2003; GEUM, CHO e PARK, 2011). Na coprodução de serviços, a recuperação de falhas deve ser baseada no entendimento compartilhado, na tomada de decisão compartilhada, e na responsabilidade pela segurança dos clientes (PERKINS; REPPER, 2016). As falhas em coprodução requerem um tratamento cauteloso, pois nem sempre os clientes tem ciência da sua responsabilidade, razão pela qual os prestadores de serviço devem colaborar ativamente para identificá-las e recuperá-las (ZHU; ZOLKIEWSKI, 2015).

A melhor alternativa para a gestão de falhas em coprodução está nas decisões estratégicas para a melhoria do processo de serviço, com alternativas que aloquem os recursos de forma adequada (GEUM; CHO; PARK, 2011; SIVAKUMAR; LI; DONG, 2014). Aplicar uma gestão proativa (RIAZ; KHAN, 2016), mapear o fluxo do processo de serviço (ZEITHAML; BITNER, 2003; WIRTZ; MATTILA, 2004), capacitar a equipe de profissionais prestadores de serviço (WIRTZ; MATTILA, 2004; RIAZ; KHAN, 2016) e planejar o padrão de entrega dos serviços (RIAZ e KHAN, 2016) podem contribuir para redução destas falhas.

Assim, quando os parâmetros de coprodução estiverem bem definidos pelo serviço, as falhas serão reduzidas, e a eficácia dos clientes como coprodutores estará relacionada à sua vontade e competência para realizar as tarefas. Estas tarefas se tornam complexas quando sua repetição se dá por um longo ou indefinido período de tempo, como no tratamento de DCNT como o câncer (SPANJOL et al, 2015). Nesta perspectiva, o desempenho dos pacientes como coprodutores é melhor quando se estabelece uma relação de troca com os profissionais que atuam nos serviços de

saúde, através de motivação e colaboração entre as partes (TURNER et al, 2015; PALUMBO, 2016).

### 3.2 SERVIÇOS DE SAÚDE E TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL – TAO

Os cuidados com a saúde são caros e complexos, afetam diretamente a economia, bem como a qualidade de vida de quem os utiliza (BERRY; BENDAPUDI, 2007; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; MOHANTY et al., 2014). Para oferecerem estes cuidados, os serviços de saúde se caracterizam de maneira incomum, pois seus clientes – os pacientes, buscam atendimento quando necessitam e não quando desejam (BERRY; BENDAPUDI, 2007; VAN OERLE; MAHR; LIEVENS, 2016). Conseqüentemente, para atender a esta demanda, os serviços de saúde (públicos ou privados) carecem de inovação constante na estrutura do seu modelo de negócio, especialmente nos países emergentes (PELS; KIDD, 2015). Nos casos de tratamentos prolongados, torna-se pertinente entender como a estrutura do serviço de saúde administra e acompanha as orientações sobre uso de medicamentos e demais terapias complementares (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; SPANJOL et al., 2015).

O paciente experimenta o curso completo de um problema de saúde, entrando em contato com o sistema sob estresse, a partir do primeiro sintoma, prosseguindo com exames, tratamentos, reabilitação e acompanhamento (BERRY; BENDAPUDI, 2007; ELG et al., 2012). Neste cenário, o paciente costuma apresentar incerteza e medo, que influenciam na capacidade de fazer determinadas escolhas e avaliações (BERRY; BENDAPUDI, 2007). Além disso, o paciente tem dificuldade de avaliar a qualidade técnica do atendimento por falta de habilidades ou de conhecimentos específicos (ADAMS; BIROS, 2002; McGLYNN et al., 2003; BERRY; BENDAPUDI, 2007; McCOOL-KENNEDY et al., 2012).

Por conseguinte, prestar serviços na área da saúde se torna desafiador em vista da âmbito apresentado e da variabilidade da demanda (McCOOL-KENNEDY et al., 2012). Para atender a uma demanda com características que variam conforme o volume de atendimento e o quadro apresentado por cada paciente, os profissionais de saúde precisam demonstrar empatia ao administrar as necessidades físicas e emocionais do paciente, que deve ser atendido de forma sistêmica, independente da gravidade do caso (BERRY; BENDAPUDI, 2007; ELG et al., 2012). Quando o tempo de atendimento é reduzido, o profissional de saúde tende a ter dificuldade para

estabelecer relações empáticas com o paciente, o que contribui para que muitos deixem o serviço de saúde com dúvidas e informações insuficientes para dar andamento ao seu tratamento (APESOA-VARANO; BARKER; HINTON, 2011; LAVELA; GALLAN, 2014; VAN OERLE; MAHR; LIEVENS, 2016).

Os serviços de saúde podem estabelecer a participação ativa do paciente por longos períodos em virtude do tipo de patologia, do tipo de tratamento, e do avanço da tecnologia (ELG et al., 2012; SPANJOL et al., 2015). Cabe salientar que a participação ativa do paciente se estende a sua família, seus cuidadores e demais que se envolvam de alguma forma com o tratamento (ANDERSON, et al., 2013; SWEENEY; DAHANER; McCOOL-KENNEDY, 2015). Assim, os serviços de saúde, antes centrados em seus profissionais, passam a ter um modelo centrado no paciente, que passa a contribuir na construção de melhores soluções para o seu tratamento ao ser considerado um integrante na produção do serviço de saúde (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; ZHAO; WANG; FAN, 2015; BRADLEY, 2015; VAN OERLE; MAHR; LIEVENS, 2016). A abordagem centrada no paciente traz benefícios como a eficiência no tratamento, maior confiança nos profissionais, comprometimento com o serviço de saúde, e aumento da satisfação do paciente, trazendo melhores resultados ao final dos tratamentos, bem como na gestão dos mesmos, especialmente em casos de DCNT (McCOLL-KENEDDY et al., 2012; MERZ; CZERWINSKI; MERZ, 2013; SPANJOL et al., 2015; VAN OERLE; MAHR; LIEVENS, 2016).

As DCNT como o câncer se caracterizam por variados estados crônicos, que se iniciam de forma progressiva, e tem duração indefinida ou de longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Nestes casos, o quadro clínico dos pacientes se modifica com o passar do tempo, carecendo de procedimentos e cuidados constantes, que poderão trazer resultados paliativos, mas nem sempre a cura para a referida doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Este cenário envolve pacientes cuja perda da qualidade de vida pode ser significativa, além de envolver o cognitivo, o emocional, e o social dos mesmos e de quem os rodeia (BERRY; BENDAPUDI, 2007; ELG et al., 2012; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; ANDERSON, et al., 2013; TAUSIG, 2013; MOHANTY et al., 2014; SWEENEY; DAHANER; McCOOL-KENNEDY, 2015; ANDERSON; OSTROM et al., 2015; TANG; GUO; GOPINATH, 2016).

A qualidade dos serviços prestados na assistência a pacientes com câncer vem recebendo mais atenção a nível mundial (OVRETVEIT et al., 2016). Nesta assistência os pacientes têm a liberdade para se envolver em atividades que possam melhorar

sua qualidade de vida, desde que atendam as orientações repassadas pelo seu médico assistente durante o tratamento (BERRY; BENDAPUDI, 2007; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; SPANJOL et al., 2015). Por conseguinte, os resultados positivos e a gestão bem-sucedida deste tipo de tratamento estão diretamente relacionados com a forma como o profissional de saúde se comunica e influencia na participação ativa do paciente (BERRY; BENDAPUDI, 2007; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; TAUSIG, 2013; OSTROM et al., 2015; SEIDERS et al., 2015; SPANJOL et al., 2015; ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016; OVRETVEIT et al., 2016).

Nesta perspectiva, estudos comprovam que uma boa comunicação, aliada a um ambiente agradável para a prestação de cuidados em oncologia influencia positivamente os pacientes na adesão ao tratamento (PHILLIPS; MORGAN, 2014). Com o aumento da produção de medicamentos para tratamentos com TAO surge a necessidade de adequar às necessidades de consumo dos pacientes e dos profissionais envolvidos no processo a esta nova modalidade (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; ZERILLO et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; SHAH et al., 2016).

O tratamento com TAO acontece fora das dependências do serviço de saúde, aumentando a probabilidade de falhas na adesão ao tratamento (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016). Neste sentido, algumas alternativas para o controle e monitoramento de tratamentos com TAO podem ser adotadas para minimizar os impactos e as possíveis falhas, tais como: utilização de um diário para registro de informações sobre a administração do tratamento e ocorrências relacionadas (MULKERIN et al., 2016); adoção de diretrizes para o manuseio seguro da medicação (GRIFFIN et al., 2016); utilização de protocolos padronizados com vistas a melhoria da segurança e confiabilidade do tratamento (SHAH et al., 2016); adoção de práticas de educação voltadas para o paciente, familiares e cuidadores (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015); intervenções e monitoramentos periódicos, pessoalmente ou por telefone, por membros da equipe assistencial ou profissionais de outras áreas devidamente treinados, para observar a adesão adequada ao tratamento, a satisfação do paciente, bem como identificar barreiras e falhas no processo, estreitando a comunicação (HENDREN et al., 2010; HENSELMANS; HAES; SMETS, 2012; BASU et al., 2013; ZERILLO et al., 2015).

Assim, a adoção de alternativas que contribuam para o controle e monitoramento dos tratamentos com TAO, corroboram para a gestão da coprodução (SPANJOL et al., 2015).

### 3.3 COPRODUÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A pesquisa sobre a coprodução em saúde contribui para o entendimento da atuação do paciente como coprodutor, e seus respectivos impactos no resultado final dos tratamentos indicados pelos profissionais de saúde (SPANJOL et al., 2015; MCCOOL-KENNEDY et al., 2012; BERRY; BENDAPUDI, 2007; PHILIPS; MORGAN, 2014; BRADLEY, 2015; SWEENEY et al., 2015; ZHAO et al., 2015; TANG et al., 2016). Sob esta perspectiva, foi realizada uma Revisão Sistemática de Literatura - RSL, fundamentada nos critérios apresentados no Capítulo 2. A partir destes critérios, a RSL resultou na seleção de 17 artigos, cujas características são apresentadas na síntese do Quadro 6.

Quadro 6 - Síntese dos Artigos Seleccionados

Língua	País de Publicação	Área de Publicação	Tema do título	Relação do artigo com o Tema	Abordagem Metodológica	Referência
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Coprodução e saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Palumbo (2016)
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Coprodução e saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Vennik et al. (2015)
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Coprodução e saúde	Coprodução e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Qualitativa	Spanjol et al. (2015)
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Aprendizagem em serviços de saúde	Coprodução e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Qualitativa	Elg et al. (2012)
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Participação do paciente em serviços de saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Gallan et al. (2013)
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Qualidade de vida e comportamento do paciente no serviço de saúde	Coprodução e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Qualitativa	Sweeney et al. (2015)
Inglês	Estados Unidos	Gestão de serviços	Coprodução e serviços	Coprodução e Saúde	Quantitativa	Köppe et al. (2016)
Inglês	Estados Unidos	Saúde	Coprodução e saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Owens e Cribb (2012)
Inglês	Estados Unidos	Saúde	Coprodução e saúde	Coprodução e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Qualitativa	Phillips e Morgan (2014)
Inglês	Estados Unidos	Saúde	Gestão em saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Honka et al. (2011)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Coprodução e saúde	Coprodução e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Qualitativa	Cramm e Nieboer (2016)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Coprodução e saúde	Coprodução e doenças mentais	Qualitativa	Pinfold et al. (2015)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Participação do paciente em serviços de saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Dent et al. (2011)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Participação do paciente em serviços de saúde	Coprodução e câncer	Qualitativa	Hodgson et al. (2016)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Participação do paciente em serviços de saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Kavcic et al. (2015)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Participação do paciente em serviços de saúde	Coprodução e saúde	Qualitativa	Linchon et al. (2015)
Inglês	Reino Unido	Saúde	Cuidados em doenças crônicas	Coprodução e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Qualitativa	Cramm e Nieboer (2014)

Fonte: Elaborado pela autora.

Embora as buscas tenham sido delimitadas a um período que abrange o intervalo entre os anos 2000 e 2017, foram incluídos na RSL somente artigos publicados após no ano de 2011, já que os termos relacionados à coprodução em saúde só foram reconhecidos nos últimos anos (GALLAN et al., 2013; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; SPANJOL et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; PALUMBO, 2016). Conforme os resultados apresentados no Quadro 6, é possível observar similaridades e desigualdades em relação aos 17 artigos incluídos na pesquisa.

Em relação ao país de publicação, observou-se que os 17 artigos foram publicados em periódicos de países localizados na América do Norte e na Europa, sendo dez nos Estados Unidos, e sete no Reino Unido, o que indica que a partir dos

critérios estabelecidos para a RSL, não foram selecionados artigos publicados em periódicos nacionais, latino americanos, e de outros continentes. No tocante a área de publicação, percebe-se o predomínio de artigos publicados em periódicos da área da saúde (dez artigos), em relação à quantidade de artigos publicados em periódicos da área de gestão de serviços (sete artigos). Em vista disso, é possível que a pesquisa na área de gestão de serviços ainda careça de estudos sobre a coprodução e seus efeitos na gestão de operações nos serviços de saúde. Cabe salientar que os serviços de saúde operam como uma linha de produção assim como qualquer outro tipo de serviço, e que a coprodução executada pelo paciente é integrante deste processo.

No que concerne a abordagem metodológica, apenas um artigo utilizou a abordagem quantitativa, gerando um modelo a partir de um teste de hipóteses. Os demais apresentaram abordagens qualitativas, empregando métodos como estudo de caso, estudo transversal, estudo longitudinal e pesquisa ação. Quanto ao título, oito artigos incluíram a palavra coprodução no título, enquanto os demais citaram o tema somente ao longo do texto. Contudo, todos os artigos abordam de alguma forma a coprodução em saúde, assim como a educação do paciente como coprodutor, e sua relação com os profissionais de saúde.

O Quadro 7 apresenta os artigos por tema, compilando suas similaridades em tópicos.

Quadro 7 - Coprodução em Saúde – Similaridades

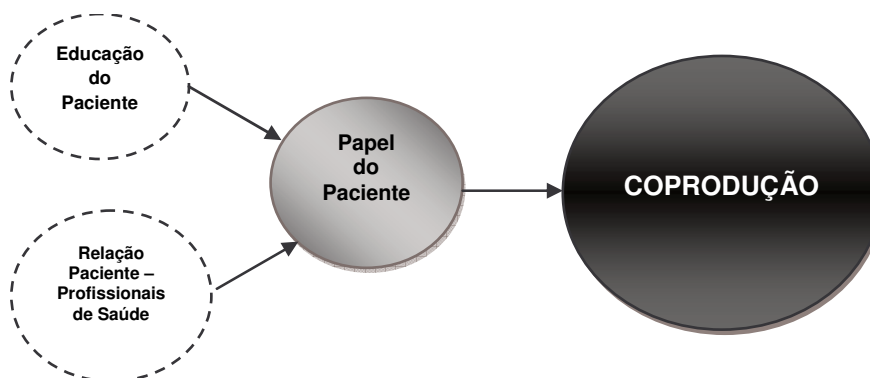
Coprodução em Saúde	Similaridades	Referência
<b>Coprodução e Câncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de educar o paciente para uma abordagem integrada durante o tratamento</li> <li>- Relacionamento do paciente com os profissionais de saúde</li> <li>- Envolvimento do paciente durante a radioterapia</li> </ul>	Hodgson et al (2016)
<b>Coprodução e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) – câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de educar o paciente, familiares e cuidadores sobre sua responsabilidade em tratamentos de longa duração</li> <li>- Relacionamento do paciente com os profissionais de saúde</li> <li>- Envolvimento do paciente em tratamentos de longa duração</li> </ul>	Cramme Nieboer(2014) Cramm e Nieboer (2016) Elg et al (2012) Phillips e Morgan (2014) Spanjol et al (2015) Sweeney et al (2015)
<b>Coprodução e Doenças Mentais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de educar o paciente com metodologias participativas para cada tipo de tratamento</li> <li>- Relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, com abordagens bem estabelecidas de acordo com o diagnóstico</li> <li>- Envolvimento do paciente durante o tratamento</li> </ul>	Pinfold et al (2015)
<b>Coprodução e Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de educar o paciente para a coprodução</li> <li>- Relacionamento do paciente com os profissionais de saúde</li> <li>- Envolvimento do paciente durante o tratamento para qualidade de vida e melhores resultados</li> </ul>	Dent et al (2011) Gallan et al (2013) Honka et al (2011) Kavcic et al(2015) Köppe et al (2016) Linchon et al (2015) Owens e Cribb (2012) Palumbo (2016) Vennik et al (2015)

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações delineadas no Quadro 7 permitem observar que dentre os 17 artigos, nove abordaram a coprodução em saúde de forma genérica, enquanto os demais abordaram o tema de forma específica - coprodução e câncer, coprodução e DCNT, e coprodução e doenças mentais. Embora os artigos abordem a coprodução de forma distinta, o agrupamento das similaridades por eles apresentadas possibilitou a constituição de três categorias de análise, conforme ilustra a Figura 8.



Figura 8 - Categorias de Análise da Coprodução em Serviços de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Fundamentado nas categorias apresentadas na Figura 8, o Quadro 8 apresenta em tópicos a síntese dos principais pontos abordados pelos 17 artigos em relação a cada categoria de análise.

Quadro 8 - Síntese das Categorias de Análise

Categorias de Análise	Coprodução em Serviços de Saúde	Referências
<b>Papel do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adesão ao tratamento</li> <li>- Comprometimento para melhora da sua saúde</li> <li>- Integração com o processo de produção do seu tratamento</li> <li>- Tomada de decisão em conjunto com os profissionais de saúde</li> <li>- Responsabilidade como coprodutor</li> </ul>	Cramm e Nieboer (2014) Cramm e Nieboer (2016) Dent et al. (2011) Elg et al. (2012) Gallan et al. (2013) Hodgson et al. (2016) Honka et al. (2011) Kavcic et al. (2015) Köppe et al. (2016) Linchon et al. (2015) Owens e Cribb (2012) Palumbo (2016) Phillips e Morgan (2014) Pinfold et al. (2015) Spanjol et al. (2015) Sweeney et al. (2015) Vennik et al. (2015)
<b>Educação do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação das necessidades e do perfil do paciente</li> <li>- Treinamento para administrar tratamento, medicamentos e sintomas</li> <li>- Responsabilidade como coprodutor</li> <li>- Monitoramento, metas, protocolos e planos de ação</li> </ul>	
<b>Relação Paciente – Profissionais de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem integral do paciente</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Orientações relacionadas aos medicamentos e possíveis sintomas</li> <li>- Apresentação dos resultados esperados</li> <li>- Compartilhamento de responsabilidade e integração de cuidados</li> </ul>	

Fonte: Elaborado pela autora.

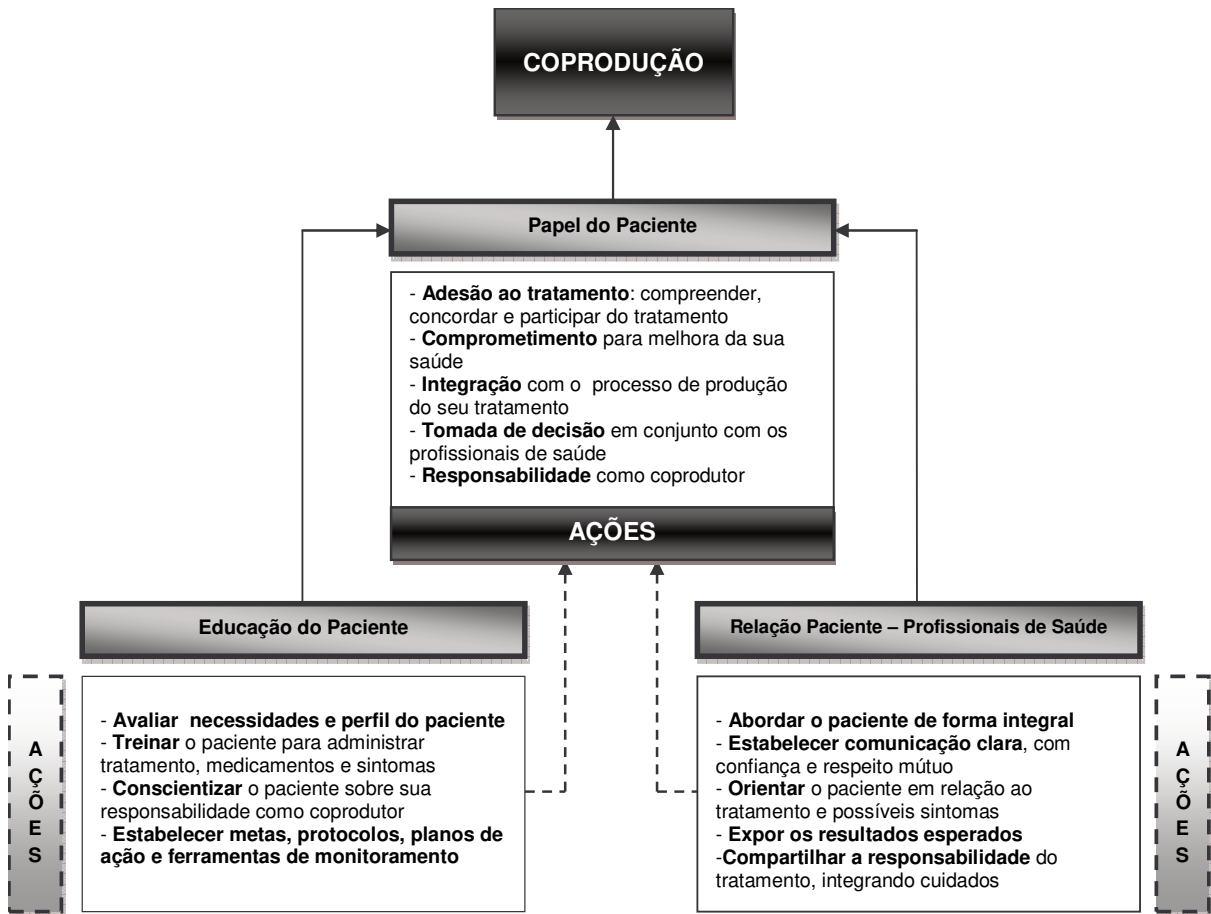
Nesta perspectiva, os achados oriundos da RSL sobre o tema coprodução em saúde oportunizaram o entendimento sobre o tema, bem como a importância do papel do paciente como coprodutor nos serviços de saúde.

### 3.3.1 Síntese da Revisão Sistemática de Literatura

Os artigos incluídos na RSL abordam a coprodução em saúde explorando o papel do paciente como coprodutor, seu desempenho na administração do tratamento, a relação com os profissionais de saúde, e a educação para a coprodução (DENT et al., 2011; HONKA et al., 2011; ELG et al., 2012; OWENS; CRIBB, 2012; GALLAN et al., 2013; CRAMM; NIEBOER, 2014; PHILLIPS; MORGAN, 2014; KAVCIC et al., 2015; LINCION et al., 2015; PINFOLD et al., 2015; SPANJOL et al., 2015; SWEENEY et al., 2015; VENNIK et al., 2015; CRAMM; NIEBOER, 2016; HODGSON et al., 2016; KÖPPE et al., 2016; PALUMBO, 2016). A partir dos referidos estudos, observou-se o entendimento do paciente sobre sua responsabilidade como coprodutor, contribuindo para a melhora substancial do seu estado de saúde (HONKA et al., 2011; KAVCIC et al., 2015; LINCION et al., 2015; VENNIK et al., 2015; HODGSON et al., 2016). Entretanto, o bom desempenho do paciente como coprodutor só é possível se o mesmo estiver previamente educado para esta função, e manter um bom relacionamento com os profissionais de saúde que o assistem (KAVCIC et al., 2015; LINCION et al., 2015; VENNIK et al., 2015; HODGSON et al., 2016). Logo, pode-se presumir que a educação do paciente e seu relacionamento com a equipe de profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e demais especialidades envolvidas, são a base para que ele possa colocar a coprodução em prática corretamente.

A partir da análise dos achados, esta RSL apresenta como resultado um conjunto de ações, no que tange ao papel do paciente como coprodutor, sua educação para a coprodução, e seu relacionamento com a equipe de profissionais de saúde. Isto posto, a Figura 9 apresenta o conjunto de ações que contribui para que o paciente desempenhe adequadamente seu papel como coprodutor.

Figura 9 - Ações para a Coprodução



Fonte: Elaborado pela autora.

## 4 RESULTADOS

O capítulo de Resultados se subdivide em duas partes. A primeira parte apresenta a operacionalização da Codificação dos Dados realizada por intermédio do *software* Atlas.ti. A segunda parte apresenta a Síntese dos Resultados obtidos a partir codificação dos dados.

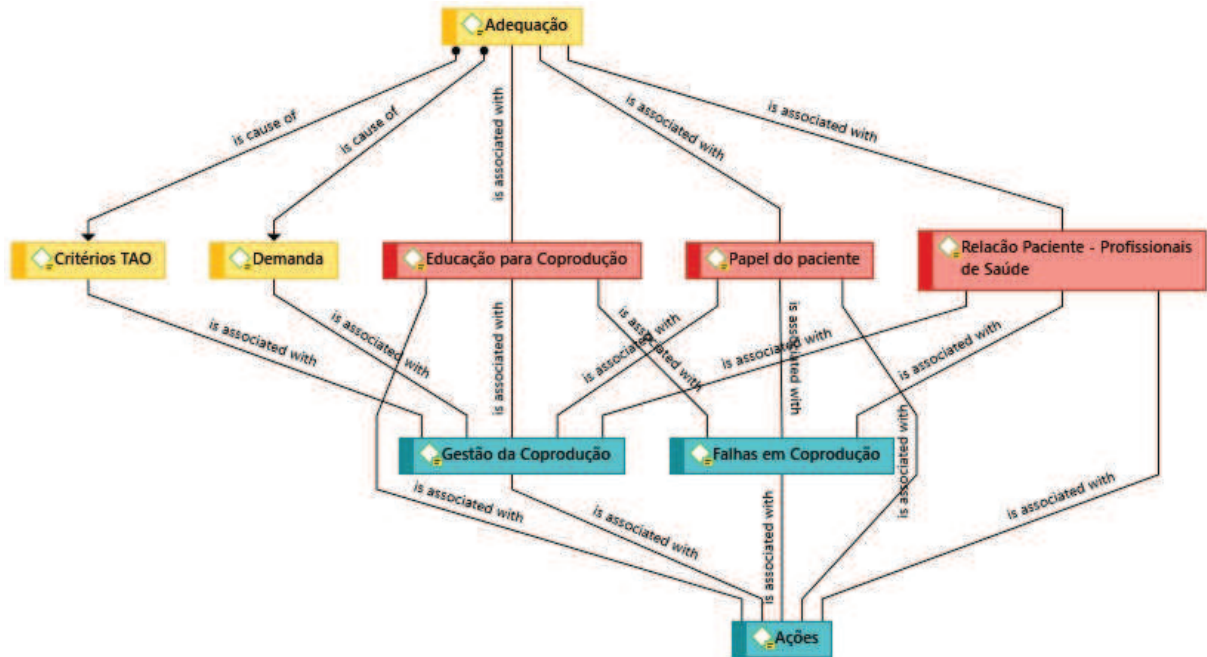
### 4.1 CODIFICAÇÃO DOS DADOS

A codificação, ou exploração do material, consiste no tratamento dos dados que constituem o *corpus* da pesquisa com base nas regras definidas na etapa da pré-análise (BARDIN, 2001; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; KLEIN et al., 2015; SILVA; FOSSÁ, 2015; VOSGERAU; POCRIFKA; SIMONIAN, 2016). A operacionalização da codificação deu-se através do *software* Atlas.ti – versão 8, conforme descrito no item 2.2.4 do capítulo 2 da presente tese.

Para cada grupo de entrevistados - i) Gestão; ii) Corpo Clínico; iii) Equipe Multidisciplinar, foi criada uma unidade hermenêutica independente no Atlas.ti. Em cada uma destas unidades foram inseridos os documentos no formato *Word* com o registro dos dados coletados nas entrevistas. Nestes documentos, as unidades de contexto são representadas pelos parágrafos que compreendem as unidades de registro, que por sua vez correspondem ao tema contido em trechos das entrevistas.

Nesta lógica, os trechos selecionados foram associados aos códigos equivalentes as categorias de análise. Estas categorias, definidas inicialmente a partir da fundamentação teórica, foram inseridas como códigos no Atlas.ti. Os códigos foram identificados por cores e agrupados por ordem de abordagem no instrumento de coleta, sendo que a cor amarela corresponde às primeiras questões, a cor vermelha as questões intermediárias, e a cor azul as questões finais. A Figura 10 apresenta a correlação entre estes códigos através de um esquema gráfico, ou rede, gerado por meio do Atlas.ti.

Figura 10 - Correlação entre os Códigos



Fonte: Elaborado pela autora.

A quantidade de trechos codificados por entrevistado é apresentada no Quadro 9, com base nas tabelas código-documento geradas pelo Atlas.ti, disponíveis no Apêndice G. Os códigos aparecem agrupados e identificados por cores, a exemplo da Figura 9.

Quadro 9 - Codificação por Entrevistado – Categorias de Análise Iniciais

Entrevistados	Códigos									Total
	Adequação	Critérios TAO	Demanda	Educação para Coprodução	Relação Paciente – Profissionais de Saúde	Papel do Paciente	Falhas em Coprodução	Gestão da Coprodução	Ações	
G1	5	5	1	5	1	0	1	1	6	25
G2	4	0	4	2	1	1	0	2	5	19
M1	3	6	1	4	2	2	5	1	1	25
M2	3	1	1	3	1	1	1	2	1	14
M3	1	2	1	3	2	1	1	1	0	12
M4	2	0	1	2	1	1	2	0	1	10
M5	2	0	1	1	2	0	1	0	2	9
E1	2	0	1	3	2	0	1	1	5	15
E2	2	0	0	2	1	1	0	0	3	9
F1	4	0	1	4	0	2	1	0	4	16
F2	4	0	2	6	1	1	5	3	2	24
N1	3	0	1	3	1	1	1	0	2	12
P1	1	0	1	2	1	0	0	0	2	7
P2	1	0	1	1	1	1	0	0	4	9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>41</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>38</b>	<b>206</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 10 apresenta o total e a média de trechos codificados por grupo de entrevistados, a partir das informações apresentadas no Quadro 9.

Quadro 10 - Codificação por Grupos – Categorias de Análise Iniciais

Grupo	Gestores		Corpo Clínico					Equipe Multidisciplinar						
	G1	G2	M1	M2	M3	M4	M5	E1	E2	F1	F2	N1	P1	P2
Unidades de Registro Codificadas	25	19	25	14	12	10	9	15	9	16	24	12	7	9
Total por Grupo	44		70					92						
Média por Grupo	22		14					13						
Média Geral	16													

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações apresentadas no Quadro 10 permitem uma comparação entre a quantidade de unidades de registro codificadas por grupos de entrevistados, considerando as categorias de análise iniciais. Neste cenário é possível observar que as médias dos grupos Corpo Clínico e Equipe Multidisciplinar se aproximam, e tem uma diferença de até nove unidades de registro codificadas a menos em relação a média do grupo de Gestores.

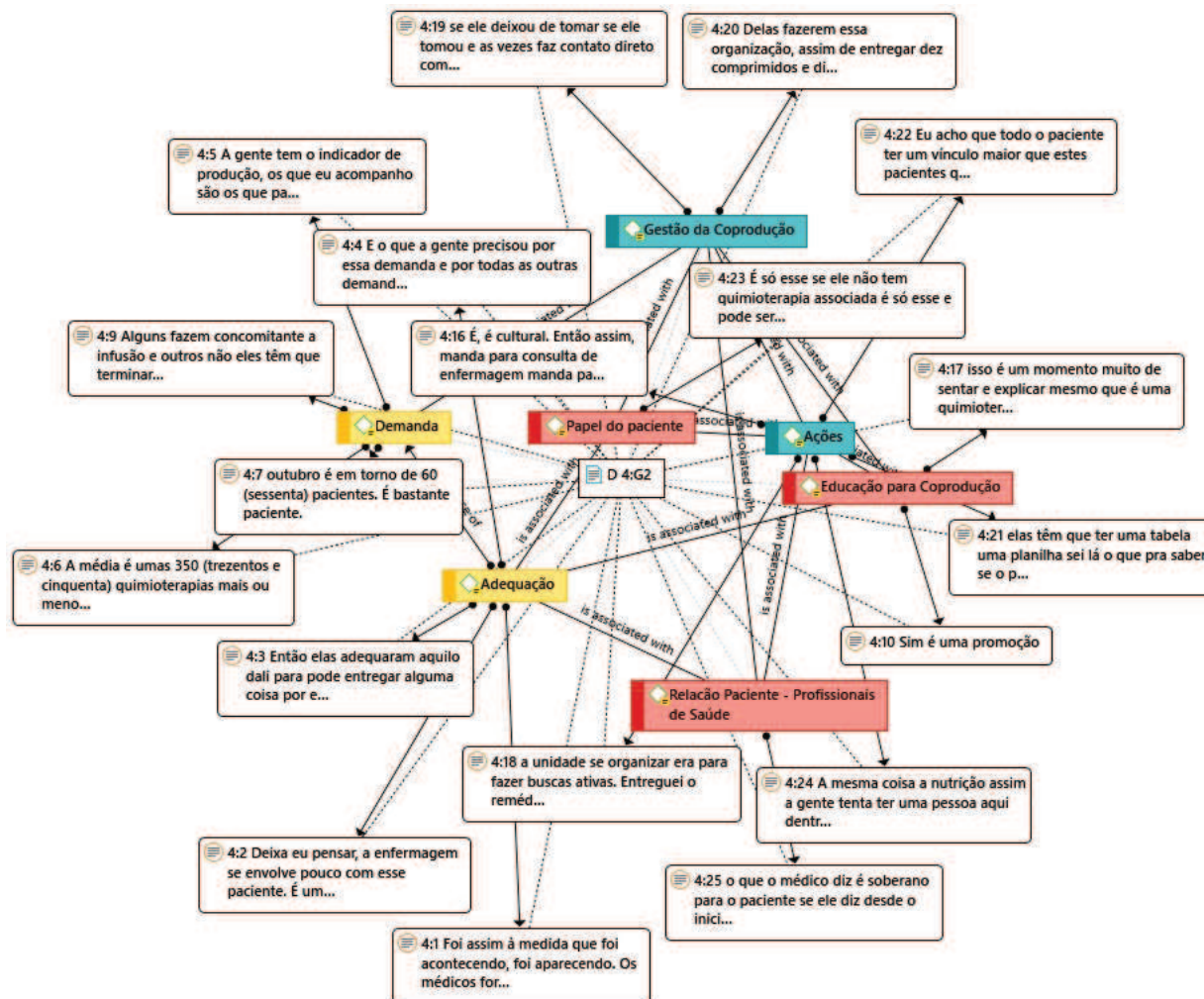
A vinculação das unidades de registro aos códigos também pode ser visualizada no formato de imagem por meio de esquemas gráficos gerados pelo Atlas.ti. Estas imagens corroboram para a comparação entre os grupos de entrevistados, bem como para a comparação individual entre os entrevistados conforme sua área de atuação. Os esquemas gráficos são apresentados pelas Figuras 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

As Figuras 11 e 12 representam as unidades de registro codificadas para os gestores que compõem o Grupo 1 – Gestores, possibilitando a comparação entre a quantidade de categorias abordadas por cada entrevistado.





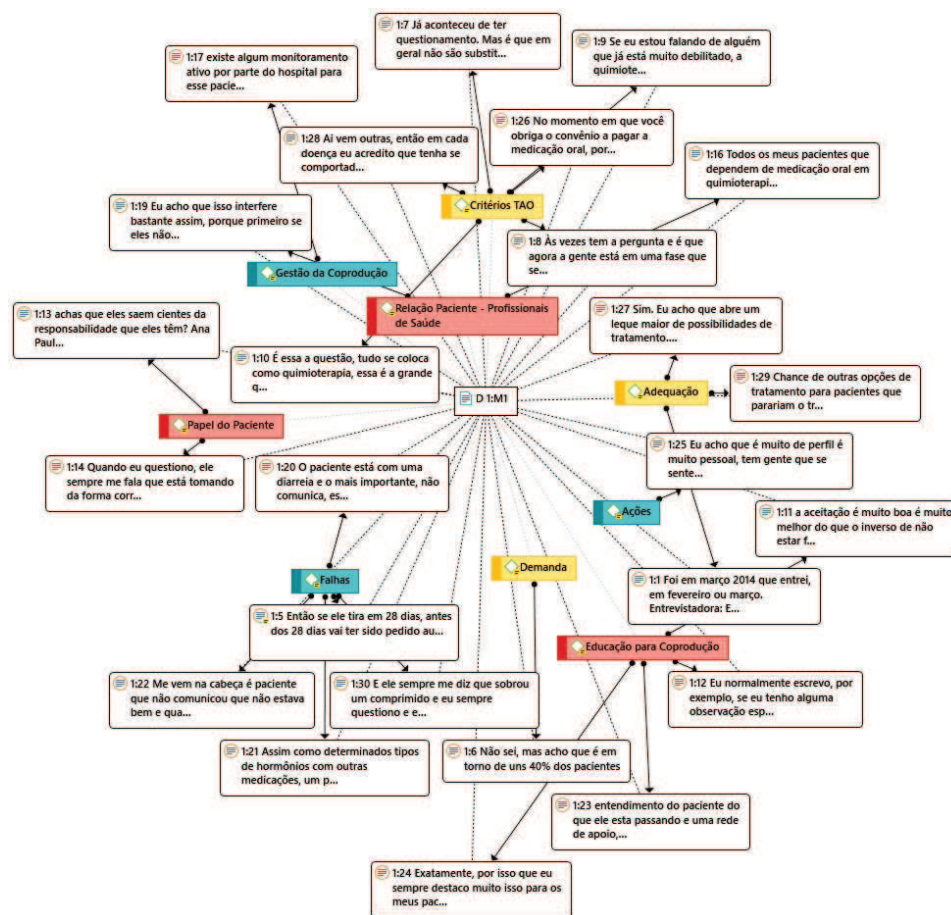
Figura 12 - Codificação Grupo 1 - G2



Fonte: Elaborado pela autora.

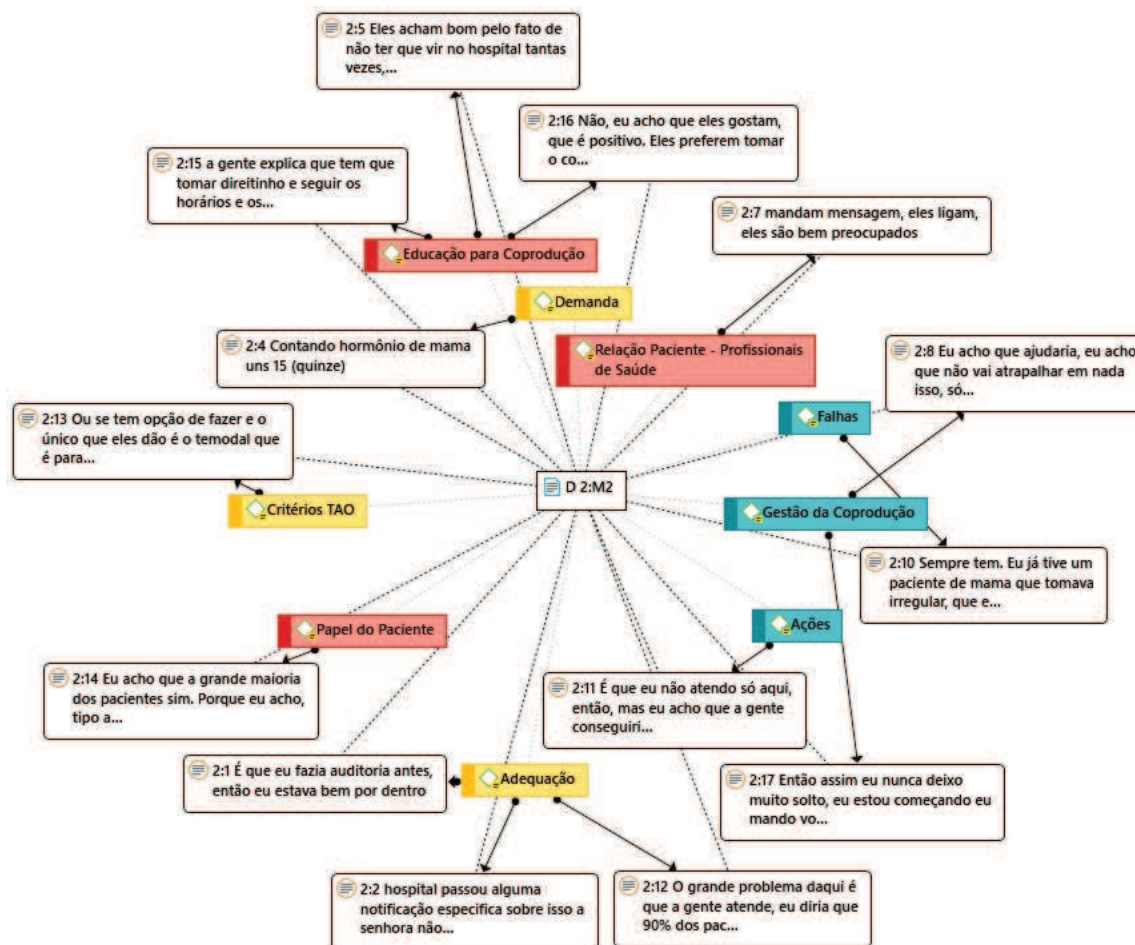
As Figuras 13, 14, 15, 16 e 17 representam as unidades de registro codificadas para os médicos que compõem o Grupo 2 – Corpo Clínico, possibilitando a comparação entre a quantidade de categorias abordadas por cada entrevistado.

Figura 13 - Codificação Grupo 2 – M1



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 14 - Codificação Grupo 2 – M2



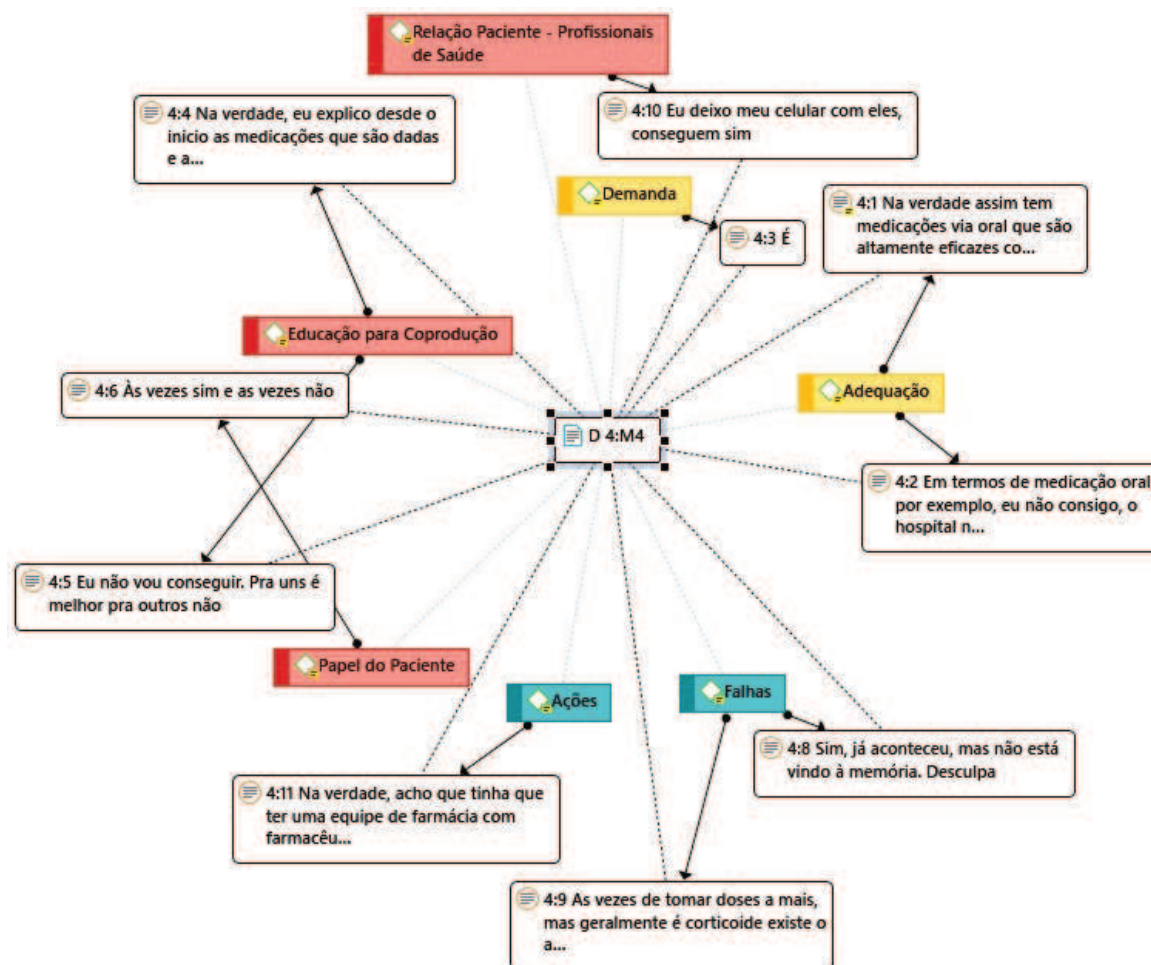
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 15 - Codificação Grupo 2 – M3



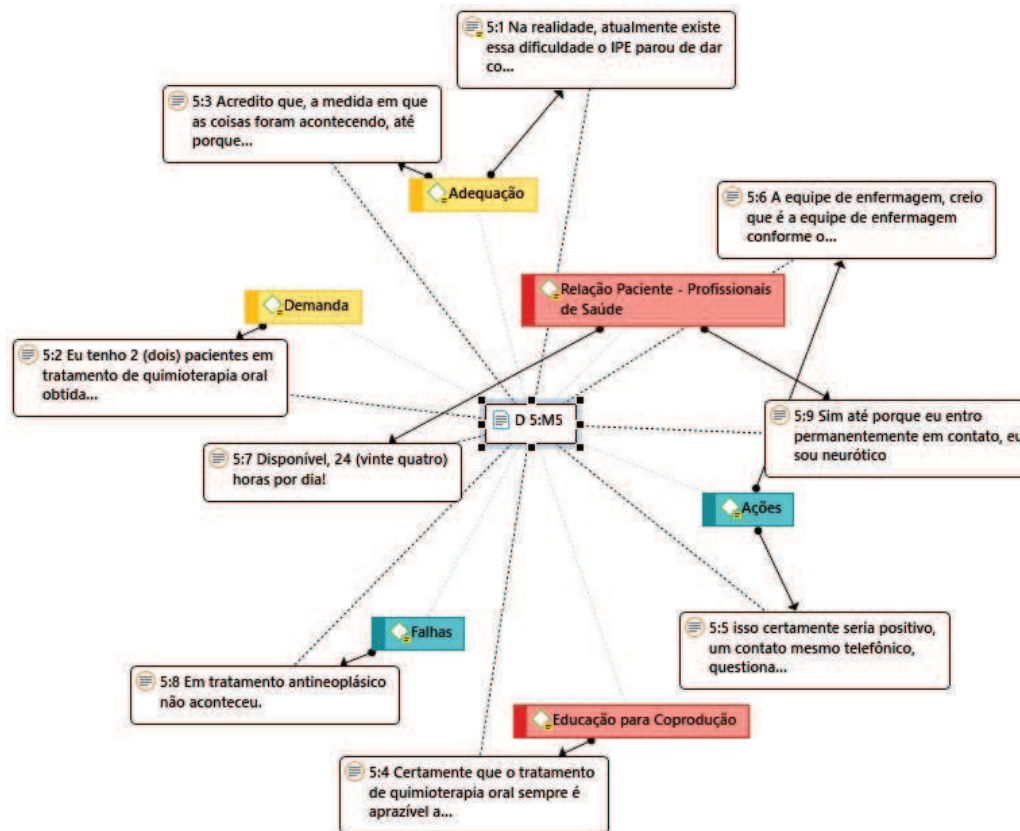
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 16 - Codificação Grupo 2 – M4



Fonte: Elaborado pela autora.

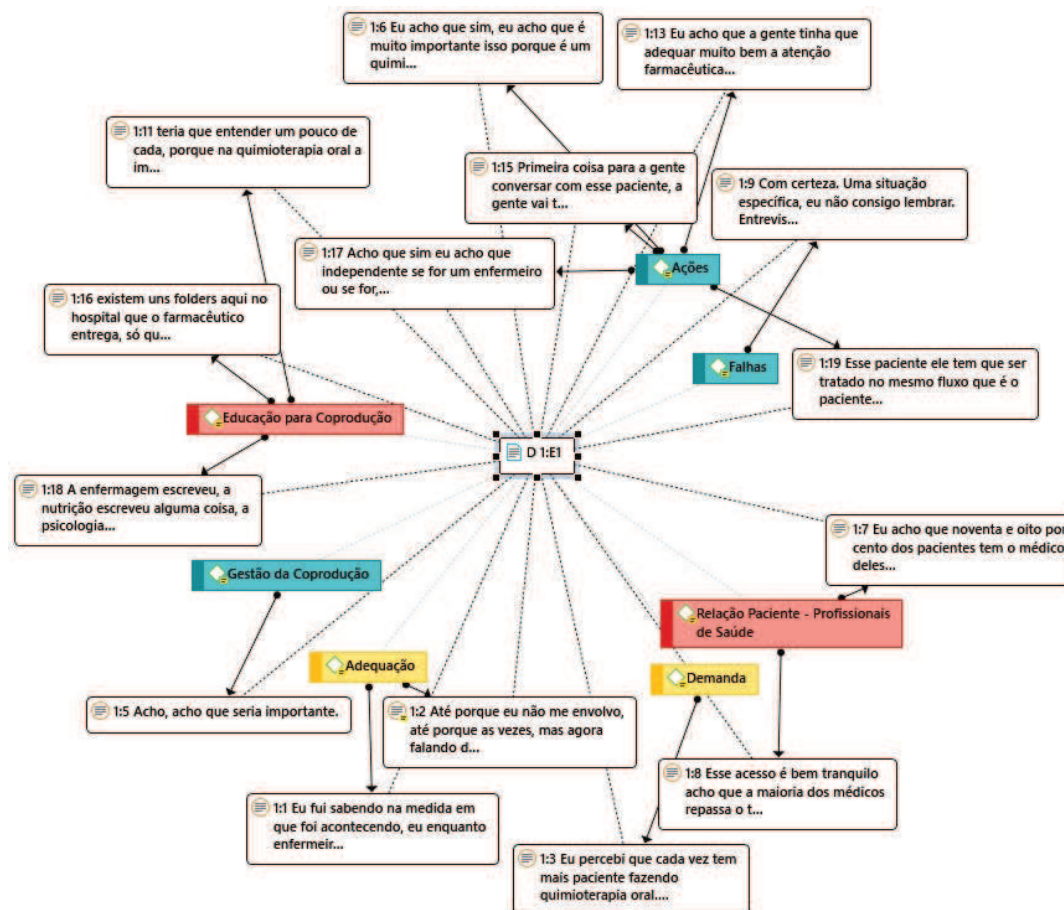
Figura 17 - Codificação Grupo 2 – M5



Fonte: Elaborado pela autora.

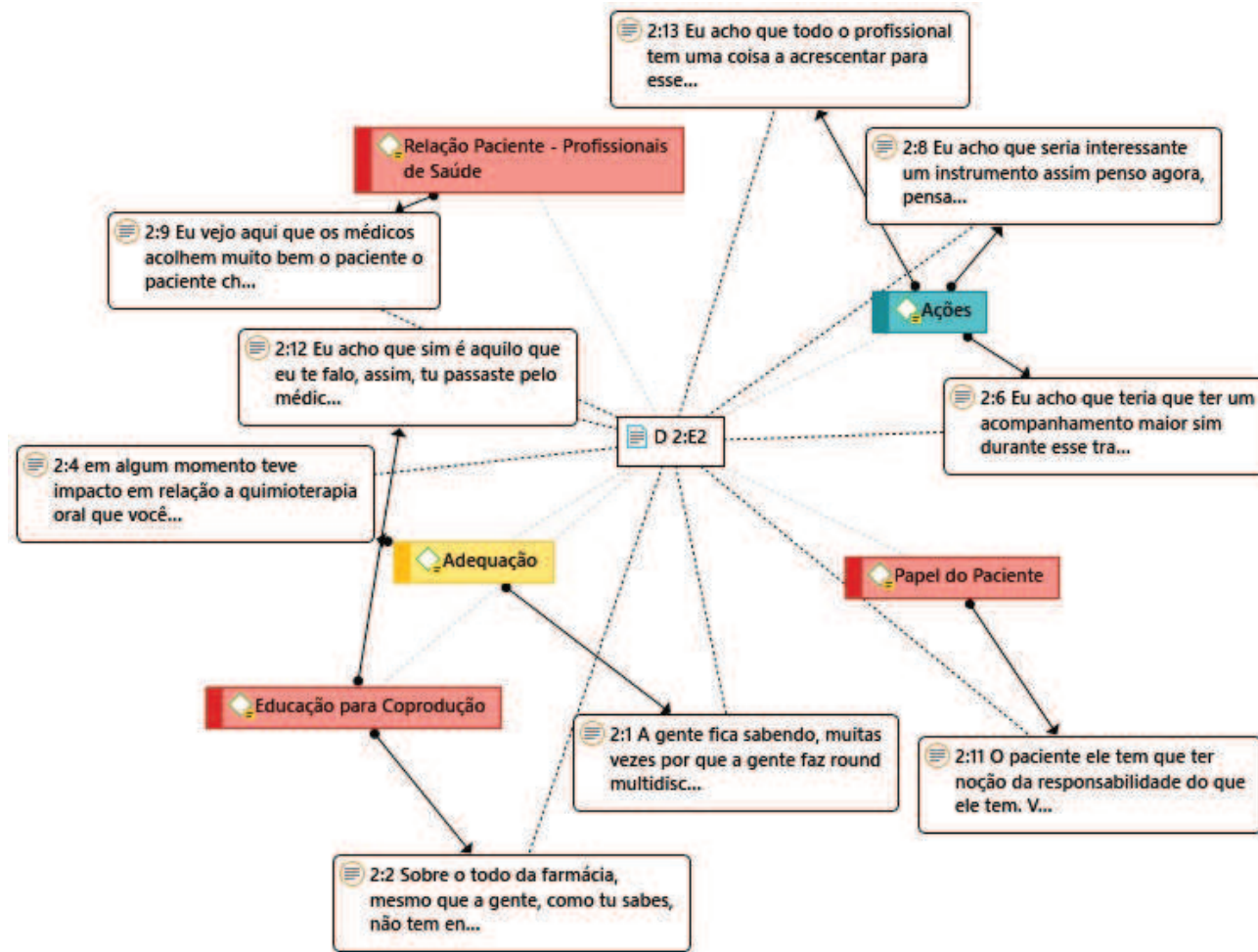
As Figuras 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 representam as unidades de registro codificadas para os profissionais que compõem o Grupo 3 – Equipe Multidisciplinar, possibilitando a comparação entre a quantidade de categorias abordadas por cada entrevistado.

Figura 18 - Codificação Grupo 3 – E1



Fonte: Elaborado pela autora.

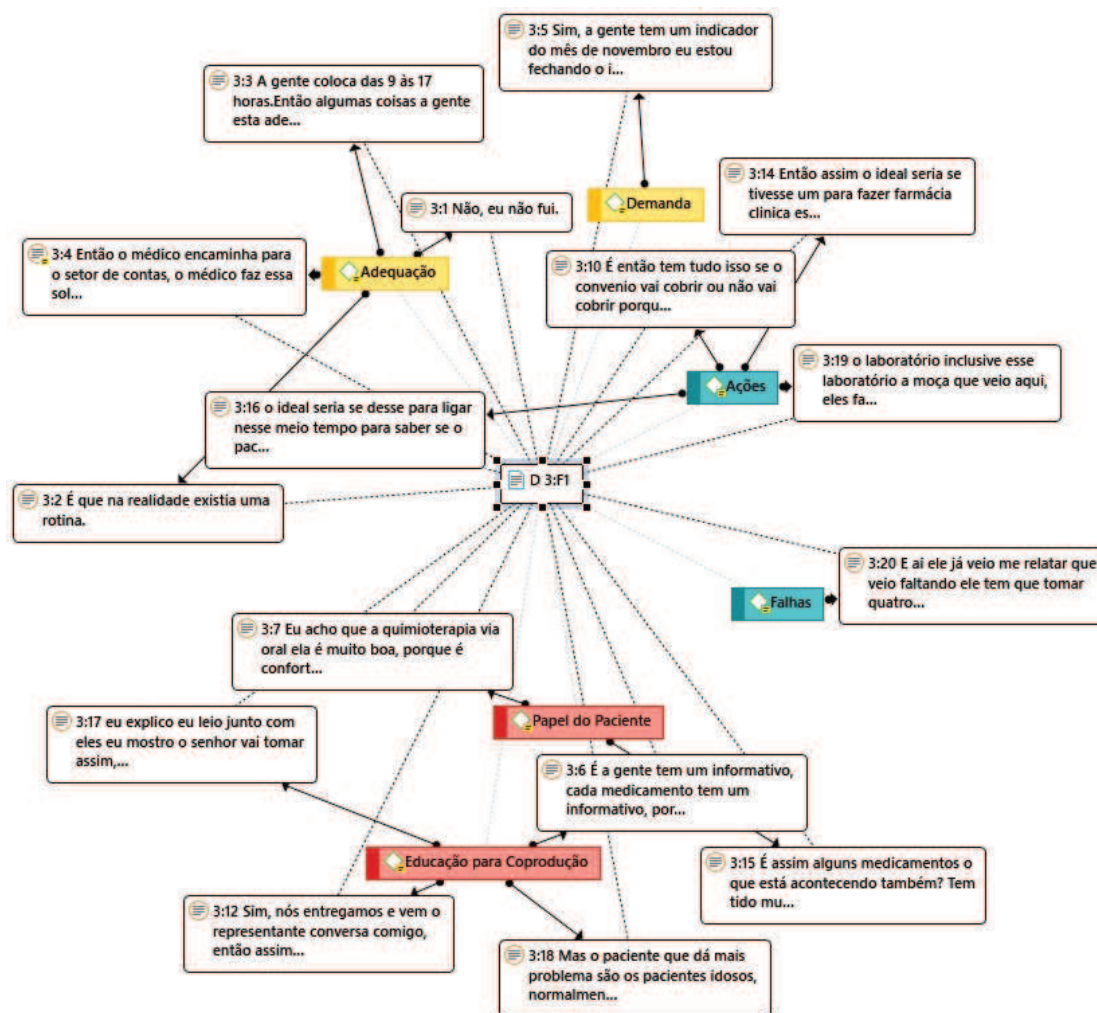
Figura 19 - Codificação Grupo 3 – E2



Fonte: Elaborado pela autora.

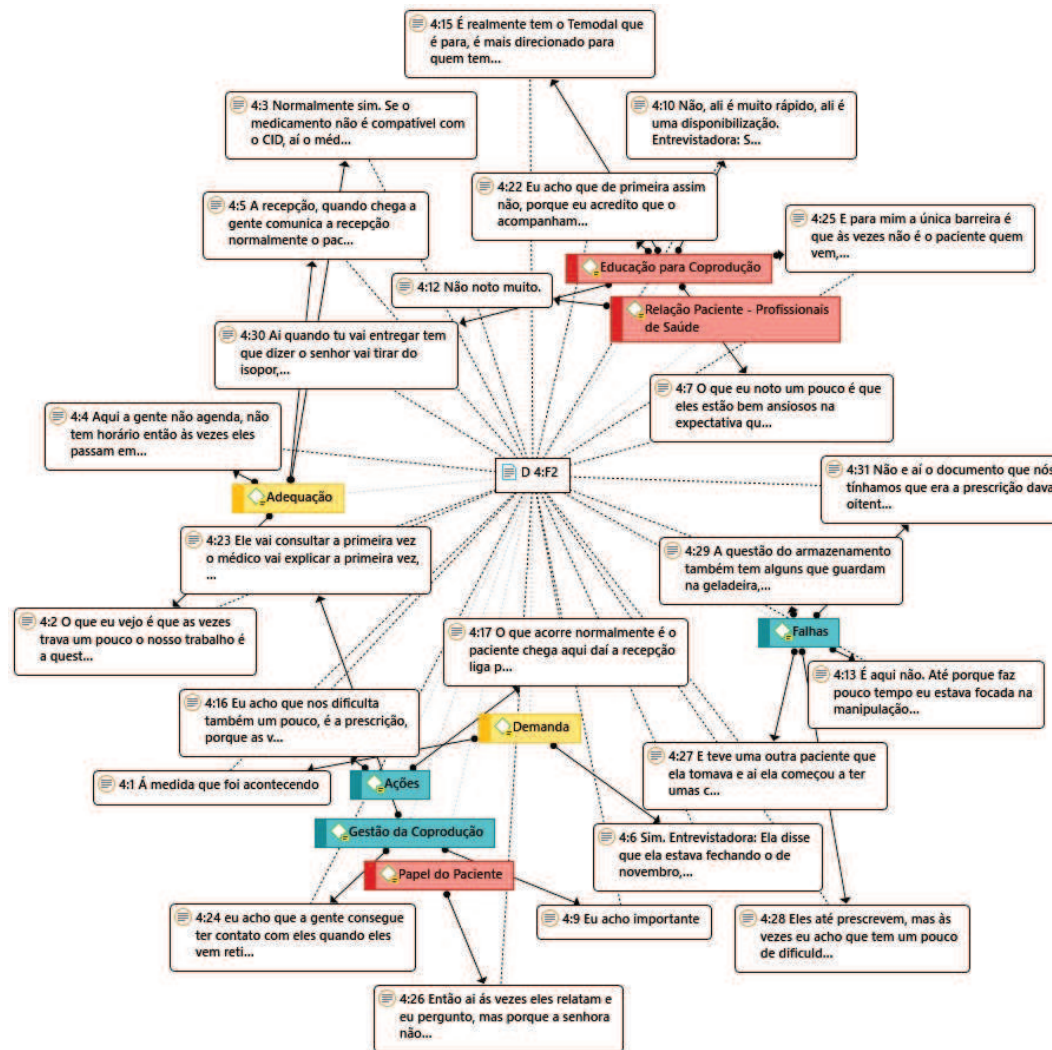


Figura 20 - Codificação Grupo 3 – F1



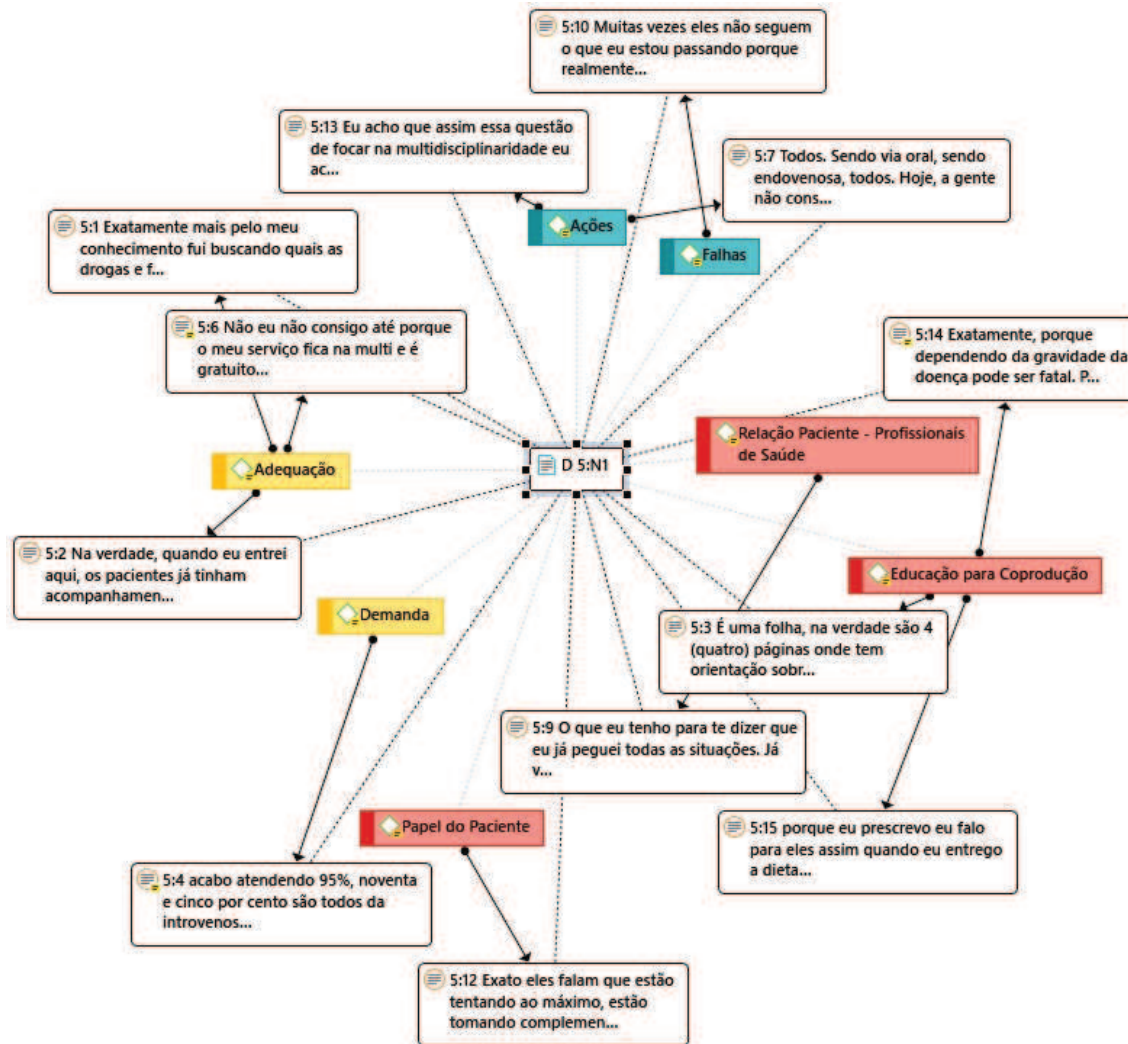
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 21 - Codificação Grupo 3 – F2



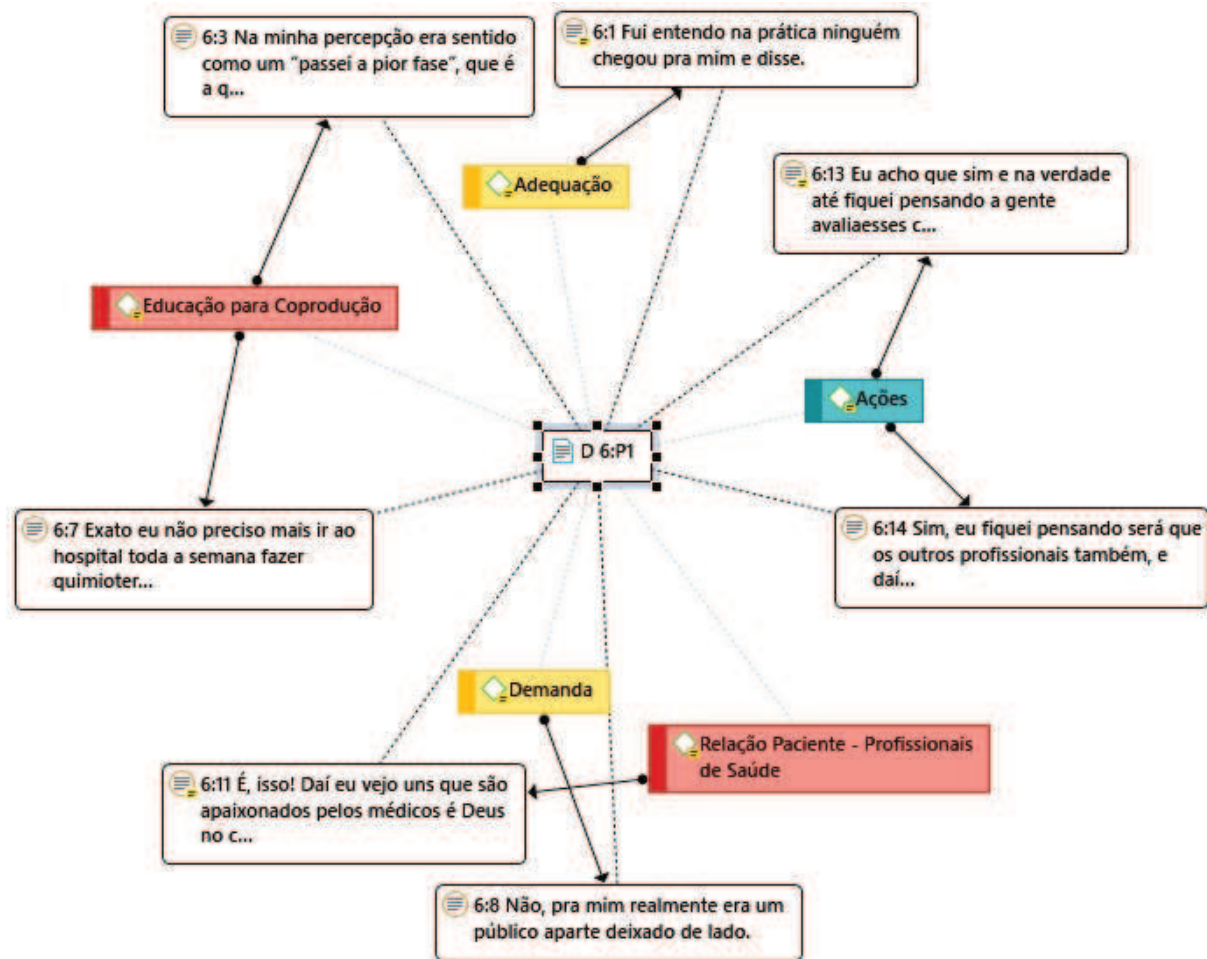
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 22 - Codificação Grupo 3 – N1



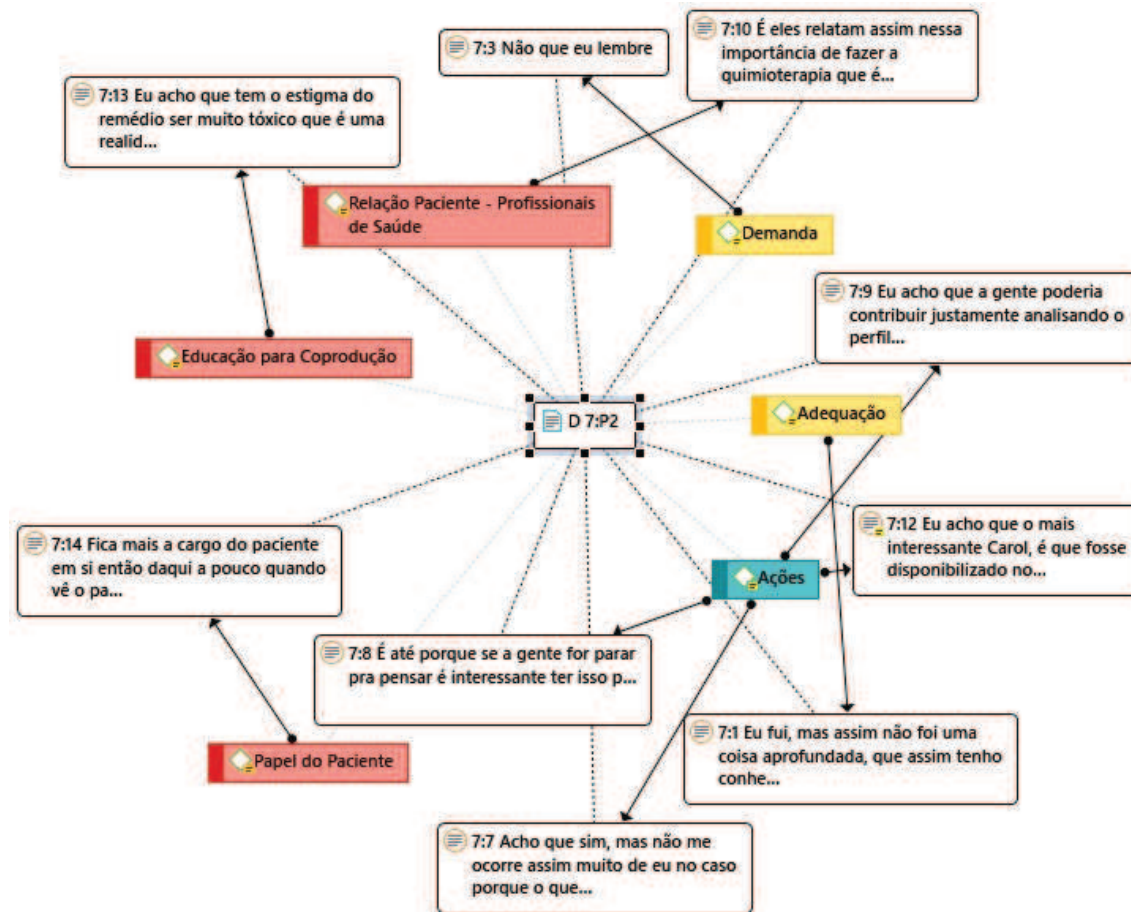
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 23 - Codificação Grupo 3 – P1



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 24 - Codificação Grupo 3 – P2



Fonte: Elaborado pela autora.

A codificação dos dados coletados corroborou para que duas novas categorias de análise fossem criadas. Nas respostas de 50% dos entrevistados o protocolo para tratamentos com TAIV foi citado. Da mesma forma, os impactos gerados pelas operadoras de planos de saúde no processo de distribuição dos medicamentos para TAO foram citados por 57% dos entrevistados. Nesta perspectiva, durante a operacionalização da codificação no Atlas.ti, 23 unidades de registro foram vinculadas ao novo código denominado Protocolo TAIV, e 14 unidades de registro foram vinculadas ao novo código denominado Operadoras de Planos de Saúde. O Quadro 11 apresenta a quantidade de unidades de registro codificada por entrevistado após a inclusão destas duas novas categorias, com base nas tabelas código-documento geradas pelo Atlas.ti, e disponíveis no Apêndice H.

Quadro 11 - Codificação por Entrevistado – Categorias de Análise Revisadas

Entrevistados	Códigos											Total
	Adequação	Crítérios TAO	Demanda	Educação para Coprodução	Relação Paciente – Profissionais de Saúde	Papel do Paciente	Falhas em Coprodução	Gestão da Coprodução	Ações	Protocolo TAIV	Operadoras de Planos de Saúde	
<b>G1</b>	5	5	1	5	1	0	1	1	6	0	2	27
<b>G2</b>	4	0	4	2	1	1	0	2	5	1	1	21
<b>M1</b>	3	6	1	4	2	2	5	1	1	3	1	29
<b>M2</b>	3	1	1	3	1	1	1	2	1	0	2	16
<b>M3</b>	1	2	1	3	2	1	1	1	0	0	1	13
<b>M4</b>	2	0	1	2	1	1	2	0	1	0	2	12
<b>M5</b>	2	0	1	1	2	0	1	0	2	0	3	12
<b>E1</b>	2	0	1	3	2	0	1	1	5	3	0	18
<b>E2</b>	2	0	0	2	1	1	0	0	3	2	0	11
<b>F1</b>	4	0	1	4	0	2	1	0	4	0	2	18
<b>F2</b>	4	0	2	6	1	1	5	3	2	0	0	24
<b>N1</b>	3	0	1	3	1	1	1	0	2	6	0	18
<b>P1</b>	1	0	1	2	1	0	0	0	2	3	0	10
<b>P2</b>	1	0	1	1	1	1	0	0	4	2	0	11
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>41</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>38</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>240</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 12 apresenta o total e a média das unidades de registro codificadas por grupo de entrevistados, a partir das informações apresentadas no Quadro 11.

Quadro 12 - Codificação por Grupos - Categorias de Análise Revisadas

<b>Grupo</b>	Gestores		Corpo Clínico					Equipe Multidisciplinar						
<b>Entrevistados</b>	G1	G2	M1	M2	M3	M4	M5	E1	E2	F1	F2	N1	P1	P2
Unidades de Registro Codificadas	27	21	29	16	13	12	12	18	11	18	24	18	10	11
Total por Grupo	48		82					110						
Média por Grupo	24		16					16						
Média Geral	19													

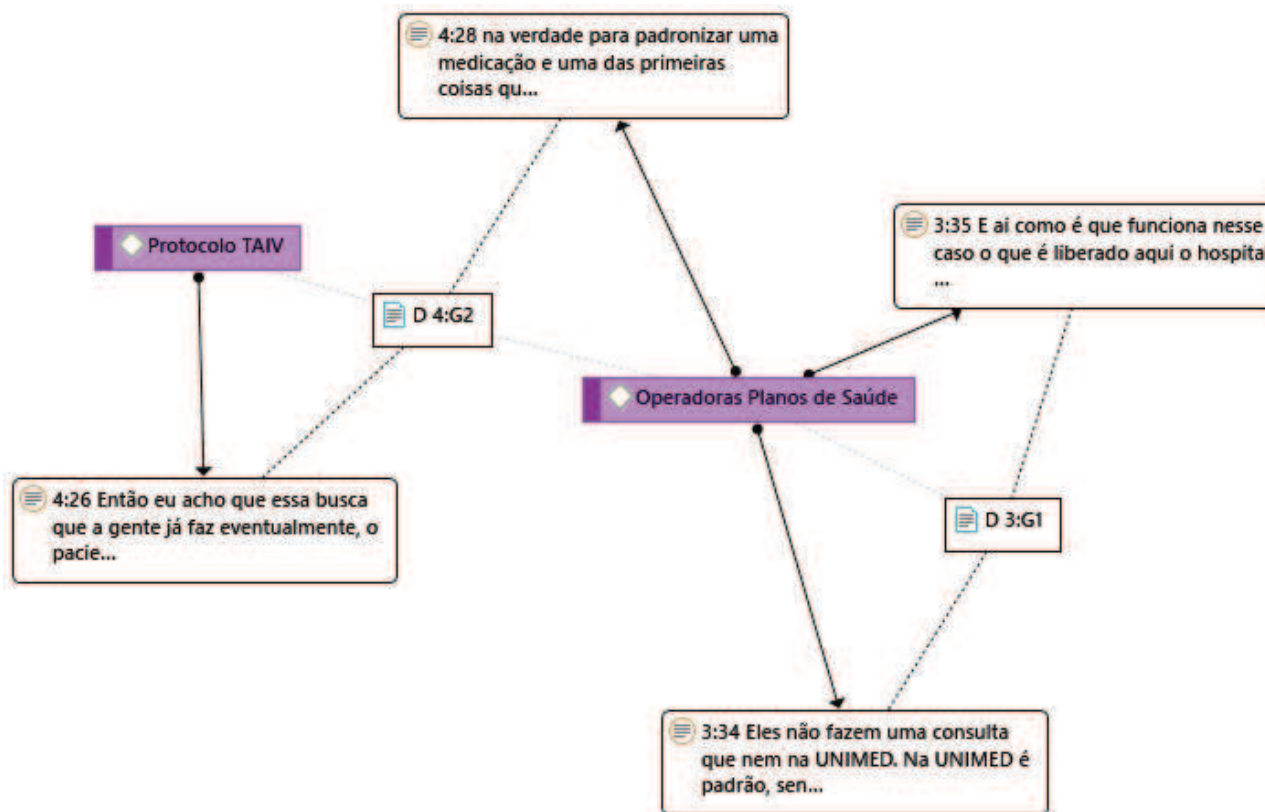
Fonte: Elaborado pela autora.

As informações apresentadas no Quadro 12 permitem uma comparação entre a quantidade de unidades de registro codificadas, considerando as categorias de análise revisadas, com a inclusão de duas novas categorias. Neste cenário é possível observar que as médias dos grupos Corpo Clínico e Equipe Multidisciplinar se igualam, e tem uma diferença de oito unidades de registro codificadas a menos em relação a média do grupo de Gestores, apresentando um comportamento similar ao cenário exibido no Quadro 10.

As Figuras 25, 26 e 27 ilustram a associação entre as unidades de registro e os novos códigos - Protocolo TAIV e Operadoras de Planos de Saúde, por grupo de entrevistados através dos esquemas gráficos gerados pelo Atlas.ti.

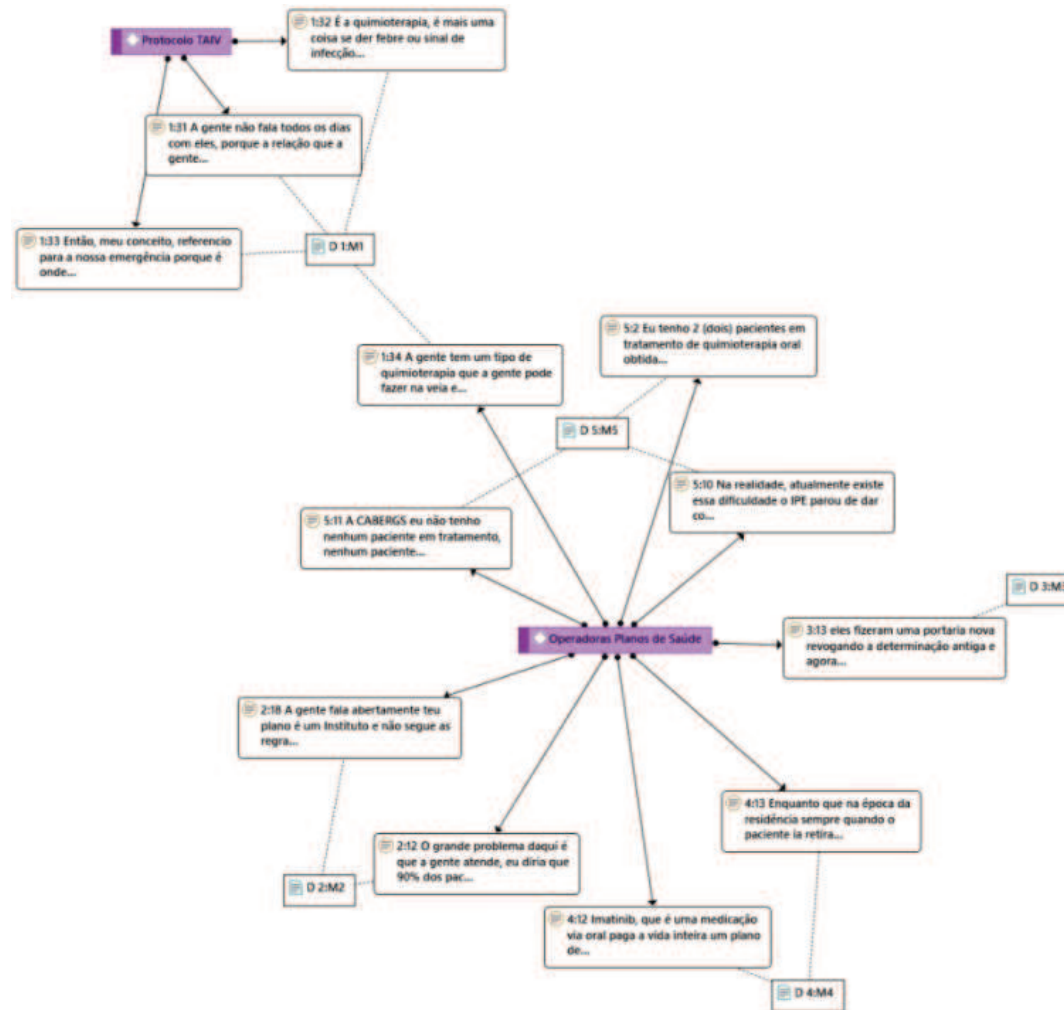


Figura 25 - Inclusão de Categorias de Análise – Grupo 1



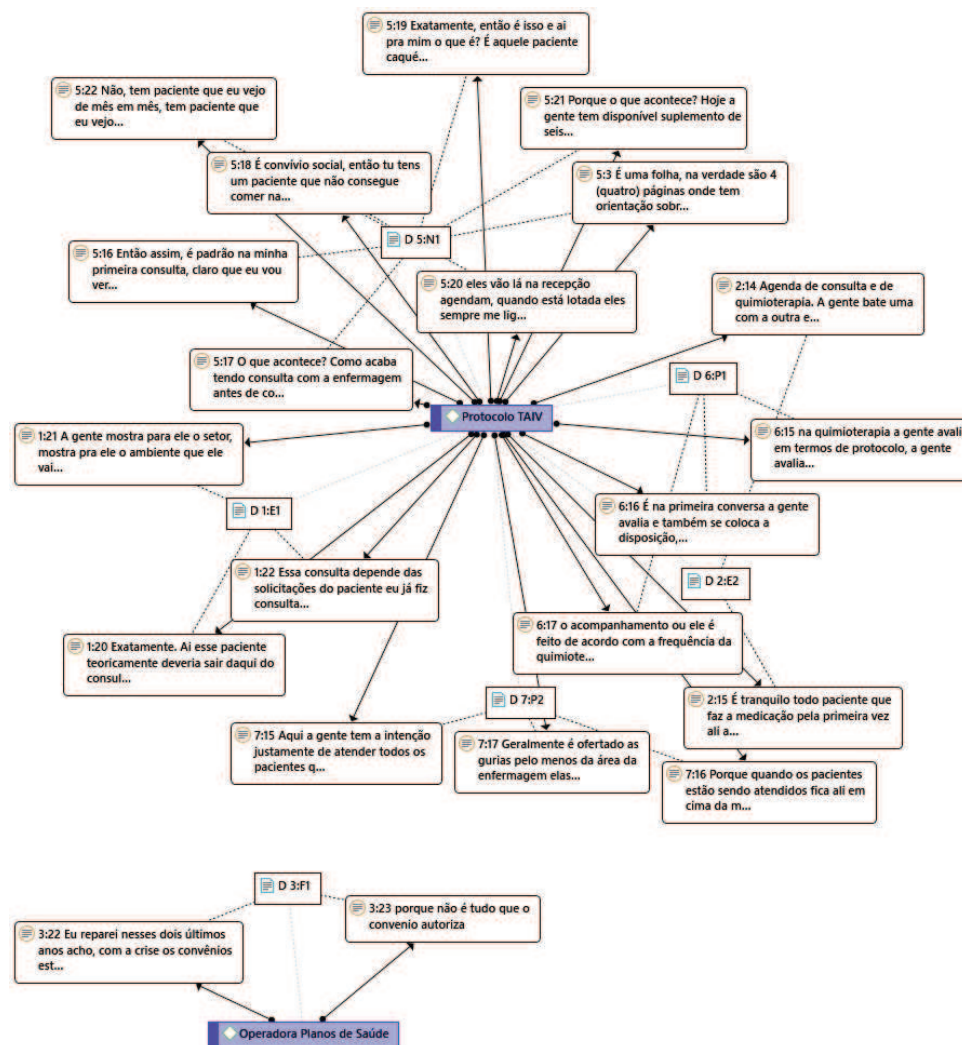
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 26 - Inclusão de Categorias de Análise – Grupo 2



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 27 - Inclusão de Categorias de Análise – Grupo 3



Fonte: Elaborado pela autora.

As informações apresentadas no Quadro 11 indicam a presença ou a ausência da unidade de registro na associação com os códigos, respeitando a regra de enumeração estabelecida na etapa da pré-análise. Na perspectiva das categorias de análise revisadas, é possível observar que dentre os 14 entrevistados, 13 tiveram a ausência de associação das unidades de registro a pelo menos um código, enquanto somente um dos entrevistados teve as unidades de registro vinculadas a todos os códigos.

Sob a perspectiva das regras de enumeração, o Quadro 13 revela a presença (identificada pela letra P) ou a ausência (identificada pela letra A) das unidades de registro no processo de codificação, por entrevistado.

Quadro 13 - Regras de Enumeração – Unidades de Registro

Códigos	Entrevistados													
	G1	G2	M1	M2	M3	M4	M5	E1	E2	F1	F2	N1	P1	P2
Adequação	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
CrITÉrios TAO	P	A	P	P	P	A	A	*	*	*	*	*	*	*
Demanda	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P
Educação para Coprodução	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Relação Paciente – Profissionais de Saúde	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	P
Papel do Paciente	A	P	P	P	P	P	A	A	P	P	P	P	A	P
Falhas em Coprodução	P	A	P	P	P	P	P	P	A	P	P	P	A	A
Gestão da Coprodução	P	P	P	P	P	A	A	P	A	A	P	A	A	A
Ações	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Protocolo TAIV	A	P	P	A	A	A	A	P	P	A	A	P	P	P
Operadoras de Planos de Saúde	P	P	P	P	P	P	P	A	A	P	A	A	A	A

\* Os entrevistados do Grupo 3 – E1, E2, F1, F2, N1, P1 e P2, não responderam as perguntas referentes ao código CrITÉrios TAO

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações provenientes da codificação e do tratamento de dados serão discutidas a seguir.

#### 4.1.1 Síntese da Codificação dos Dados

A síntese dos resultados da codificação apresenta inicialmente as características de cada grupo de forma genérica.

No Grupo 1, os entrevistados G1 e G2, abordaram temas relacionados a nove dos 11 códigos que representaram as categorias de análise. Observa-se que o entrevistado G1 não explanou sobre temas relacionados aos códigos Papel no Paciente e Protocolo de TAIV, e a maior quantidade de unidades de registro codificadas foi associada ao código Ações. Por outro lado, o entrevistado G2 não proferiu sobre temas relacionados aos códigos Critérios TAO e Falhas em Coprodução, e assim como o G1, teve a maior quantidade de unidades de registro codificadas associada ao código Ações. Cabe salientar que os dois gestores têm uma visão global do setor, porém com perspectivas. O entrevistado G1 tem atuação assistencial e voltada para o processo de atendimento, seja nos tratamentos por TAIV ou TAO. Por outro lado, o entrevistado G2 tem atuação assistencial voltada a tratamentos com TAIV, com envolvimento eventual em assuntos relacionadas a tratamentos com TAO, além de realizar atividades administrativas.

O Grupo 2, formado pelos médicos que compõem o corpo clínico – M1, M2, M3, M4 e M5, apresentou respostas de cunho assistencial. O entrevistado M1 tratou de temas relacionados a todos os códigos, com a maior quantidade de unidades de registro codificada dentre todos os entrevistados, com destaque para as relacionadas ao código Critérios TAO. Os demais entrevistados do Grupo 2 tiveram um número inferior de unidades de registro codificadas em relação ao entrevistado M1, sendo que a quantidade de unidades codificadas dos entrevistados M3, M4 e M5 representam menos da metade do total de unidades de registro codificadas do entrevistado M1.

O entrevistado M2 explanou sobre temas relacionados a dez dos 11 códigos que representam as categorias de análise, deixando de se referir apenas a temas relacionados ao código Protocolo TAIV, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas associada ao código Adequação. O entrevistado M3 abordou temas relacionados a nove dos 11 códigos, e não fez menção a temas associados aos códigos Ações e Protocolo TAIV, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Educação para a Coprodução. O entrevistado M4 citou temas relacionados a oito dos 11 códigos, sem alusão a temas associados aos códigos Critérios TAO, Gestão da Coprodução e Protocolo TAIV, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Adequação, Demanda, Falhas em Coprodução e Operadoras de Planos de Saúde. Por fim, o entrevistado M5 se referiu a temas relacionados a sete dos 11 códigos, e não discorreu sobre temas associados aos códigos Critérios TAO, Papel do Paciente,

Gestão da Coprodução e Protocolo TAIV, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Operadoras de Planos de Saúde.

Embora exerçam a mesma atividade, os entrevistados do Grupo 2 se posicionaram de formas distintas no tocante a temas ausentes em algumas respostas, que não foram passíveis de codificação. Dentre eles, o tema que diz respeito ao código Protocolo TAIV foi abordado somente pelo entrevistado M1. Vale destacar que todos os entrevistados do Grupo 2 atendem a pacientes que realizam tratamentos por meio de TAIV, que por sua vez tem a mesma patologia de pacientes que realizam tratamentos por meio de TAO: o câncer. Por outro lado, os entrevistados trouxeram informações concomitantes em relação aos temas cujos códigos foram comuns ao Grupo.

No Grupo 3, formado por profissionais que atuam na equipe multidisciplinar - E1, E2, F1, F2, N1, P1 e P2, a assistência a pacientes em tratamento com TAO é prestada somente pelos farmacêuticos, visto que os demais profissionais assistem a pacientes com a mesma patologia, porém em tratamento com TAIV. Os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar não têm habilitação técnica para a prescrição de tratamentos com TAO, razão pela qual as questões relacionadas a este tema não foram feitas a este grupo. Portanto, na codificação do Grupo 3 foi considerado o total de dez códigos, ao invés de 11 como nos demais grupos.

O entrevistado E1 mencionou temas relacionados a oito dos dez códigos que representam as categorias de análise, sem abordar temas relacionados aos códigos Papel do Paciente e Operadora de Planos de Saúde, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Ações. O entrevistado E2 tratou de temas associados a seis dos dez códigos, sem se referir a temas associados aos códigos Demanda, Falhas em Coprodução, Gestão da Coprodução e Operadoras de Planos de Saúde, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Ações.

O entrevistado F1 explanou sobre temas relacionados a sete dos dez códigos, sem fazer menção a temas relativos aos códigos Relação Pacientes – Profissionais de Saúde, Gestão da Coprodução e Protocolo TAIV, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Adequação, Educação para Coprodução e Ações. O entrevistado F2 citou temas referentes a oito dos dez códigos, sem se referir a temas relacionados aos códigos Protocolo TAIV e Operadoras de

Planos de Saúde, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Educação para Coprodução.

O entrevistado N1 fez alusão a temas pertinentes a oito dos dez códigos, sem fazer menção a temas associados aos códigos Gestão da Coprodução e Operadoras de Planos de Saúde, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Protocolo TAIV. O entrevistado P1 discorreu sobre temas relacionados a seis dos dez códigos, sem se expressar sobre temas associados aos códigos Papel do Paciente, Falhas em Coprodução, Gestão da Coprodução e Operadoras de planos de saúde, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Protocolo TAIV. Por fim, o entrevistado P2 apontou temas relacionados a sete dos dez códigos, sem abordar temas relacionados aos códigos Falhas em Coprodução, Gestão da Coprodução e Operadoras de Planos de Saúde, tendo a maior quantidade de unidades de registro codificadas relacionada ao código Ações.

As atividades da equipe multidisciplinar refletem diretamente no seu posicionamento diante das questões. Assim, percebe-se que temas referentes aos códigos Ações e Protocolo TAIV foram os que mais tiveram unidades de registro codificadas para os profissionais que não trabalham diretamente com pacientes em tratamento com TAO. Durante as entrevistas, as questões que se referiam diretamente a tratamentos com TAO foram adaptadas para a realidade destes profissionais, considerando uma probabilidade de trabalho com este tipo de tratamento no futuro.

## 4.2 SÍNTESE DOS RESULTADOS

A síntese dos resultados da pesquisa foi constituída com base nos resultados obtidos a partir da operacionalização da codificação, com suporte do *software* Atlas.ti. Os resultados são apresentados por categoria de análise, e pelos grupos pré-estabelecidos conforme a área de atuação.

### 4.2.1 Adequação

A categoria de análise Adequação, que equivale ao código de mesmo nome, se refere às adequações necessárias com a chegada de uma nova modalidade de

tratamento (KRZYŻANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; ZERILLO et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; SHAH et al., 2016). Estas adequações dizem respeito à comunicação e orientação aos pacientes e profissionais envolvidos, bem como a reconfiguração, planejamento e entrega do serviço (BRADLEY, 2015; TURNER et al., 2015; TUURNAS, 2015; ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016;):

Ao serem questionados sobre as orientações relacionadas à adequação para a implementação de tratamentos com TAO a partir da vigência da RN nº 338/2013, os entrevistados G1 e G2, que integram o Grupo 1, informaram que ocorreram reuniões e distribuição de circulares orientando os profissionais envolvidos sobre a RN nº 338/2013. Segundo os dois gestores, outros esclarecimentos foram acontecendo na medida em que as dúvidas foram surgindo. Os cinco entrevistados que compõem o Grupo 2, M1, M2, M3, M4 e M5, dizem ter sido devidamente orientados, por meio de reuniões, sobre a implementação da cobertura de medicamentos para tratamentos com TAO. Em contrapartida, os entrevistados que compõem o Grupo 3, E1, E2, F1, F2, P1, P2, e N1, disseram não ter recebido orientação formal sobre esta implementação.

Os entrevistados também foram questionados sobre a necessidade de reconfiguração no processo de trabalho para adequação a nova modalidade de tratamento. No Grupo 1, o entrevistado G1 apontou a complexidade do fluxo de solicitação e autorização dos medicamentos como principal mudança. Este fluxo envolve o setor de autorizações, farmácia e compras, além de médico e paciente. Neste processo, é comum que aconteçam atrasos na entrega do medicamento em função dos prazos de retorno dos planos de saúde. Para o entrevistado G2, o processo de trabalho da farmácia teve a adequação mais significativa, uma vez que houve a necessidade de alterações imediatas na rotina do setor em função do recebimento e dispensação dos medicamentos. Por esta razão o quadro de funcionários foi ampliado, e teve início a elaboração de material informativo para orientação ao paciente quanto à administração do medicamento.

No Grupo 2, o entrevistado M1 destacou o acesso a novas possibilidades de tratamento com uma adequação positiva no seu processo de trabalho, especialmente nos casos de pacientes debilitados, onde a posologia do medicamento oral pode ser adaptada conforme o estado de saúde. Os entrevistados M1, M2 e M4 destacaram a oportunidade reconfigurar prescrições indicando o uso de medicamentos eficazes e



de qualidade, a exemplo do medicamento Imantinibe para leucemia mieloide crônica (LMC), ressaltado pelo entrevistado M4. Os entrevistados M3 e M5 informaram que não houve necessidade de adequar seu processo de trabalho a partir da implementação da RN nº 338/2013.

No Grupo 3, a adequação no processo de trabalho existiu somente para os farmacêuticos. Os demais profissionais -E1, E2, P1 P2, e N1, não foram envolvidos até então na assistência de pacientes em tratamento com TAO. Assim, os entrevistados F1 e F2 destacaram a dispensação de medicamentos e o processo de solicitação e autorização dos medicamentos como as adequações de maior impacto na farmácia. Em relação a dispensação, houve a necessidade de estabelecer horários para retirada dos medicamentos, que ocorre entre 9h e 17h, de segunda a sexta, na farmácia oncológica, situada junto ao Serviço de Oncologia. Normalmente a dispensação é realizada por um dos farmacêuticos, que orienta de forma breve o paciente, familiar ou cuidador sobre uso do medicamento, e em alguns casos também fornece um informativo com orientações por escrito.

Os farmacêuticos salientaram a complexidade do fluxo do processo de solicitação e autorização dos medicamentos. A prescrição do medicamento para tratamentos com TAO efetuada pelo médico tem validade de 24 horas. O fluxo desta prescrição passa pelo setor de autorizações, para depois ser encaminhado para o setor de compras que então solicita o medicamento que é encaminhado para farmácia. Como a liberação deste processo nos setores de autorizações e compras não acontece de forma imediata, o cronograma de tratamento fica comprometido e gera atraso na dispensação do medicamento ao paciente. Nesta perspectiva, o entrevistado F2 ressaltou os impactos relacionados às solicitações não autorizadas pelos planos de saúde pela ausência de indicação do CID na prescrição médica. Este é um exemplo de situação em que o plano de saúde recebe a solicitação de autorização e retorna a mesma ao hospital para que seja complementada ou justificada pelo médico assistente, comprometendo o cronograma de tratamento.

#### **4.2.2 Critérios para Prescrição de Tratamentos com TAO**

A categoria de análise Critérios para Prescrição de Tratamentos com TAO, que equivale ao código Critérios TAO, se refere aos parâmetros atrelados à indicação de

tratamentos com TAO. Os medicamentos utilizados nos tratamentos com TAO têm toxicidade e risco similar aos medicamentos utilizados em tratamentos com TAIV, porém com diferentes vias de administração (KRZYŻANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016). Esta categoria de análise está associada somente aos Grupos 1 e 2, visto que os profissionais que compõem o Grupo 3 não têm habilitação técnica para a prescrição de tratamentos com TAO.

No Grupo 1, somente o entrevistado G1 tinha conhecimento sobre os critérios para prescrição de tratamentos com TAO. Segundo ele, a prescrição se dá a partir do tipo e do estágio da doença, e o caso de cada paciente. Alguns pacientes, incentivados pela mídia, eventualmente questionam a possibilidade de substituir o tratamento com TAIV por um tratamento com TAO. Estes pacientes são orientados sobre esta possibilidade, considerando os ciclos de tratamento, a toxicidade entre os tipos de medicamentos, e suas conseqüências. O entrevistado G1 também enfatiza que a prescrição de tratamentos com TAO viabiliza a administração do medicamento em doses fracionadas, o que permite a adequação da posologia conforme a evolução do tratamento.

No Grupo 2, os entrevistados M1, M2 e M3 se manifestaram sobre o assunto. O entrevistado M1, a exemplo do entrevistado G1, mencionou como critério de prescrição o estágio da doença e o caso de cada paciente. Nos casos em que o paciente está muito debilitado, o tratamento com TAO pode ser menos agressivo que o tratamento com TAIV, pelo benefício das doses fracionadas em comprimidos. Nestes casos, os efeitos colaterais podem ser percebidos e o tratamento pode ser readequado ou substituído, ao contrário de tratamentos com TAIV, cujo medicamento é administrado em dose única. Por fim, o entrevistado M1 menciona que alguns pacientes, também influenciados pela mídia, perguntam sobre a troca do tratamento intravenoso para o tratamento oral. Estes pacientes são devidamente orientados e o tratamento geralmente não é substituído entre os ciclos do medicamento.

Os entrevistados M2 e M3, assim como os entrevistados G1 e M1, afirmam que o critério de prescrição está associado ao estágio da doença e ao caso de cada paciente. O entrevistado M3 menciona que os pacientes eventualmente questionam sobre as alternativas de tratamento com TAO, e são orientados em relação a esta possibilidade, onde o médico sempre leva em consideração parâmetros como a

disponibilidade da medicação para o tipo de câncer, o estágio da doença e o estado de saúde do paciente.

#### **4.2.3 Demanda**

A categoria de análise Demanda, que equivale ao código de mesmo nome, se refere ao volume de atendimento de pacientes em tratamentos com TAO, cuja demanda apresenta uma variabilidade significativa, que já é uma característica na prestação de serviços na área da saúde (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; LITTKKE; SODRÉ, 2015).

No Grupo 1, o entrevistado G1, que também atua como médico, informa ter aproximadamente de 15 a 20 pacientes em tratamento com TAO, mas desconhece o número total de pacientes atendidos pelo serviço de oncologia. O entrevistado G2 desconhece o número total de pacientes em tratamento com TAO, e menciona que o setor de farmácia detém esta informação. Em contrapartida, o entrevistado G2 tem o conhecimento da média mensal de consultas médicas– 650 consultas,, bem como a média anual de pacientes em tratamento com TAO - 350 atendimentos.

No Grupo 2, o entrevistado M1 informa que os pacientes em tratamento com TAO representam 40% do total dos seus pacientes em atendimento, porém não informa o número exato. O entrevistado M2 afirma que assiste aproximadamente 15 pacientes em tratamento com TAO. Os entrevistados M3 e M4 prestam assistência à pacientes em tratamento com TAO, porém desconhecem a quantidade de pacientes atendidos nesta modalidade. Dentre os entrevistados do Grupo 2, o entrevistado M5 é o único informa a quantidade exata de pacientes em tratamento com TAO: dois pacientes.

No Grupo 3, a assistência a pacientes em tratamento com TAO é prestada somente pelos farmacêuticos. Contudo, os demais entrevistados se manifestaram em relação à demanda, com exceção do entrevistado E2. O entrevistado E1 relata ter conhecimento superficial sobre a demanda de pacientes em tratamentos com TAO. Por trabalhar próximo a farmácia oncológica, o entrevistado E1 diz perceber o aumento do fluxo destes pacientes. Os entrevistados F1 e F2 apresentaram o indicador mensal de pacientes em tratamento com TAO, que no momento da coleta de dados era de 60 pacientes. O entrevistado N1, P1 e P2 revelam que não atendem pacientes em tratamentos com TAO, mas salientam a importância de que este

paciente siga o mesmo fluxo de atendimento dos pacientes em tratamento com TAIV. O entrevistado P1 salienta que os pacientes em tratamento com TAO são um público a parte, preterido em relação aos demais pacientes que tem a mesma patologia, mas que recebem tratamento com TAIV nas dependências do serviço de oncologia.

#### **4.2.4 Educação para Coprodução**

A categoria de análise Educação para Coprodução, que equivale ao código de mesmo nome, se refere a capacitação dos pacientes para atuarem como coprodutores. Os pacientes devem estar devidamente capacitados para participarem ativamente do tratamento, e atuarem como integrantes do processo produtivo do serviço de saúde (BHARTI; GRAWAL; SHARMA, 2015; TURNER et al., 2015; ESSÉN; VÄRLANDER; LILJEDAL, 2016).

No Grupo 1, o primeiro ponto abordado pelo entrevistado G1 em relação a educação para a coprodução diz respeito a percepção do paciente quanto ao tratamento. Em função de informações advindas dos meios de comunicação, e com a apresentação do medicamento no formato de comprimido, os pacientes inicialmente entendem que o tratamento com TAO é menos tóxico do que o tratamento com TAIV. Assim, o entrevistado G1 costuma orientá-los sobre a toxicidade similar entre os tratamentos e sobre sua responsabilidade em administrá-lo, incentivando-os a entrar em contato em caso de dúvidas ou efeitos colaterais. Esta orientação é verbal e acontece durante a consulta. O entrevistado G1 entende que uma consulta de farmácia que esclareça detalhadamente a utilização do medicamento e seus respectivos efeitos seria o método ideal para a educação do paciente. O entrevistado G2, tal como o entrevistado G1, percebe que os pacientes associam o tratamento com TAO a uma alternativa mais branda em relação aos tratamentos com TAIV, e no primeiro momento não compreendem que o comprimido é tão tóxico quanto o medicamento intravenoso. Por este ângulo, o entrevistado G2 entende que o médico assistente deve ser o responsável pela capacitação do paciente sobre os princípios do medicamento.

No Grupo 2, todos os entrevistados, M1, M2, M3, M4 e M5, relatam que o tratamento com TAO é mais apazível ao paciente, que aceita o medicamento com entusiasmo, e com a aparente sensação de que a doença está regredindo. Do mesmo modo que o entrevistado G1, todos os entrevistados do Grupo 2 se preocupam em

orientar o paciente verbalmente durante a consulta, em relação a toxicidade do comprimido, aos efeitos colaterais e a importância de administrar o medicamento corretamente. O entrevistado M1 costuma fazer orientações por escrito com detalhes sobre a posologia do medicamento, além de explicar verbalmente requisitos como o jejum, efeitos colaterais, e possíveis conseqüências caso as instruções não sejam seguidas rigorosamente. Além disso, o entrevistado M1 salienta que o paciente deve compreender muito bem o que está acontecendo, e que uma rede de apoio, composta por familiares, cuidadores ou pessoas próximas, é fundamental para que o tratamento tenha o resultado esperado, especialmente nos casos de pacientes idosos. Neste sentido, o entrevistado M1 costuma ressaltar aos pacientes que os mesmos sempre devem informar que estão fazendo tratamento quimioterápico, mesmo que oral, ao buscarem atendimentos em outras especialidades médicas ou de emergência. Por fim, o entrevistado M1 relata ter alguns rascunhos para a elaboração de material por escrito que gostaria de fornecer aos pacientes durante as consultas, com instruções para tratamentos com TAO.

O entrevistado M2 cita a dificuldade de entendimento dos pacientes e familiares na adesão a tratamentos com TAO, por ser um medicamento novo com características específicas, razão pela qual solicita o retorno semanal de alguns pacientes para monitoramento. O entrevistado M3 relata que alguns pacientes optam por diminuir a dose do medicamento ou por interrompê-lo sem consultar o médico, por conta de informações presentes na bula do medicamento, ou por efeitos colaterais que podem estar relacionados a outras patologias concomitantes ao câncer que está sendo tratado. O entrevistado M4 afirma que mesmo após as instruções fornecidas durante a consulta, alguns pacientes sentem-se inseguros e acreditam que não conseguirão realizar o tratamento fora do serviço de oncologia. O entrevistado M5 entende que as informações repassadas pelo médico durante a consulta são suficientes para que o paciente realize o tratamento em casa.

No Grupo 3, os entrevistados E1 e E2 relatam ter conhecimento de que a farmácia distribui informativos ao paciente ou familiar na retirada do medicamento. O entrevistado E1 entende que os farmacêuticos são os profissionais indicados para entregar o medicamento, instruindo o paciente ou familiar, porém percebe que esta atividade vem sendo realizada pelos atendentes de farmácia. O entrevistado F1 descreve as ações da farmácia durante o atendimento ao paciente ou familiar para a entrega do medicamento. Neste atendimento é disponibilizado um informativo com

orientações sobre a utilização, armazenamento, manuseio e efeitos colaterais relacionados ao tratamento. Além do informativo, a farmácia também fornece uma tabela com os dias do mês, para que o paciente anote a ingestão de cada dose do medicamento. Estas orientações também são reforçadas verbalmente, com a leitura do informativo em voz alta junto ao paciente ou familiar, confirmando ao final da leitura se as informações foram compreendidas. Ao final do atendimento o farmacêutico orienta o paciente ou familiar a entrar em contato com a farmácia oncológica em casa de dúvidas.

Neste cenário, o entrevistado F1 ressalta que a maior dificuldade está em educar os pacientes e familiares idosos, que normalmente apresentam limitações de interpretação. Em casos como estes, a farmácia pede que ambos – paciente e familiar, façam uma dupla checagem da administração do medicamento. Complementando, o entrevistado F1 salienta que o processo de elaboração de informativos está em desenvolvimento. Neste processo, os informativos são revisados e atualizados com base em informações advindas dos laboratórios que fabricam os medicamentos.

O entrevistado F2 relata que a entrega do medicamento acontece em poucos minutos, e apesar do informativo e da orientação verbal, não é suficiente para que o paciente ou familiar seja educado adequadamente para adesão ao tratamento. Ademais, o entrevistado F2 entende que a retirada do medicamento pelo familiar, sem a presença do paciente, dificulta a adesão ao tratamento, especialmente em casos mais complexos. Como exemplo, o entrevistado F2 cita o medicamento Temodal, que se apresenta em cápsulas de cores diferentes de acordo com as miligramas. Nestes casos, dependendo da prescrição, é necessário agregar cápsulas de cores e miligramas diferentes para compor a dose prescrita para o tratamento.

Os entrevistados N1, P1 e P2 desconhecem as ações realizadas para educação do paciente em relação a sua atuação como coprodutor. Contudo, mencionam as ações que costumam realizar com pacientes em tratamento com TAIV. Deste modo, o entrevistado N1 tem o hábito de fornecer ao paciente quatro páginas com orientações sobre alimentação na primeira consulta. Diante disso, questiona o paciente sobre efeitos colaterais como vômito, diarreia, constipação e perda de apetite, para que possa manejar os sintomas na elaboração da dieta. Isto posto, o paciente é orientado sobre a conduta em casos de efeitos colaterais. Ao final do atendimento, o entrevistado N1 reforça a importância das instruções para uma alimentação adequada e seus benefícios no resultado do tratamento.

Concluindo, o entrevistado N1 menciona que muitos pacientes necessitam de suplementação alimentar. Embora os pacientes tenham plano de saúde, grande parte é de baixa renda, logo nas prescrições de suplementação alimentar, o entrevistado N1 indica o suplemento de qualidade com menos custo. A título de exemplo, o entrevistado N1 relata que é possível prescrever um suplemento de 60 calorias diárias por um custo que varia de R\$ 50,00 a R\$ 14,00. Nos casos de pacientes de baixa renda que tem o prognóstico de utilizar suplementação alimentar por um longo período, o entrevistado N1 faz um laudo de encaminhamento para Secretaria de Saúde, para que os pacientes possam obter o suplemento de forma gratuita. Desta forma, os pacientes aderem a dieta com menos risco de desistência em função do custo da suplementação alimentar.

Os entrevistados P1 e P2 entendem que os pacientes não assimilam que o risco e toxicidade dos tratamentos com TAO são similares aos tratamentos com TAIV, portanto devem ser devidamente orientados a respeito.

#### **4.2.5 Relação entre Pacientes e Profissionais de Saúde**

A categoria de análise Relação entre Pacientes e Profissionais de Saúde que equivale ao código Relação Paciente – Profissionais de Saúde, se refere a presença de aspectos como confiança, comunicação e cuidado na relação entre médico e paciente (OWENS; CRIBB, 2011). Nesta categoria de análise, a escolha do profissional de saúde se delimitou ao médico, já que os impactos positivos da relação entre pacientes e médicos ainda são pouco estudados (CRAMM; NIEBOER, 2016).

No Grupo 1, o entrevistado G1 considera a disponibilidade do médico para atender o paciente por telefone em qualquer horário como um diferencial no relacionamento com o paciente. Entretanto, percebe que alguns pacientes preferem não entrar em contato para não atrapalhar a rotina do seu médico assistente, mesmo estando com dúvidas ou efeitos colaterais. Para o entrevistado G2, as orientações do médico se sobrepõem as vontades do paciente, que tem confiança no seu médico assistente e segue com rigor suas instruções. No Grupo 2, todos os entrevistados, M1, M2, M3, M4 e M5, consideram a disponibilidade do médico para atender o paciente por telefone em qualquer horário como um diferencial no relacionamento com o paciente, a exemplo do entrevistado G1. Além disso, todos os entrevistados mencionam que os pacientes conhecem seus horários de atendimento no Serviço de

Oncologia, podendo procurá-los também no hospital se necessário. Nesta lógica, o entrevistado M1 complementa informando que também disponibiliza seu e-mail pessoal, e que a credibilidade que o médico passa para o paciente durante a consulta é fundamental para a adesão do tratamento. O entrevistado M5 prefere realizar uma busca ativa, entrando em contato por telefone com os pacientes em tratamento.

No Grupo 3, os entrevistados F1 e F2 não versaram sobre a relação entre paciente e profissional de saúde. Em relação a esta categoria, os entrevistados E1 e E2 percebem o quanto os pacientes são acolhidos pelos médicos, e como isto contribui para o estreitamento desta relação. Além disso, os entrevistados E1 e E2 destacam a confiança e a esperança que os pacientes depositam na conduta do seu médico assistente. O entrevistado N1 ressalta a importância da relação de confiança entre o paciente e seu médico assistente para a evolução do tratamento. Para os entrevistados P1 e P2, a relação entre médico e paciente se assemelha a uma relação fraternal em alguns casos, cuja confiança e disponibilidade contribuem diretamente para o resultado final do tratamento.

#### **4.2.6 Papel do Paciente como Coprodutor**

A categoria de análise Papel do Paciente como Coprodutor, que equivale ao código Papel do Paciente, se refere ao comprometimento do paciente como coprodutor e sua contribuição para a eficácia e o resultado do tratamento (VENNIK et al., 2015; PALUMBO, 2016).

No Grupo 1, somente o entrevistado G2 se manifestou sobre esta categoria. Para ele, o paciente não tem consciência do seu papel como coprodutor na administração do tratamento com TAO, pois nem sempre assimila as informações que o médico repassa durante a consulta. Neste sentido, o entrevistado G2 entende que o paciente deve ser socializado junto ao Serviço de Oncologia, e ter acesso ao atendimento de outros profissionais da equipe multidisciplinar, recebendo suporte para a adesão ao tratamento direcionado por especialidade.

No Grupo 2, os entrevistados M1, M2, M3 e M4 versaram sobre o tema. Os entrevistados M1 e M4 percebem que nem todos os pacientes estão cientes do seu papel como coprodutor, pois nem todos se mostram seguros ao responder questionamentos sobre a administração do tratamento fora das dependências do Serviço de Oncologia. Em contrapartida, o entrevistado M2 afirma que a maioria dos



seus pacientes conhecem o seu papel como coprodutor, pois estão cientes da gravidade da doença, e das possíveis conseqüências de tratamento mal administrado. Além disso, estes pacientes têm receio de voltar a fazer tratamento por meio de TAIV. Por fim, o entrevistado M3 salienta que o tratamento com TAO é indicado somente para pacientes com um nível cognitivo que permita sua atuação como coprodutor de forma consciente, sem causar falhas em relação a posologia do medicamento.

No Grupo 3, os entrevistados F1 e F2 ressaltam que embora os pacientes estejam cientes da gravidade da doença, a orientação que recebem na consulta e na retirada do medicamento não é suficiente para que compreendam o seu papel como coprodutor. Relatos em que pacientes informam que deixaram de tomar a medicamento por que não quiseram, por que relaxaram ou por que esqueceram reforçam esta percepção. Os entrevistados E2, N1 e P2 entendem que apesar da gravidade da doença, nem todos os pacientes estão cientes do seu papel durante o tratamento, e atribuem este fato a resistência a doença ou por alguma razão que aconteça de forma inconsciente. Os entrevistados E1 e P1 não se manifestaram sobre o tema.

#### **4.2.7 Gestão da Coprodução**

A categoria de análise Gestão da Coprodução, que equivale ao código de mesmo nome, se refere à maneira como o serviço de saúde acompanha os pacientes que administram medicamentos em tratamentos de longa duração fora das dependências da instituição (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; SPANJOL et al., 2015).

No Grupo 1, os entrevistados G1 e G2 se manifestaram em relação a gestão da coprodução. Ambos informaram que atualmente não existe uma gestão ativa da coprodução executada por pacientes em tratamentos com TAO, e sim ações motivadas a partir do contato do paciente com o médico assistente. Caso contrário, o paciente só retorna ao Serviço de Oncologia para a próxima consulta ou para retirada de medicamento.

No Grupo 2, somente os entrevistados M1, M2 e M3 explanaram sobre o tema. Todos afirmam que o Serviço de Oncologia não utiliza ferramentas para a gestão dos pacientes que administram tratamentos com TAO. O entrevistado M3 entende que a gestão da coprodução executada pelo paciente pode se tornar um incômodo para aqueles que entendem seu papel como coprodutor e aderem ao tratamento

corretamente. Logo, o entrevistado M3 indica a gestão dos tratamentos apenas para pacientes que apresentam dificuldades. Os demais entrevistados não tem conhecimento sobre o tema.

No Grupo 3, somente os entrevistados E1 e F2 falaram sobre o assunto, afirmando que não existem ferramentas para gestão ativa de pacientes em tratamento com TAO. Os demais entrevistados não tem conhecimento sobre o tema.

#### **4.2.8 Falhas em Coprodução**

A categoria de análise Falhas em Coprodução, que equivale ao código Falhas, se refere à probabilidade de erros no que diz respeito ao controle da administração do medicamento e segurança do paciente, bem como problemas relacionadas ao fluxo do processo de trabalho relacionados aos tratamentos com TAO (ZEITHAML; BITNER, 2003; MATTILA, 2004; KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016).

No Grupo 1, os entrevistados trouxeram diferentes perspectivas em relação as falhas em coprodução. O entrevistado G1 voltou a abordar as dificuldades relacionadas ao complexo fluxo do processo de solicitação e autorização dos medicamentos, cujas falhas relacionadas a comunicação, prazos e documentação impactam diretamente no andamento dos tratamentos com TAO. O entrevistado G2, por sua vez, relacionou as falhas aos efeitos colaterais do tratamento não comunicados pelos pacientes ao seu médico assistente.

No Grupo 2, o entrevistado M1 se referiu as falhas no aspecto assistencial e de gestão. Ao versar sobre as falhas no decorrer do tratamento, o entrevistado M1 mencionou situações em que o paciente não comunica o médico assistente quando tem dificuldade no manejo do medicamento, ou quando tem efeitos colaterais como diarreias infecciosas que podem levar a óbito. Neste contexto, o entrevistado M1 também menciona a interrupção do tratamento, a alteração na dosagem do medicamento, e a injeção inadequada do medicamento sem observar requisitos como o jejum, como falhas cujas conseqüências podem ser percebidas de imediato ou em curto ou médio prazo. Ao discorrer sobre as falhas no aspecto da gestão, o entrevistado M1 destacou a demora na entrega do medicamento, e conseqüentemente o atraso no tratamento, por falhas no fluxo de solicitação e autorização do medicamento junto aos planos de saúde.

Os entrevistados M2, M3 e M4 afirmam que percebem falhas na coprodução no aspecto assistencial, citando situações onde os pacientes falham na administração do tratamento ao ingerir o medicamento de forma irregular, fracionando a dose prescrita por conta própria, contribuindo assim para a progressão da doença. Neste sentido, o entrevistado M3 complementa relatando que alguns pacientes fracionam o medicamento por considerar a dose muito forte, assim dividem a ingestão da dose indicada da forma que bem entendem, sem consultar o médico assistente previamente, somente na próxima consulta. O entrevistado M5 foi o único que não teve experiências relacionadas a falhas em coprodução.

No Grupo 3, os entrevistados F1 e F2, percebem falhas na administração do tratamento, no momento em que os pacientes retornam para a retirada do medicamento. Ao conversar com os pacientes, os farmacêuticos identificam problemas como interrupção do tratamento por conta própria, seja por associação a um efeito colateral, como coceira ou diarreia, ou por alteração na dosagem do medicamento e armazenamento inadequado. O entrevistado F2 recorda uma situação onde houveram divergências entre a dosagem estabelecida na prescrição médica e a dosagem que o paciente solicitava. Ao verificar esta situação, o entrevistado F2 constatou que a dosagem correta era a solicitada pelo paciente e não a prescrita pelo médico. Os entrevistados E1 e N1 versaram sobre o tema, mesmo sem ter contato com pacientes em tratamento com TAO. Estes entrevistados que acreditam que as falhas associadas à administração de tratamentos com TAO podem estar relacionadas a falta de atenção em relação às orientações sobre o tratamento. Os entrevistados E2, P1 e P2 não têm conhecimento sobre o tema.

#### **4.2.9 Protocolo de Atendimento para Tratamentos com TAIV**

A categoria de análise Protocolo de atendimento para Tratamentos com TAIV, que equivale ao código Protocolo TAIV, é oriunda da revisão das categorias de análise a partir do resultado das entrevistas. Esta categoria se refere às rotinas realizadas em tratamentos com TAIV, cujas características de aplicação acontecem a partir de protocolos pré-definidos, e diferem das características de administração de tratamentos com TAO (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016).

No Grupo 1, somente o entrevistado G2 abordou o tema, mencionando a rotina de acompanhamento de pacientes que apresentam efeitos adversos durante a aplicação do medicamento em tratamentos com TAIV, nas dependências do Serviço de Oncologia. Nestas ocorrências o paciente é atendido e orientado, e dois dias depois a equipe de enfermagem entra em contato por telefone. Se necessário, também solicita imagens pelo aplicativo de mensagens *Whatsapp*, garantindo assim assistência ao paciente. Ações como estas se limitam a pacientes em tratamento com TAIV.

No Grupo 2, somente o entrevistado M1 fez menção a este tema, afirmando que a proximidade com os pacientes em tratamento com TAIV, realizado nas dependências do Serviço de Oncologia, é consideravelmente maior em relação aos pacientes em tratamento com TAO.

No Grupo 3, somente os entrevistados F1 e F2 não versaram sobre o tema. Os entrevistados E1 e E2 explicaram a rotina da consulta de enfermagem, que é o primeiro atendimento multidisciplinar após a consulta médica. A consulta de enfermagem tem caráter obrigatório, e dura em média 30 minutos. Neste momento, o paciente conhece o setor e o ambiente onde será realizado o tratamento com TAIV, recebe orientações e um manual de instruções. No dia que antecede a primeira sessão do tratamento, a enfermagem confere a disponibilidade do medicamento, e no dia seguinte atende o paciente de forma especial, em função da expectativa que o mesmo traz em relação ao início do tratamento.

O entrevistado N1 relata que durante a consulta de enfermagem o paciente é instruído sobre a importância do acompanhamento nutricional, que não é obrigatório, e recebe as instruções para o agendamento da consulta com a equipe de nutrição. Na primeira consulta o paciente é avaliado e recebe orientações por escrito e verbalmente sobre seus hábitos alimentares. A periodicidade das consultas está relacionada com cada caso, podendo ser quinzenal ou mensal. O entrevistado N1 destaca que a alimentação de um paciente em tratamento com TAIV ou em tratamento com TAO interfere diretamente no seu convívio social, portanto tenta adequá-la de forma que o paciente possa manter sua rotina, dentro das suas possibilidades. Por fim, o entrevistado N1 salienta que o acompanhamento nutricional corrobora de forma positiva com o tratamento, e entende que todos os pacientes atendidos pelo Serviço de Oncologia deveriam passar pela consulta de nutrição.

Os entrevistados P1 e P2 informam que as orientações sobre o acompanhamento psicológico e agendamento de consulta com a equipe de psicologia acontece durante a consulta de enfermagem, a exemplo do que ocorre com a especialidade de nutrição. Todos os pacientes que iniciam tratamento por TAIV são avaliados pelo setor de psicologia. Após a primeira avaliação, as demais são agendadas conforme os retornos ao hospital para as próximas sessões do tratamento, ou conforme a necessidade do paciente. Este atendimento também pode ser estendido a familiares.

#### **4.2.10 Operadoras de Planos de Saúde**

A categoria de análise Operadoras de Planos de Saúde, que equivale ao código de mesmo nome, é oriunda da revisão das categorias de análise a partir do resultado das entrevistas. Esta categoria se refere às operadoras de planos de saúde como um dos atores da cadeia de valor dos serviços de saúde, e os impactos das falhas na gestão da coprodução neste contexto (CAMPOS et al., 2009; GALLAN et al., 2013; SPANJOL et al., 2015; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; DONG et al., 2016; WANG; LEE; WU, 2015; FAROOQI, 2016).

No Grupo 1, o entrevistado G1 se manifestou sobre a autorização e aquisição de medicamentos para tratamentos com TAO. Todos os medicamentos que são solicitados pelo Serviço de Oncologia e autorizados pelas operadoras de planos de saúde são adquiridos pelo hospital. Posteriormente, as notas fiscais de compra são apresentadas às operadoras de planos de saúde, que fazem o repasse do valor para o hospital. Em acordo com as operadoras de planos de saúde, a compra dos medicamentos realizada pelo hospital foi uma opção para agilizar o processo de distribuição do medicamento aos pacientes para o início do tratamento. Nesta lógica, o entrevistado G2 complementa informando que é necessário verificar previamente se o medicamento costuma ser autorizado pelo plano de saúde, ou aguardar que o processo de autorização seja finalizado para então efetuar a compra.

No Grupo 2, todos os entrevistados – M1, M2, M3, M4 e M5, dizem enfrentar adversidades em relação a autorização de alguns medicamentos para tratamentos com TAO, em função das dificuldades estabelecidas por um plano de saúde específico. O entrevistado M4 ressalta que costuma encaminhar para o SUS os pacientes beneficiários do plano de saúde em questão, que precisam utilizar o

medicamento Imantinib. Este medicamento é de uso contínuo e de longo prazo, e até então existem dificuldades no processo de autorização. O entrevistado M5 informa que atende dois pacientes beneficiários do plano de saúde em pauta, que conseguiram obter o medicamento somente por via judicial. Contudo, o entrevistado M3 menciona que em função de uma determinação interna, o referido plano de saúde passará a dar cobertura aos medicamentos que até então não vinham sendo autorizados.

No Grupo 3, somente o entrevistado F1 abordou o tema, relatando que também nota a dificuldade de autorização de alguns medicamentos para tratamentos com TAO por todos os planos de saúde atendidos pelo hospital. O entrevistado F1 percebe que as operadoras de planos de saúde têm negado muitas autorizações desde o ano de 2015, e que os pacientes acabam recorrendo à justiça para ter acesso ao medicamento. Com isso, a farmácia está estabelecendo uma rotina específica somente para a distribuição de medicamentos concedidos via judicial.

#### **4.2.11 Ações**

A categoria de análise Ações, que equivale ao código de mesmo nome, se refere às ações necessárias, do ponto de vista dos entrevistados, para a redução de falhas na gestão da coprodução, considerando os pontos abordados nas demais categorias de análise. As ações para a gestão da coprodução podem estar relacionadas a educação do paciente e a relação entre paciente e profissionais de saúde, que juntas estimulam o paciente a executar adequadamente seu papel como produtor (DENT et al., 2011; HONKA et al., 2011; ELG et al., 2012; OWENS; CRIBB, 2012; GALLAN et al., 2013; CRAMM; NIEBOER, 2014; PHILLIPS; MORGAN, 2014; KAVCIC et al., 2015; LINCHON et al., 2015; PINFOLD et al., 2015; SPANJOL et al., 2015; SWEENEY et al., 2015; VENNIK et al., 2015; CRAMM; NIEBOER, 2016; HODGSON et al., 2016; KÖPPE et al., 2016; PALUMBO, 2016).

No Grupo 1, o entrevistado G1 relacionou três ações relevantes para a redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO: a implementação da farmácia clínica, disponibilizando consultas de farmácia; a utilização de um aplicativo para a gestão do tratamento por monitoramento eletrônico; e mudanças no processo de solicitação e autorização do medicamento. Com a implementação da farmácia clínica o farmacêutico poderá prestar consultas ao paciente, bem como a seu familiar,

forneendo orientações detalhadas sobre o medicamento, a posologia, os efeitos colaterais e as possíveis interações medicamentosas, contribuindo de forma significativa para a correta adesão ao tratamento. Já a gestão dos tratamentos por monitoramento eletrônico surge como uma alternativa para o contato direto com o paciente, que abasteceria o aplicativo com informações referentes à administração dos medicamentos, efeitos adversos ou sintomas percebidos, acionando imediatamente a equipe assistencial de acordo com cada situação.

Concluindo, o entrevistado G1 enfatizou a necessidade de otimização do fluxo do processo de solicitação e autorização dos medicamentos. Atualmente este fluxo envolve vários setores (corpo clínico do Serviço de Oncologia, autorizações, compras e farmácia), que não se encontram fisicamente no mesmo local. Assim o processo é executado de forma fragmentada, em etapas isoladas, e com falhas de comunicação. Vale considerar que o setor de autorizações também recebe solicitações de outros setores além do Serviço de Oncologia. Outrossim, quem executa esta atividade nem sempre tem conhecimento do quanto um atraso no prazo previsto para o retorno da autorização interfere no resultado deste tipo de tratamento, e conseqüentemente na sua administração, cuja responsabilidade passa a ser do paciente. Deste modo, o entrevistado G1 entende que o ideal seria readequar a alocação dos setores envolvidos neste fluxo, instalando no Serviço de Oncologia ao menos célula do setor de autorizações, para que haja maior interação entre as partes, ficando apenas a etapa de compra do medicamento em outro local.

Assim como o entrevistado G1, o entrevistado G2 também deduz que a implementação da farmácia clínica é uma mudança essencial para atendimento a pacientes em tratamento com TAO. Nesta lógica, o entrevistado G2 salienta que a oferta de consultas de farmácia possibilitaria o registro da evolução do paciente no sistema integrado de gestão, permitindo que toda a equipe assistencial tenha acesso as informações registradas, como já acontece com a evolução médica, de enfermagem, de psicologia e de nutrição para pacientes em tratamento com TAIV. Ademais, a farmácia oncológica deve ser adaptada para que somente o farmacêutico faça a dispensação do medicamento, já que atualmente existe um viés relacionado ao volume atividades dos farmacêuticos, que oportuniza a dispensação pelo auxiliar de farmácia.

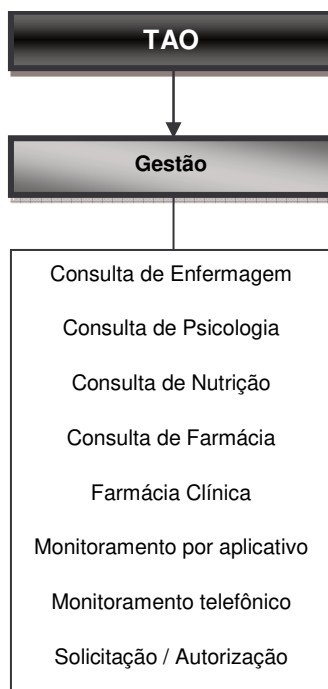
Na seqüência, o entrevistado G2 citou a necessidade de organizar buscas ativas, contatando o paciente em tratamento com TAO por telefone periodicamente.

Além disso, o entrevistado G2 também ressaltou a necessidade de vincular este paciente a equipe multidisciplinar na área de enfermagem, nutrição e psicologia, como já acontece com pacientes em tratamento com TAIV. Em contrapartida, os pacientes que fazem tratamento com TAO tem contato apenas com o médico assistente e com a equipe de farmácia. Logo, vincular o paciente em tratamento com TAO a estas equipes oportunizará sua socialização com o serviço, e o acompanhamento integral pela equipe multidisciplinar contribuindo para o controle, avaliação do tratamento, e educação do paciente. Porém, para que todas estas adequações aconteçam, é indispensável aumentar o número de profissionais, uma vez que o quadro atual é limitado para atender as atividades rotineiras do serviço.

As ações propostas pelos entrevistados do Grupo 1 estão ilustradas na Figura 28.



Figura 28 - Ações para a Gestão da Coprodução – Grupo 1

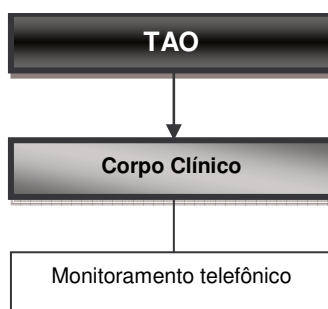


Fonte: Elaborado pela autora.

No Grupo 2, todos os entrevistados – M1, M2, M3, M4 e M5, sugerem a introdução do monitoramento dos tratamentos por telefone para redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO. Neste sentido, os entrevistados M1 e M3 ressaltam que esta abordagem pode ser inconveniente para os pacientes que estão bem adaptados ao tratamento. Os entrevistados M2, M4 e M5, por sua vez, entendem que todos os pacientes devem ser monitorados, e que a equipe adequada para realizar o monitoramento telefônico é a equipe de farmácia, enquanto o entrevistado M5 entende que este o monitoramento deve ser feito pela equipe de enfermagem. Os entrevistados M1 e M3 optaram por não atribuir o monitoramento telefônico a nenhuma das equipes.

As ações propostas pelos entrevistados do Grupo 2 estão ilustradas na Figura 29.

Figura 29 - Ações para a Gestão da Coprodução – Grupo 2



Fonte: Elaborado pela autora.

No Grupo 3, os entrevistados E1, E2, P1, P2 e N1 não atuam na assistência a pacientes em tratamento com TAO, entretanto, todos concordam que é indispensável implementar ações que beneficiem estes pacientes em relação a assistência multidisciplinar. Nesta perspectiva, os entrevistados E1 e E2 entendem que o paciente em tratamento com TAO deve seguir o mesmo fluxo de atendimento dos pacientes em tratamento com TAIV, pois ambos portam da mesma patologia, porém com tratamentos de abordagens diferentes. Desta forma, a consulta de enfermagem passaria a ser obrigatória para todos os pacientes em tratamento, seja por TAIV ou TAO. Para ofertar a consulta de enfermagem para pacientes em tratamento com TAO será necessária a capacitação prévia da equipe em relação aos medicamentos, tratamentos e efeitos adversos. Os entrevistados E1 e E2 também apontam o monitoramento telefônico como uma importante adaptação para a gestão da coprodução em tratamentos com TAO, sendo que o entrevistado E1 indica a farmácia como setor apropriado para esta atividade, enquanto o entrevistado E2 indica a equipe de enfermagem.

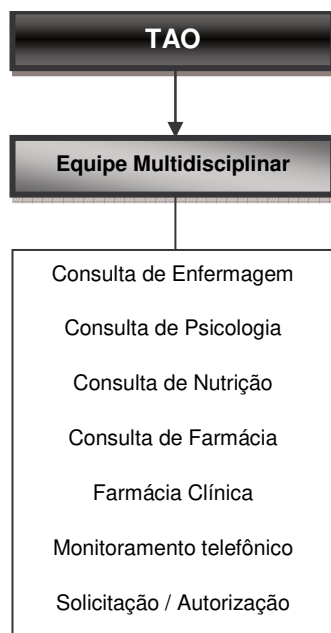
Os entrevistados P1 e P2 acreditam que os pacientes em tratamento com TAO devem receber a mesma atenção psicológica que os pacientes em tratamento com TAIV. Desta forma, seria necessário adequar a rotina do setor de psicologia para que estes pacientes fossem atendidos antes de iniciar o tratamento. O entrevistado P1 entende que estes pacientes se tornam mais vulneráveis em relação aos demais por não receberem o tratamento nas dependências do Serviço de Oncologia. Desta forma, o acompanhamento psicológico seria fundamental para a adesão ao tratamento, e para a conscientização do paciente sobre a sua responsabilidade como um integrante do processo produtivo do serviço de saúde.

O entrevistado N1 refere a importância da adaptação do atendimento de nutrição a todos os pacientes do Serviço de Oncologia, seja em tratamento com TAIV ou com TAO. O ideal é que todos os pacientes passassem pela consulta de nutrição antes de dar início ao tratamento, e que fossem reavaliados periodicamente. Para esta adequação seria necessário aumentar o quadro de profissionais, mantendo um profissional de nutrição para atendimento exclusivo aos pacientes do Serviço de Oncologia. Concluindo, o entrevistado N1 ressalta que abordagem integral do paciente pela equipe multidisciplinar corrobora para o resultado final do tratamento.

Os entrevistados F1 e F2 citam o monitoramento telefônico periódico como a primeira ação a ser tomada em relação a redução de falhas na gestão de tratamentos com TAO. O entrevistado F1 acrescenta que ajustes nos prazos das prescrições médicas devem ser estabelecidos, contribuindo para a redução da complexidade no fluxo de solicitação e autorização dos medicamentos. No momento da coleta de dados este ajuste já estava em andamento, com a proposta de alterar a validade da prescrição de 24 horas para 30 dias. Com este ajuste, a prescrição médica não perda a validade, tanto para autorizações liberadas pelas operadoras de planos de saúde, quanto para os medicamentos liberados por via judicial. Finalizando, o entrevistado F1 reforça que a implementação da farmácia clínica é imprescindível, disponibilizando a consulta com o farmacêutico tanto para pacientes em tratamento com TAO quanto para pacientes em tratamento com TAIV, para que todos tenham acesso ao protocolo do medicamento que será administrado.

As ações propostas pelos entrevistados do Grupo 3 estão ilustradas na Figura 30.

Figura 30 - Ações para a Gestão da Coprodução – Grupo 3



Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados originados a partir das categorias de análise pesquisadas revelam uma pluralidade de considerações de acordo com a perspectiva e área de atuação de cada profissional. As informações provenientes destes resultados serão analisadas a seguir.

## 5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A etapa de discussão e análise compreende a interpretação dos resultados, bem como a proposição de inferências por parte do pesquisador (BARDIN, 2011; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; KLEIN et al., 2015). Neste estudo, análise é consolidada por meio da triangulação, quando acontece a comparação entre dados coletados, teorias, e perspectivas de pesquisa.

A síntese dos resultados por categoria de análise, apresentada no Quadro 14, revela uma pluralidade de considerações em relação aos tratamentos com TAO. De forma genérica, é possível constatar que os entrevistados do Grupo 2, que atuam como médicos no corpo clínico do Serviço de Oncologia, tiveram uma visão assistencial ao responder as questões pertinentes a todas as categorias de análise. Por outro lado, os entrevistados do Grupo 3, que compõe a equipe multiprofissional, responderam as questões a partir de uma perspectiva sistêmica em relação aos tratamentos com TAO, versando comparações com o processo realizado em tratamentos com TAIV. Os gestores que integram o Grupo 1 se posicionaram a partir de uma perspectiva sistêmica e assistencial, sem traçar comparações em tratamentos com TAIV.

Quadro 14 - Discussão dos Resultados por Categoria de Análise

Discussão	
<b>Adequação</b>	O relato dos entrevistados aponta para aspectos significativos, como a necessidade de adequação em processos que refletem diretamente no tratamento do paciente – rotina da farmácia oncológica e fluxo de solicitações e autorizações, e a exclusão dos profissionais da equipe multidisciplinar nas ações de comunicação e orientação em relação a implementação de tratamentos com TAO. Estes profissionais já prestam assistência à pacientes com a mesma patologia, porém com tratamentos administrados por TAIV. Cabe salientar que os farmacêuticos que integra, a equipe multidisciplinar exercem papel fundamental na dispensação dos medicamentos para TAO.
<b>Crítérios TAO</b>	A prescrição de tratamentos com TAO está diretamente relacionada à disponibilidade do medicamento para o tipo de câncer do qual o paciente é portador, conforme a relação apresentada no Anexo B. Além disso, o estágio da doença e o estado de saúde do paciente também se tornam um critério para escolha do tipo de tratamento. Desta forma, a solicitação de pacientes ou familiares não se sobrepõe aos critérios técnicos na substituição de um tratamento com TAIV por um tratamento com TAO. O fracionamento do tratamento em comprimidos, quando comparado a dose única administrada em sessões de tratamentos por TAIV, é uma particularidade que permite o ajuste na posologia do medicamento durante o tratamento
<b>Demanda</b>	Os resultados indicam que dentre todos os entrevistados, somente o setor de farmácia tem conhecimento do número exato de pacientes em tratamentos com TAO. A falta de acompanhamento em relação a demanda de atendimento destes estes pacientes torna-se evidente no momento em que os gestores desconhecem esta informação. Neste sentido, o entrevistado G1 apresenta uma percepção em relação a demanda de atendimento na sua atuação como médico assistente e não como gestor. É notório o acompanhamento do entrevistado G2 em relação a demanda de atendimento em tratamentos com TAIV, reportando a gestão da demanda de pacientes em tratamentos com TAO ao setor de farmácia. Ainda é pertinente ressaltar o posicionamento dos entrevistados N1, P1 e P2, que salientam a importância de serem inseridos no fluxo de todos pacientes atendidos pelo serviço de oncologia.
<b>Educação para Coprodução</b>	O entendimento dos profissionais sobre a educação para coprodução diverge de acordo com o ponto de vista e atuação de cada um. Para os entrevistados do Grupo 1, Grupo 2, e para os entrevistados P1 e P2 do Grupo 3, é perceptível que o paciente entende que o tratamento com TAO é menos tóxico, e o relaciona com a regressão da doença. Logo, todos consideram importante orientar o paciente em relação a toxicidade e risco dos medicamentos orais, e a sua similaridade em relação aos medicamentos utilizados em tratamentos com TAIV. Em contrapartida, os entrevistados E1, E2, F1 e F2 do Grupo 3, se referem a educação para a coprodução no que diz respeito a instruções específicas sobre a utilização do medicamento.
<b>Relação Pacientes – Profissionais de Saúde</b>	Todos os entrevistados entendem que a relação entre o paciente e seu médico assistente corrobora de forma positiva para a adesão e o resultado do tratamento, seja pela disponibilidade para o contato telefônico sempre que necessário, ou pela confiança no profissional.
<b>Papel do Paciente</b>	Somente um dos entrevistados afirma que os pacientes compreendem a importância do seu papel como coprodutor. Para os demais, este entendimento não é intrínseco, embora exista o conhecimento sobre a gravidade da doença e as consequências de um tratamento mal administrado. Neste sentido, a possibilidade de agregar o suporte da equipe multidisciplinar nas áreas de enfermagem, nutrição e psicologia, pode ser uma alternativa para que o paciente execute adequadamente seu papel como coprodutor no serviço de saúde.
<b>Gestão da Coprodução</b>	Esta categoria foi pouco abordada pelos entrevistados se comparada as demais. É possível atribuir este posicionamento a falta de envolvimento de alguns entrevistados na assistência a pacientes em tratamento com TAO, e também a falta de ferramentas e recursos para gestão da coprodução. Enquanto pacientes em tratamento com TAIV são monitorados nas dependências do Serviço de Oncologia, os pacientes em tratamento com TAO, administram o tratamento em casa sem nenhum tipo de monitoramento por parte do serviço de saúde.
<b>Falhas</b>	As respostas referentes a esta categoria de análise estão diretamente relacionadas as categorias Adequação e Educação para Coprodução. As falhas que ocorrem durante o processo de solicitação e autorização dos medicamentos, já mencionado na categoria Adequações, ainda não estão ajustadas adequadamente, razão pela qual foram citadas pelos entrevistados G1, M1, F1 e F2. Por outro ângulo, os demais entrevistados mencionaram falhas referentes a administração e armazenamento do medicamento, efeitos colaterais não comunicados e alterações na dosagem do medicamento. Isto leva a crer que a Educação para a Coprodução não é eficaz, e novas ações de conscientização sobre a coprodução se fazem necessárias.
<b>Protocolo TAIV</b>	Os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar seguem um protocolo de atendimento onde todos os pacientes são avaliados e acompanhados pelos setores de Enfermagem, Nutrição e Psicologia enquanto estão em tratamento com TAIV. A avaliação nutricional não é obrigatória. Em contrapartida, os pacientes em tratamento com TAO não seguem este protocolo, tendo contato somente com o médico assistente e com a farmácia oncológica. Nota-se ainda, que a farmácia não participa do atendimento multidisciplinar a pacientes em tratamentos com TAIV, apesar de ser o setor o responsável pelo manuseio e preparo do medicamento para a aplicação intravenosa.
<b>Operadoras de Planos de Saúde</b>	Os gestores e médicos associaram os problemas de autorização de medicamentos para tratamentos com TAO somente a um plano de saúde. Por outro lado, o setor de farmácia que solicita a compra, recebe e distribui o medicamento percebe que isto se estende a outros planos de saúde, tanto que a frequência da concessão do medicamento por via judicial corroborou para que se estabeleça uma nova rotina de trabalho somente para este tipo de situação.
<b>Ações</b>	Os entrevistados que compõem o Grupo 2 tem uma visão assistencial em relação as ações, apontando o monitoramento do paciente por telefone como a ação que pode contribuir para a redução de falhas na gestão dos tratamentos com TAO. Esta ação também foi apontada pelos entrevistados dos Grupos 1 e 3, sendo que as equipes de enfermagem e de farmácia foram indicadas como as mais adequadas para a função. Nesta perspectiva, também surge no Grupo 1 a alternativa de realizar o monitoramento através de um aplicativo. As repostas dos Grupos 1 e 3 reforçam a necessidade de que todos os pacientes recebam a mesma assistência, independente do tipo de tratamento, pois portam da mesma patologia. Além disso, a implantação da farmácia clínica também foi mencionada.

Fonte: Elaborado pela autora.

A cobertura medicamentos para tratamentos com TAO para beneficiários de planos de saúde tornou-se obrigatória em 02/01/2014, a partir da vigência da RN nº 338/2013, estabelecida ANS. Apesar da necessidade de adequação desta modalidade as necessidades de pacientes e serviços de saúde (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; ZERILLO et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016; SHAH et al., 2016), o processo relacionado a tratamentos com TAO ainda apresenta carências quatro anos após a implementação da RN nº 338/2013. As alterações no planejamento, no arranjo, na entrega e na reorientação dos profissionais que prestam serviço, apontadas por Bradley (2015) e Tuurnas (2015) foram adotadas parcialmente, de forma que somente os médicos que fazem parte do Corpo Clínico, e integram o Grupo 2 da amostra desta pesquisa foram orientados adequadamente em relação a nova modalidade de tratamento. Os demais profissionais que fazem parte da Equipe Multidisciplinar, e integram o Grupo 3 da amostra desta pesquisa foram excluídos deste processo, por razões que não foram explicitadas pelos gestores e demais respondentes.

Entretanto, dentre as adequações mencionadas, os entrevistados apontam a necessidade de adaptação do setor de farmácia no que diz respeito a implementação da farmácia clínica. Cabe salientar que é o setor de farmácia que dispensa o medicamento diretamente ao paciente, e não foi envolvido na implementação da RN 338/2013. Isto posto, percebe-se que princípios da coprodução como a reconfiguração e desenvolvimento de entregas de serviços, e o envolvimento de prestadores em redes de apoio para a transferência de conhecimento, discutidos nos estudos de Essén, Värlander e Liljedal (2016), e Turner et al. (2015), não foram levados em consideração.

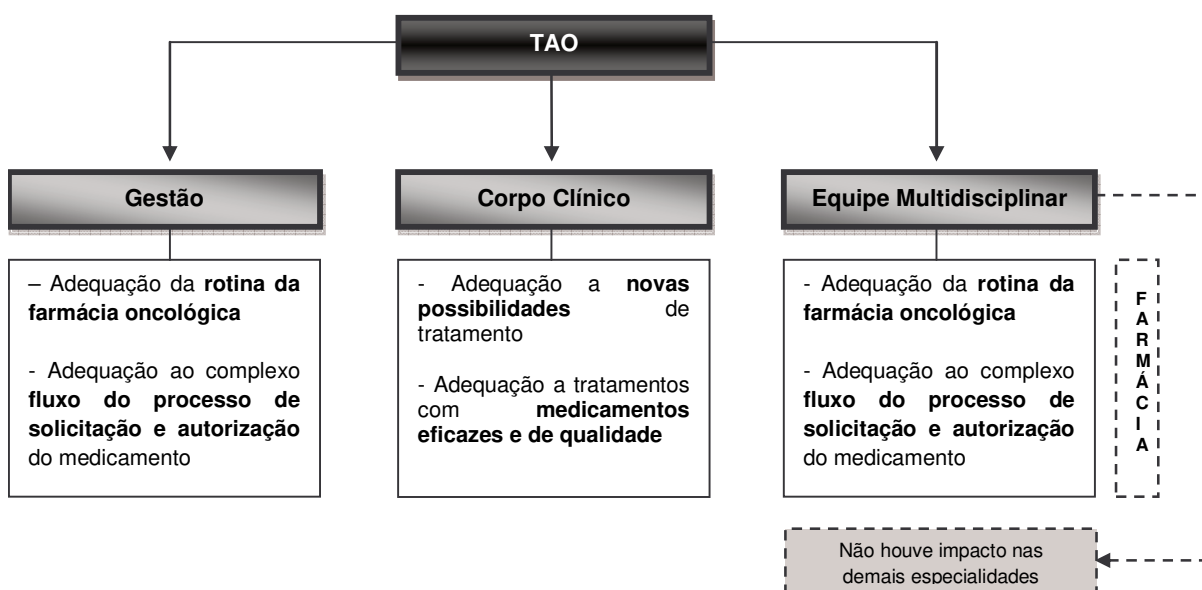
Os entrevistados também mencionaram a necessidade de adequação no complexo fluxo de solicitação e autorização dos medicamentos. Neste cenário, percebe-se a ausência de novos arranjos neste fluxo de trabalho que envolve quatro departamentos – assistência médica, autorizações, compras e farmácia, que não ocupam o mesmo espaço físico. Dessarte, a distribuição de tarefas não influencia na performance dos envolvidos, e interfere na execução de processos de produção estruturados, divergindo dos aspectos abordados no estudo de Littke e Sodré (2015).

Neste contexto, percebe-se a preocupação da instituição em adequar as novas rotinas relacionadas aos tratamentos com TAO somente aqueles que originam o volume de atendimento: os médicos. Deste modo, as necessidades relacionadas a

abordagem integral e a patologia do paciente não foram consideradas, já que o fluxo de atendimento de pacientes em tratamentos com TAIV difere do fluxo de atendimento de pacientes em tratamento com TAO. Por outro lado, os médicos que integram o corpo clínico do Serviço de Oncologia mencionam as novas possibilidades de tratamento e a utilização de medicamentos eficazes como adequações positivas que beneficiaram o paciente a partir da vigência da RN 338/2013. Assim, o princípio da coprodução que permeia o incentivo de clientes e prestadores quanto a expectativas e responsabilidades, discutido nos estudos de Essén, Värlander e Liljedal (2016), e Turner et al. (2015), foi colocado em prática.

As respostas dos entrevistados no tocante a adequação nos processos de trabalho em função dos tratamentos com TAO é apresentada de forma sintética na Figura 31.

Figura 31 - Adequações no Serviço de Oncologia



Fonte: Elaborado pela autora.



Os medicamentos utilizados em tratamentos com TAO demandam critérios bem definidos para sua prescrição (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016). Nesta lógica, os entrevistados dos Grupos 1 e 2 esclareceram que os critérios para prescrição do tratamento são definidos pelo corpo clínico, de acordo com requisitos relacionados a disponibilidade do medicamento para o tipo de câncer, estágio da doença e estado de saúde do paciente. O paciente tem liberdade para solicitar que seu tratamento seja realizado por meio de com TAO, mas isto só será concedido se os requisitos forem atendidos.

A Figura 32 representa os critérios para prescrição de tratamentos com TAO apontados pelos entrevistados.

Figura 32 - Critérios para Prescrição de Tratamentos com TAO



Fonte: Elaborado pela autora.

Apesar de apresentar critérios bem definidos para a prescrição de tratamentos com TAO, os entrevistados, com exceção dos farmacêuticos e de um dos médicos, se mostraram desinformados em relação a variabilidade da demanda de atendimento, característica peculiar dos serviços de saúde segundo McCool-Kennedy et al., (2012) e Littke e Sodré (2015). Conseqüentemente, nota-se que somente o setor que dispensa o medicamento   que tem o controle sobre o volume de pacientes em atendimento. Em contrapartida, um dos gestores tem o controle do número de

pacientes em tratamento com TAIV. Embora os pacientes em tratamento com TAO ingressem no Serviço de Oncologia pela mesma via de acesso – a consulta médica, e portem da mesma patologia que os pacientes em tratamento com TAIV – o câncer, a abordagem relacionada a estes pacientes, seja no aspecto assistencial ou no aspecto de gestão difere da abordagem aparenta ser menos significativa em relação aos demais.

A educação do paciente para a execução da coprodução ainda requer atenção. A educação para a coprodução equivale ao treinamento ou capacitação do paciente para administrar medicamentos, efeitos colaterais e dúvidas durante o tratamento, comunicando o serviço de saúde quando necessário (OWENS; CRIBB, 2011). O princípio da coprodução que destaca o reconhecimento e desenvolvimento das capacidades dos clientes a nível individual e comunitário, segundo os estudos de Essén, Värlander e Liljedal (2016), e Turner et al.(2015), só é realizado pelo corpo clínico e pela equipe de farmácia. Vale ressaltar que a relação dos pacientes com os médicos contribui positivamente para a adesão ao tratamento, reforçando o trabalho dos estudos de Bharti, Agrawal e Sharma (2015), que leva em consideração a parceria e o alto envolvimento entre médico e paciente em tratamentos de longo prazo. Por este ângulo, os autores Berry e Bendapudi (2007), Elg et al., (2012), Owens e Cribb (2011), e Hodgson et al., (2016) destacam a abordagem integral do paciente como uma característica positiva nesta relação. No entanto, os resultados apresentados em relação ao papel do paciente como coprodutor e as falhas em coprodução trazem incertezas em relação à eficácia no processo de educação para a coprodução desenvolvido até então.

Os resultados apresentados sobre o papel do paciente como coprodutor confirmam que o mesmo não está ciente sobre a importância da sua conduta na administração do tratamento. Embora receba orientações durante a consulta médica e na retirada do medicamento, o envolvimento do paciente desde a produção até o consumo do serviço, considerado um dos pilares da coprodução por Bharti, Agrawal e Sharma (2015), não é o bastante para que ele tenha consciência dos impactos da sua atuação como coprodutor. Isto confirma que a interação colaborativa do paciente é uma das principais dificuldades na coprodução (PHILLIPS; MORGAN, 2014). Nesta lógica, a percepção do valor baseado na experiência do serviço, através de uma ação simultânea com os profissionais de saúde corrobora para que o paciente perceba as sua responsabilidade como integrante do processo produtivo do serviço de saúde

(PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; HOYER et al, 2010; GRÖNROOS; RAVALD,2011; REAY; SEDDIGHI, 2012; ZHANG et al, 2015). Assim, despontam questões em relação a contribuição da equipe multidisciplinar no que diz respeito a adesão ao tratamento, comprometimento, integração com o serviço e responsabilidade como coprodutor.

A gestão da coprodução consiste na gestão e no acompanhamento do paciente na administração do tratamento (McCOOL-KENNEDY et al., 2012; SPANJOL et al., 2015). Durante as entrevistas, não foi identificado o uso de ferramentas padronizadas para gestão da coprodução como organização semanal ou mensal, acondicionamento dos medicamentos em recipientes adequados (SPANJOL et al., 2015); utilização de um diário (MULKERIN et al., 2016); adoção de diretrizes para o manuseio seguro da medicação (GRIFFIN et al., 2016); utilização de protocolos padronizados com vistas a melhoria da segurança e confiabilidade do tratamento (SHAH et al., 2016); adoção de práticas de educação voltadas para o paciente, familiares e cuidadores (KRZYZANOWSKA e POWIS, 2015) ou intervenções e monitoramentos periódicos, pessoalmente ou por telefone (HENDREN et al., 2010; HENSELMANS, HAES e SMETS, 2012; BASU et al., 2013;ZERILLO et al., 2015).

A identificação de falhas é um dos resultados da prática da gestão da coprodução (HENDREN et al., 2010; HENSELMANS, HAES e SMETS, 2012; BASU et al., 2013;ZERILLO et al., 2015). Ainda que esta gestão não seja realizada nos parâmetros estabelecidos pelos autores acima citados, os entrevistados identificaram falhas ocorridas durante o tratamento com TAO. Os relatos se referem a problemas na administração do tratamento e na falta de comunicação de efeitos colaterais. Estes problemas revelam que ainda existem lacunas em relação a educação para a coprodução e na conscientização do paciente sobre sua responsabilidade como coprodutor, ratificando os achados dos estudos de Phillips e Morgan (2014), Spanjol et al. (2015), Vennik et al.(2015), que atribuem as dificuldades na interação colaborativa do paciente a falhas na educação, na comunicação, na tomada de decisão e no conhecimento compartilhado entre paciente e profissionais de saúde.

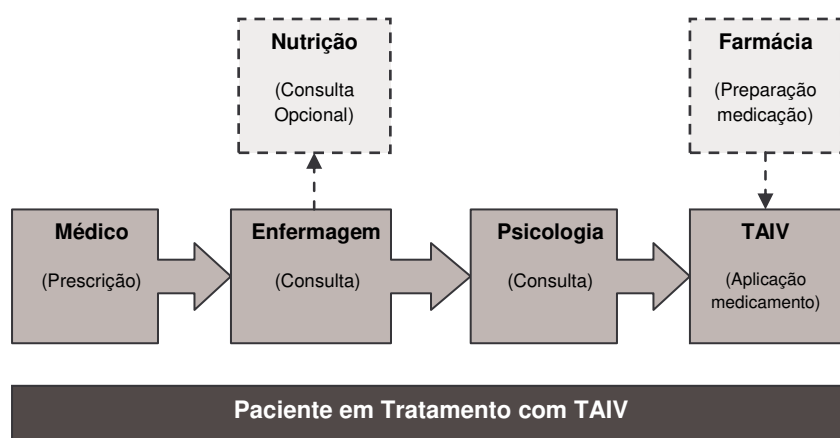
Os entrevistados também citaram falhas no processo de solicitação e autorização de medicamentos, que interferem diretamente no prosseguimento dos tratamentos com TAO. A demora no retorno das autorizações dos medicamentos, bem como a rejeição das solicitações por parte das operadoras de planos de saúde contribuem para a complexidade do processo de solicitação e autorização dos

medicamentos. Além disso, a alocação dos departamentos em espaços físicos diferentes e falhas da comunicação também corroboram para a morosidade deste processo. Segundo os estudos de Zeithaml e Bitner (2003), Wirtz e Mattila (2004), Geum, Cho e Park (2011), Sivakumar, Li e Dong (2014), Riaz e Khan (2016), a adoção de uma gestão proativa, a partir do mapeamento do fluxo do processo, da alocação dos recursos de forma adequada, da capacitação da equipe, e do planejamento e padronização da entrega dos serviços podem ser alternativas para a redução de falhas na solicitação e autorização de medicamentos para tratamentos com TAO. Sugere-se ainda um estreitamento na relação com os planos de saúde mais relutantes na autorização destes medicamentos, buscando uma solução que atenda ambas as partes, e que principalmente não comprometa o tratamento do paciente.

As rotinas de atendimento adotadas para pacientes em tratamento com TAO diferem das rotinas adotadas para pacientes em tratamentos com TAIV. Ambos os tratamentos atendem a pacientes com a mesma patologia – o câncer, se utilizam de medicamentos de alto risco e complexidade, diferenciado-se nas características de apresentação e administração do medicamento (KRZYZANOWSKA; POWIS, 2015; ENRIGHT et al., 2015; GRIFFIN et al., 2016; MULKERIN et al., 2016). Nesta perspectiva, os resultados recomendam que o protocolo de atendimento relacionado a assistência médica e multidisciplinar deve ser adotado para todos os pacientes, independente do tipo de tratamento, tornando obrigatório o atendimento as especialidades de Nutrição, que no momento é opcional, e de Farmácia, cuja consulta ainda não foi implementada.

A Figura 33 ilustra o protocolo de atendimento adotado para assistência médica e multidisciplinar para pacientes em tratamento com TAIV.

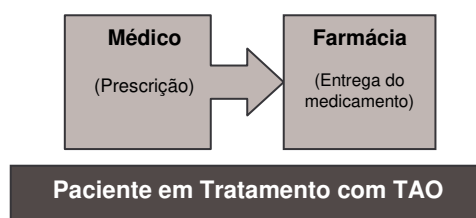
Figura 33 - Atendimento a Pacientes em Tratamento com TAIV



Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 34 ilustra o protocolo de atendimento adotado para assistência médica e multidisciplinar para pacientes em tratamento com TAO.

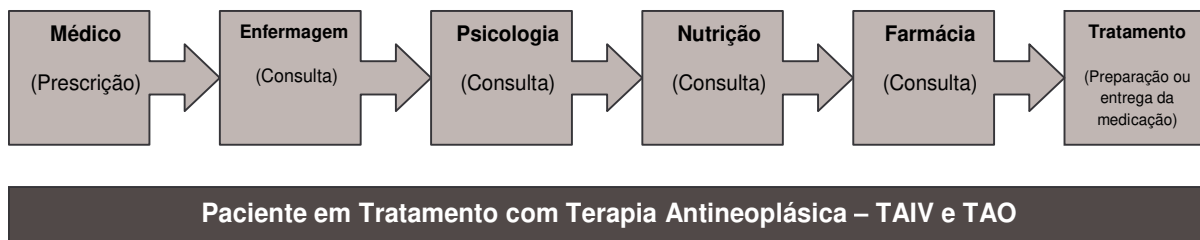
Figura 34 - Atendimento a Pacientes em Tratamento com TAO



Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 35 ilustra o protocolo de atendimento considerado ideal para o atendimento de assistência médica e multidisciplinar a todos os pacientes atendidos pelo Serviço de Oncologia que estejam em tratamento com TAIV ou TAO.

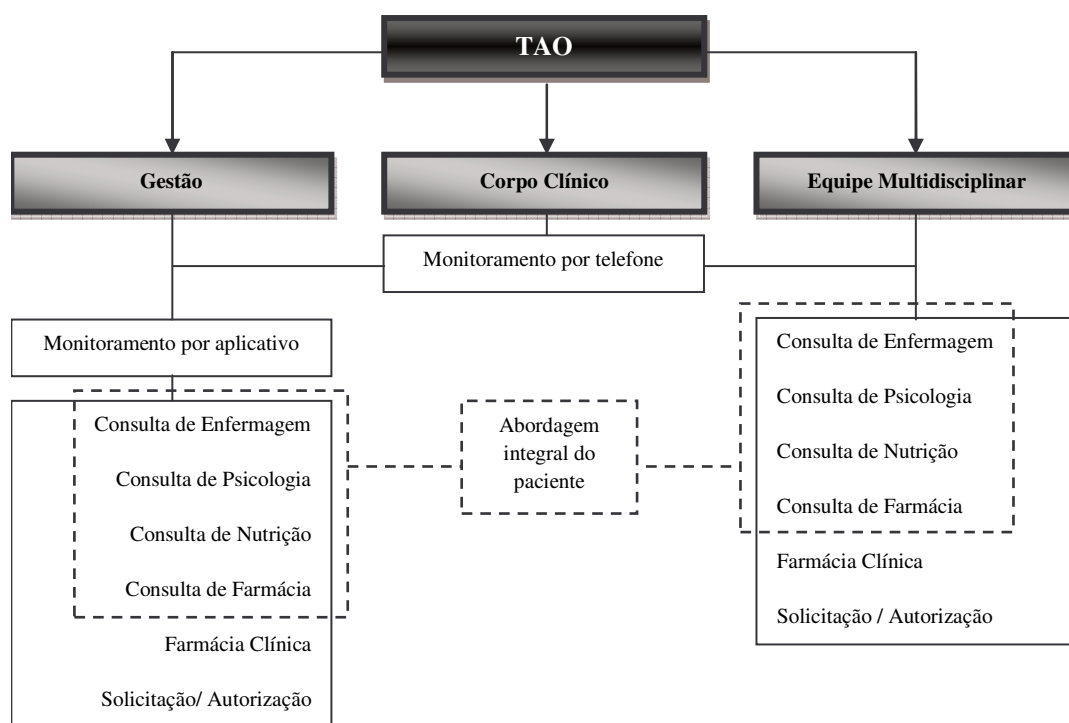
Figura 35 - Atendimento a Pacientes em Tratamento com TAIV e TAO



Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, a Figura 36 apresenta a compilação das Figuras 28, 29 e 30, com os resultados que indicam as ações para redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO, sob a perspectiva dos entrevistados. Nesta figura, é possível observar a unanimidade dos três grupos em relação ao monitoramento do paciente enquanto coprodutor, assim como a concordância entre os Grupos 1 e 3 quanto a abordagem multidisciplinar do paciente, implementação da farmácia oncológica e ajustes no processo de solicitação e autorização dos medicamentos para tratamentos com TAO.

Figura 36 - Ações para a da Gestão da Coprodução em Tratamentos com TAO



Fonte: Elaborado pela autora

A discussão e análise dos resultados elaboradas a partir das categorias de análise pesquisadas fundamentam a proposição do conjunto de ações para redução de falhas na gestão da coprodução nos tratamentos com TAO.

### 5.1 PROPOSIÇÃO DE AÇÕES PARA REDUÇÃO DE FALHAS NA GESTÃO DA COPRODUÇÃO

O conjunto de ações proposto foi desenvolvido com base nas ações sugeridas para a redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO. Temáticas que não foram classificadas como ações pelos entrevistados, mas que possam refletir no processo de coprodução também foram consideradas. Com objetivo de facilitar o entendimento, o conjunto de ações é apresentado de forma resumida, no Quadro 15.

Quadro 15 - Como Reduzir Falhas na Gestão da Coprodução em Tratamentos com TAO a partir de um Conjunto de Ações.

Ação Proposta	Procedimentos Adotados	Falhas Reduzidas
<b>Abordar o paciente de forma integral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta Médica</li> <li>- Consulta de Enfermagem</li> <li>- Consulta de Psicologia</li> <li>- Consulta de Nutrição</li> <li>- Consulta de Farmácia</li> </ul>	<p>Redução de falhas em relação a assistência prestada a pacientes portadores de câncer, que iniciam tratamento por terapia antineoplásica, independente da modalidade. Com a ação proposta, todos os pacientes passam a ser assistidos integralmente pelos profissionais do corpo clínico e da a equipe multidisciplinar.</p>
<b>Adequar a rotina de distribuição dos medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de Farmácia</li> <li>- Diretrizes para o manuseio e acondicionamento da medicação</li> <li>- Informativos</li> <li>- Orientações</li> </ul>	<p>Redução de falhas em relação a distribuição de medicamentos. Com a ação proposta, os pacientes passam a receber a consulta de farmácia, onde são atendidos pelo farmacêutico com hora marcada, recebendo informativos e orientações adequadas sobre o tratamento.</p>
<b>Educar o paciente para a coprodução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordagem integral do paciente</li> <li>- Conscientização sobre a responsabilidade no tratamento</li> <li>- Práticas de educação voltadas para o paciente, familiares e cuidadores</li> <li>- Treinamentos periódicos</li> </ul>	<p>Redução de falhas em relação a educação para a coprodução. Com a ação proposta, os pacientes passam a ser capacitados para a adesão ao tratamento, e conscientizados quanto a responsabilidade como coprodutor. Esta capacitação abrange as instruções fornecidas pelos profissionais que prestam assistência ao paciente, na esfera de atuação de cada um.</p>
<b>Gerenciar da coprodução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoção de um diário para registros sobre o tratamento</li> <li>- Monitoramento periódico, por telefone ou eletrônico (por aplicativo)</li> <li>- Organização semanal ou mensal para o controle da ingestão dos medicamentos</li> </ul>	<p>Redução de falhas em relação a gestão da coprodução. Com a ação proposta, os pacientes passam a ser monitorados enquanto administram o tratamento fora das dependências do serviço de saúde. As ferramentas de monitoramento servem de indicadores para a conduta médica e ajustes no tratamento.</p>
<b>Gerenciar da demanda de atendimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores - números de atendimentos</li> <li>- Indicadores – medicamentos distribuídos</li> </ul>	<p>Redução de falhas em relação a gestão da demanda de atendimento em tratamentos com TAO. Com a ação proposta, indicadores referentes a distribuição dos medicamentos e ao atendimento assistencial de pacientes em tratamento com TAO passam a fazer parte das atividades de gestão do setor.</p>
<b>Otimizar o fluxo de solicitação e autorização dos medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores – autorizações negadas</li> <li>- Indicadores – autorizações via judicial</li> <li>- Realocação de recursos</li> <li>- Cooperação com operadoras de planos de saúde</li> </ul>	<p>Redução de falhas em relação ao fluxo de solicitação e autorização de medicamentos para tratamentos com TAO. Com a ação proposta, indicadores passam a auxiliar na identificação de situações que geram a recusa das solicitações encaminhadas aos planos de saúde e no estreitamento da relação com as operadoras de planos de saúde, estabelecendo a cooperação entre as partes. A alocação física dos recursos que exercem atividades relacionadas a um fluxo específico também contribui para a agilidade do processo.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.



O conjunto de ações proposto no Quadro 15 contribui para a redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO, e também oportuniza a percepção de pontos relacionados a coprodução que não foram abordadas de forma explícita durante a coleta de dados. Embora os resultados da revisão sistemática de literatura tenham apontado ações para a coprodução de caráter assistencial, no que tange ao papel do paciente como coprodutor, as ações propostas nesta pesquisa estendem estas ações para redução de falhas na gestão da coprodução no que diz respeito a adequação de rotinas e processo de trabalho.

A abordagem integral do paciente contribui para a adesão ao tratamento e para educação do paciente como coprodutor. Além disso, a percepção dos profissionais da equipe multidisciplinar pode colaborar para a resolução de questões sociais dentro da sua esfera, a exemplo do que já acontece nos atendimentos de nutrição na prescrição de suplementação alimentar. A fragilidade causada pela doença faz emergir fatos da vida do paciente, que podem não estar presentes nos atendimentos de todas as especialidades, impactando diretamente na adesão ao tratamento.

A adequação da rotina de distribuição de medicamentos reduz as falhas relacionadas às orientações fornecidas na retirada do medicamento com a implementação da consulta de farmácia. Esta adequação também tende a favorecer a organização das atividades dos farmacêuticos, não só na realização da consulta de farmácia, mas também nas demais atividades que envolvem o processo de trabalho deste profissional. Dentre elas está a preparação dos medicamentos para tratamentos com TAIV na capela de fluxo laminar para quimioterápicos, que exige que o farmacêutico permaneça isolado e não se envolva em outra atividade concomitante.

A educação do paciente para a coprodução reduz as falhas em relação a adesão e a administração do tratamento com TAO, e também colabora para que os envolvidos no processo vislumbrem o paciente como um integrante do processo produtivo do serviço de saúde. Desta forma, os serviços de saúde, os profissionais de saúde e os pacientes estarão cientes de que da importância da coprodução executada pelo paciente no resultado final do tratamento, especialmente nos de longa duração para DCNT como o câncer.

Os indicadores de gerenciamento da demanda em tratamentos onde o paciente atua como coprodutor auxiliam não só no controle do volume de atendimento, mas também na reconfiguração e planejamento do tratamento, especialmente quando a assistência é ampliada para outras especialidades. A otimização do fluxo do processo

de solicitação e autorização dos medicamentos, oportuniza a percepção de que os recursos envolvidos são integrantes de uma linha de produção cujas falhas impactam diretamente no resultado final do produto entregue pelo serviço de saúde, conscientizando os envolvidos em relação as suas responsabilidades.

Por fim, o gerenciamento da coprodução possibilita o acompanhamento da ação do paciente como coprodutor, reduzindo as falhas na adesão e na administração do tratamento. Os resultados da gestão da coprodução, alcançados com o uso de ferramentas adequadas e indicadores atualizados, repercutem nas ações relacionadas abordagem integral do paciente, a distribuição dos medicamentos, a educação para coprodução, ao gerenciamento da demanda, e a otimização do fluxo do processo de solicitação e autorização dos medicamentos em tratamentos com TAO.

Assim, os resultados evidenciados nesta pesquisa proporcionaram avanços sobre o tema Coprodução em Serviços de Saúde no âmbito acadêmico e gerencial, cujas contribuições são apresentadas a seguir.

## 5.2 CONTRIBUIÇÃO ACADÊMICA

Os estudos sobre coprodução em serviços de saúde despertam o interesse acadêmico por abordar um tema ainda pouco pesquisado: o comportamento do paciente como coprodutor e os processos de trabalho a ele relacionados. (BERRY; BENDAPUDI, 2007; OSTROM et al., 2010; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; GALLAN et al., 2013; MERZ; CZERWINSKI; MERZ, 2013; SPANJOL et al., 2015; WANG, et al., 2015; DONG et al., 2016, FAROOQI, 2016; PALUMBO, 2016). Nesta perspectiva, os serviços de saúde voltam sua atenção à participação ativa do paciente durante a execução do serviço, e passam a considerá-lo um integrante do processo produtivo do serviço de saúde (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004; ZHAO; WANG; FAN, 2015; BRADLEY, 2015; VAN OERLE; MAHR; LIEVENS, 2016). Ademais, a coprodução em tratamentos contínuos de longo prazo apresentam maior vulnerabilidade, especialmente nos casos de DCNT como o câncer (GALLAN et al., 2013; SPANJOL et al., 2015; McCOOL-KENNEDY et al., 2012; DONG et al., 2016; WANG; LEE; WU, 2015; FAROOQI, 2016).

Em vista disso, a contribuição acadêmica desta pesquisa se dá pelos referenciais relacionados ao tema, especialmente pela revisão sistemática de

literatura, que possibilitou um estudo aprofundado sobre a Coprodução em Serviços de Saúde. Nesta revisão, apenas 17 publicações abordaram o tema de forma específica, debatendo principalmente o papel do paciente como coprodutor, a educação para a coprodução e a relação dos pacientes com os profissionais de saúde.

Neste sentido, a presente pesquisa complementa os estudos apresentados na RSL, ao produzir conteúdos sobre a gestão da coprodução, assistência ao paciente, distribuição dos medicamentos, gerenciamento de demanda, e otimização do fluxo do processo de serviços. Os referidos conteúdos estão associados às potenciais falhas na gestão da coprodução, cuja literatura acerca do tema ainda não aprofunda esta discussão.

A partir da fundamentação teórica, foi proposta uma estrutura que apresenta o conjunto de ações que contribui para que o paciente desempenhe adequadamente seu papel como coprodutor. Em contrapartida, os resultados do estudo de caso deram origem a um conjunto de ações para a redução de falhas na gestão da coprodução, cujo debate foi pouco aprofundado nos artigos selecionados na RSL

O estudo avança na pesquisa sobre coprodução em serviços de saúde, tanto no ponto de vista assistencial, quanto no ponto de vista da gestão da coprodução. Além disso, o conteúdo da Revisão Sistemática de Literatura, que consta no Capítulo 3, foi publicado no formato de artigo no mês de setembro do corrente ano. Assim, o tema proposto na presente pesquisa se enquadra nas seguintes áreas de estudo da engenharia de produção e sistemas: gestão de operações em serviços, gestão de processos, planejamento e suporte a tomada de decisão.

### 5.3 CONTRIBUIÇÃO GERENCIAL

O aperfeiçoamento da gestão de processos nos serviços de saúde desponta como uma oportunidade para a identificação de gargalos, melhorias nos procedimentos e reestruturação dos fluxos entre os departamentos (HELLSTRÖM; LIFVERGREN; QUIST, 2010). A estruturação dos processos de trabalho, a distribuição sistemática de tarefas, e a readequação dos sistemas de trabalho influenciam diretamente nos resultados dos serviços de saúde (LITTIKE; SODRE, 2015). No contexto da coprodução, a falta de controle e de padronização de processos pode resultar em importantes falhas na gestão da coprodução (RIAZ; KHAN, 2016). Considerando que os serviços de saúde carecem de inovação para se adequar as

freqüentes mudanças (HELLSTRÖM; LIFVERGREN; QUIST, 2010), torna-se pertinente investigar as causas e os impactos das falhas decorrentes ao processo gestão de coprodução em tratamentos complexos e de alto custo, como no caso da TAO.

Nesta perspectiva, a contribuição gerencial desta pesquisa se dá pela proposição de um conjunto de ações para a redução de falhas na gestão da coprodução em tratamento com TAO. Se colocadas em prática, as ações propostas estarão agregando positivamente na entrega do serviço de saúde, e nos resultados esperados durante os tratamentos com TAO. Logo, o apoio físico e emocional e suporte organizacional, fundamentais para que os pacientes possam realizar adequadamente as atividades de coprodução estarão sendo atendidos (TANG; GUO; GOPINATH, 2016).

Recomenda-se que gestores e demais profissionais de saúde reconheçam o paciente coprodutor como um recurso integrante do processo produtivo do serviço. Esta percepção é essencial para que as ações propostas - utilização de e indicadores para a gestão da coprodução, abordagem integral do paciente, melhorias na distribuição dos medicamentos, educação para coprodução, gerenciamento da demanda, e otimização do fluxo do processo de solicitação e autorização dos medicamentos, sejam compreendidas e aplicadas de forma sistêmica, com vistas a redução de falhas na gestão de coprodução em tratamentos com TAO. Por solicitação gestor técnico do Serviço de Oncologia onde foi realizada a coleta de dados, o resultado desta pesquisa será apresentado a direção do hospital no ano de 2019, com perspectiva de implementação.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a proposição de um conjunto de ações para redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO. A partir da identificação e da investigação de elementos relacionados a gestão da coprodução, foram identificadas as possíveis falhas decorrentes deste processo em tratamentos com TAO no âmbito hospitalar.

O conjunto de ações proposto sugere a adoção de procedimentos visando progressos na gestão da coprodução, e conseqüentemente melhores resultados na entrega do serviço. Ademais, a pesquisa também oportunizou a identificação de questões relacionadas a coprodução não discutidas de forma aprofundada na literatura pesquisada, especialmente no que tange a gestão de processos em serviços de saúde.

Os resultados do estudo demonstram o avanço na pesquisa sobre o tema coprodução em serviços de saúde, tanto no ponto de vista assistencial, quanto no ponto de vista da gestão da coprodução.

Como contribuição acadêmica a presente pesquisa agrega conhecimento ao produzir conteúdos sobre a gestão da coprodução, assistência ao paciente, distribuição dos medicamentos, gerenciamento de demanda, e otimização do fluxo do processo de serviços. Os referidos conteúdos estão associados às potenciais falhas na gestão da coprodução, e a literatura pesquisada acerca do tema ainda não aprofunda esta discussão. Como contribuição gerencial, a implementação das ações propostas na pesquisa contribui para o reconhecimento do paciente coprodutor como um recurso integrante do processo produtivo do serviço, bem como para a redução de falhas na gestão da coprodução.

As limitações deste estudo estão relacionadas a visão unilateral dos atores envolvidos no processo, já que apenas os profissionais que atuam no Serviço de Oncologia foram entrevistados. Além disso, não foi possível incluir na pesquisa todos os profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes oncológicos no referido Serviço de Oncologia.

Por fim, sugere-se que pesquisas futuras empreguem o conjunto de ações proposto nesta pesquisa em serviços de saúde que atendam a outros tipos de DCNT, de forma que as potenciais fragilidades na adesão ao tratamento sejam identificadas e adequadas.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, J.; BIROS, M. The Elusive Nature of Quality. **Academic Emergency Medicine**, Vol. 9, No. 11, p. 1067-1070, 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). Avanços da oncologia na saúde suplementar / **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 2014. [acessado 2016 nov 27]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/oncologia.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/oncologia.pdf).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). **Projeto Oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar**. 2016. [acessado 2016 nov 03]. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/FINAL\\_publicacao\\_oncorede.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/FINAL_publicacao_oncorede.pdf).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS (Brasil). **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2018**. 2018. [acessado 2018 jan 05]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/rol/2018/Anexo1\\_Rol-2018\\_Ok.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/2018/Anexo1_Rol-2018_Ok.pdf).

ALFORD, J. The Multiple Facets of Co-Production: Building on the work of Elinor Ostrom. **Public Management Review**, Vol. 16, No. 3, p. 299-316, 2014.

AN-TIEN, H.; CHANG-HUA, Y.; KO-CHIEN, C. Participative customers as partial employees and service provider workload. **International Journal of Service Industry Management**, Vol. 15, No. 2, p. 187-199, 2004.

ANDERSON, L.; OSTROM, A. L.; CORUS, C.; FISK, R. P.; GALLAN, A. S.; GIRALDO, M.; MENDE, M.; MULDER, M.; RAYBURN, S. W.; ROSENBAUM, M. S.; SHIRAHADA, K.; WILLIAMS, J. W. Transformative Service Research: An Agenda for the Future. **Journal of Business Research**, Vol. 66, No. 8, p. 1203-1210, 2013.

ANDERSON, L.; OSTROM, A. L. Transformative Service Research: Advancing Our Knowledge About Service and Well-Being. **Journal of Service Research**, Vol. 18, No. 3, p. 243-249, 2015.

APESOA-VARANO, E. C.; BARKER, J. C.; HINTON, L. Curing and caring: the work of primary care physicians with dementia patients. **Qualitative Health Research**, Vol. 21, No. 11, p. 1469-1483, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.

BASU, M.; LINENBARGER, J.; GABRAM, S. G.; PATTERSON, S. G.; AMIN, M.; WARD, K. C. The effect of nurse navigation on timeliness of breast cancer care at an academic comprehensive cancer center. **Cancer**, Vol. 119, No. 4, p. 2524-2531, 2013.

BENDAPUDI, N.; LEONE, R. P. Psychological Implications of Customer Participation in Co-Production. **Journal of Marketing**, Vol. 67, No. 1, p.14-28, 2003.

BERRY, L. L.; BENDAPUDI, N. Health care a fertile field for service research. **Journal of Service Research**, Vol. 10, No. 2, p. 111-122, 2007.

BHARTI, K.; AGRAWAL, R.; SHARMA, V. Value co-creation Literature review and proposed conceptual framework. **International Journal of Market Research**, Vol. 57, No. 4, p. 571-603, 2015.

BRADLEY, E. Carers and co-production: enabling expertise through experience? **Mental Health Review Journal**, Vol. 20, No. 4, p. 232 – 241, 2015.

BRANSTAD, A.; SAETRE, A. S. Venture creation and award-winning technology through co-produced incubation. **Journal of Small Business and Enterprise Development**, Vol. 23, No. 1, p. 240-258, 2016.

CAMARINHA, D.; COSTA, B. K.; VIEIRA, S. F. A. Dinâmica da Cocriação de Valor no Setor da Saúde: um Estudo de Casos Múltiplos no Mercado Paulista. **Revista Pretexto**, Vol. 14, No. 1, p. 88-105, 2013.

CAMPOS EF, GONTIJO MCF, OLIVEIRA PJ, CHAVES SR, LAUDARES P. **A cadeia de valor em saúde: uma proposta de reorganização da atenção na saúde suplementar**. Belo Horizonte: Unimed Federação Minas, 2009.

CARVALHO, G. D. G.; VOSGERAU, D. S. R.; CARVALHO, H. G.; CANDIDO, R.; CAVALCANTE, M. B. Competências dos agentes locais de inovação: Análise de conteúdo utilizando Atlas TI. **Revista Espacios**, Vol. 37, No. 18, 2016.

CAUCHICK MIGUEL, P. A. Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. **Revista Produção**, Vol. 17, No.1, p. 216-229, 2007.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, Vol. 24, No. 1, 2014.

CHATHOTH, P.; ALTINAY, L.; HARRINGTON, R. J.; OKUMUS, F.; CHAN, E. S. W. Co-production versus co-creation: A process based continuum in the hotel service context. **International Journal of Hospitality Management**, Vol. 32, p. 11-20, 2013.

CLAYCOMB, C.; LENGNICK-HALL, C. A.; INKS, L. W. The customer as a productive resource: a pilot study and strategic implications. **Journal of Business Strategies**, Vol. 18, No. 1, p. 47-69, 2001.

CLARK, M. Co-production in mental health care. **Mental Health Review Journal**, Vol. 20, No. 4, p. 213 – 219, 2015.

CRAMM J.M.; NIEBOER A.P. A longitudinal study to identify the influence of quality of chronic care delivery on productive interactions between patients and (teams of)

healthcare professionals within disease management programmes. **BMJ Open**, Vol. 4, No. 9, p. e005914, 2014.

CRAMM J.M.; NIEBOER A.P. The changing nature of chronic care and coproduction of care between primary care professionals and patients with COPD and their informal caregivers. **International journal of chronic obstructive pulmonary disease**, Vol. 11, p. 175-82, 2016.

DENT M.; FALLON C.; WENDT C.; VUORI J.; PUHOR M.; DE PIETRO C.; SILVA S. Medicine and user involvement within European healthcare: a typology for European comparative research. **International journal of clinical practice**, Vol. 65, No. 12, p. 1218-1220, 2011.

DONG, B.; SIVAKUMAR, K.; EVANS, K.; ZOU, S. Recovering Coproduced Service Failures Antecedents, Consequences, and Moderators of Locus of Recovery. **Journal of Service Research**, Vol. 19, No. 3, p. 291-306, 2016.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, Vol. 14, No. 4, pp. 532-550, 1989.

EISENHARDT, K. M.; GRAEBNER, M. E.; SONENSHEIN, S. Grand challenges and inductive methods: Rigor without rigor mortis. **Academy of Management Journal**, Vol. 59, No. 4, pp. 1113-1123, 2016.

ELG, M.; ENGSTRÖM, J.; WITELL, L.; POKSINSKA, B. Co-creation and learning in health-care service development. **Journal of Service Management**, Vol. 23, No. 3, pp. 328-343, 2012.

ENRIGHT K.; MACMILLAN, M.; LYMBURNER, P.; SODOSKI, C.; GOLLEE, S.; CARVALHO, M.; VAN DORN, L.; FUNG, R.; ALMEIDA, B. Improving documentation of oral chemotherapy at a community cancer center. **Journal of Oncology Practice**, Vol. 11, No. 3, p. 213-216, 2015.

ESSÉN, A.; VÄRLANDER, S. W.; LILJEDAL, K. T. Co-production in chronic care: exploitation and empowerment. **European Journal of Marketing**, Vol. 50, No. 5/6, p. 724-751, 2016.

ETGAR, M. A descriptive Model of the Consumer Co-Production Process. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol. 36, No. 1, pp. 97-108, 2008.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 22, No. 6, p. 1895-1904, 2017.

FAROOQI, S. A. Co-production: what makes co-production work? Evidence from Pakistan. **International Journal of Public Sector Management**, Vol. 29, No. 4, p. 381-395 2016.

FLORES, J.; VASQUEZ-PARRAGA, A. The impact of choice on co produced customer value creation and satisfaction. **Journal of Consumer Marketing**, Vol. 32, No. 1, pp. 15-25, 2015.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. **Rio de Janeiro : Fiocruz /Ipea / Ministério da Saúde / Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República**, 2012.

GALLAN, A. S.; JARVIS, C. B.; BROWN, S. W.; BITNER, M. J. Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol. 41, No. 3, p. 338-356, 2013.

GEUM, Y.; CHO, Y.; PARK, Y. A systematic approach for diagnosing service failure: Service-specific FMEA and grey relational analysis approach. **Mathematical and Computer Modelling**, Vol. 54, No. 11, p. 3126-3142, 2011.

GRIFFIN, M.; GILBERT, R.; BROADFIELD, L.; EASTY, A.; TRBOVICH, P. Comparison of independent error checks for oral versus intravenous chemotherapy. **Journal of Oncology Practice**, Vol. 12, No. 2, p. 168-169, 2016.

GRÖNROOS, C.; RAVALD, A. Service as business logic: implications for value creation and marketing. **Journal of Service Management**, Vol. 22, No. 1, p. 5-22, 2011.

HARDYMAN, W.; DAUNT, K. L.; KITCHENER, M. Value co-creation through patient engagement in health care: a micro-level approach and research agenda. **Public Management Review**, Vol. 17, No. 1, p. 90–107, 2015.

HEATON, J.; DAY, J.; BRITTEN, N. Collaborative research and the co-production of knowledge for practice: an illustrative case study. **Implementation Science**, Vol. 11, No. 1, p. 17-33, 2016.

HELLSTRÖM, A.; LIFVERGREN, S.; QUIST, J. Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. **Journal of Manufacturing Technology Management**, Vol. 21, No. 4, p. 499-511, 2010.

HENDREN, Samantha; GRIGGS, Jennifer J.; EPSTAIN, Ronald M.; HUMISTON, Sharon; ROUSSEAU, Sally; JEAN-PIERRE, Pascal; CARROLL, Jenifer; YOSHA, Amanat M; LOADER, Starlene; FISCELLA, Kevin. **Study protocol: a randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities**. *BMC Cancer*, Vol. 10, No. 1, pp. 1, 2010.

HENSELMANS, I.; HAES, H.; SMETS, E. Enhancing patient participation in oncology consultations: a best evidence synthesis of patient-targeted interventions. **Psycho-Oncology**, Vol. 22, No. 5, p. 961-977, 2013.

HESS, R. L. The impact of firm reputation and failure severity on customers' responses to service failures. **Journal of Services Marketing**, Vol. 22, No. 5, p. 385-398, 2008.

HODGSON D.; TAYLOR, A.; KNOWLES V.; COLLEY M. Involving patients and carers in developing the radiotherapy curriculum: enhancing compassion. **Journal of Radiotherapy in Practice**, Vol. 16, p. 92–100, 2016.

HONKA A.; KAIPAINEN K.; HIETALA H.; SARANUMMI N. Rethinking Health: ICT-Enabled Services to Empower People to Manage Their Health. **IEEE reviews in biomedical engineering**, Vol. 4, p. 119-139, 2011.

HOYER, W.; CHANDY, R.; DOROTIC, M.; KRAFFT, M.; SINGH, S. Consumer Cocreation in New Product Development. **Journal of Service Research**, Vol. 13, No. 3, p. 283- 296, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA (Brasil). **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância Rio de Janeiro: INCA, 2017.

JOOSTEN, H.; BLOEMER, J.; HILLEBRAND, B. Is more customer control of services always better?. **Journal of Service Management**, Vol. 27, No. 2, p. 218-246, 2016.

KAUR, P.; SHARMA, S. K. A Measure of Consumer Complaining Behaviour in Service Industry Scale Validation. **Paradigm**, Vol. 19, No. 1, p. 37-51, 2015.

KAVCIC, M.; PAHOR, M.; DOMAJNKO, B. User involvement in Slovenian healthcare. **Journal of health organization and management**, Vol. 29, No. 5, p. 595 – 610, 2015.

KIM, J.; JANG, S. Factors affecting memorability of service failures: a longitudinal analysis. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, Vol. 28, No. 8, pp.1676 - 1701, 2016.

KLEIN, A Z.; SILVA, L. V.; MACHADO, L.; AZEVEDO, D. **Metodologia de Pesquisa em Administração - Uma Abordagem Prática**. São Paulo: Atlas, 2015.

KÖPPE, S.; EWERT, B.; BLANK, F. Welfare user roles in a conservative welfare state. Are Germans citizens, consumers or co-producers? **Journal of International and Comparative Social Policy**, Vol. 32, No. 1, p. 1-16, 2016.

KRZYZANOWSKA, M.; POWIS, M. Extending the Quality and Safety Agenda From Parenteral to Oral Chemotherapy. **Journal of Oncology Practice**, Vol. 11, No. 3, p. 198-202, 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2011.

LAVELA, S. L.; GALLAN, A. Evaluation and measurement of patient experience. **Patient Experience Journal**, Vol. 1, No. 1, p. 28-36, 2014.

LICHON, M.; KAVCIC, M.; MASTERSON, D. A comparative study of contemporary user involvement with in healthcare systems across England, Poland and Slovenia. **Journal of Health Organization and Management**, Vol, 29, No. 5, p. 625-636, 2015.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 20, No. 10, p. 3051-3062, 2015.

MAFFEZZOLLI, E. C. F.; BOEHS, C. G. E.. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Revista da FAE**, Vol. 11, No. 1, 2008.

McCOOL-KENNEDY, J.; VARGO, S.; DAGGER, T.; SWEENEY, J.; VAN KASTEREN, Y.. Health care customer value cocreation practice styles. **Journal of Service Research**, Vol. 15, No. 4, p. 370-389, 2012.

McGLYNN, E. A.; STEVEN A. M.; ADAMS, J.; KEESEY, J.; HICKS, J.; De CRISTOFARO, A.; KEER, E. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. **The New England Journal of Medicine**, Vol. 348, No 26, p. 2635-2645, 2003.

MENTZER, J. T.; FLINT, D. J. Validity in logistics research. **Journal of Business Logistics**, Vol. 18, No. 1, p. 199, 1997.

MERZ, M. Y.; CZERWINSKI, D.; MERZ, M. A. Exploring the antecedents for value cocreation during healthcare service provision. **Journal of Business and Behavior Sciences**, Vol. 25, No. 2, p. 152, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 2011. [acessado 2016 dez 01]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 2013. [acessado 2016 dez 01]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doenças\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf)

MINKIEWICZ, J.; BRIDSON, K.; EVANS, Jody. Co-production of service experiences: insights from the cultural sector. **Journal of Services Marketing**, Vol. 30, No. 7, p. 749-761, 2016.

MOHANTY, S. K.; CHAUHAN, R. K.; MAZUMDAR, S.; SRIVASTABA, A. Out-of-pocket expenditure on health care among elderly and non-elderly households in India. **Social Indicators Research**, Vol. 115, No. 3, p. 1137-1157, 2014.

MORANDI, M. I.; CAMARGO, L. F. Systematic Literature Review. In: Aline Dresch; Daniel Pacheco Lacerda; José Antonio Valle Antunes Junior. (Org.). **Design Science Research: A Method for Science and Technology Advancement**. 1ª Edição. London: Springer: p. 129-158, 2015.

MORELLI, N. *Service as value co-production: reframing the service design process*. **Journal of Manufacturing Technology Management**, Vol. 20, No. 5, p. 568-590, 2009.

MULKERIN, D.; BERGSBAKEN, J.; FISHER, J.; MULKERIN, M. J.; BOHLER, A.; MABLY, M. Multidisciplinary Optimization of Oral Chemotherapy Delivery at the University of Wisconsin Carbone Cancer Center. **Journal of Oncology Practice**, Vol. 12, No. 10, p. e912-e923, 2016.

NIEMELÄ, M.; MARSCHALL, C.; KROLL, T.; CURRAN, M.; KOERNER, S.; RÄSÄNEN, S.; GARCÍA, F. Family-Focused Preventive Interventions With Cancer Cosurvivors: A Call to Action. **American Journal of Public Health**, Vol. 106, No. 8, p. e1-e7, 2016.

OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático- Categorical: Uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Vol 16, No 4, p. 569 – 576, 2008.

OSBORNE, S.; STROKOSCH, K. It takes Two to Tango? Understanding the Co-production of Public Services by Integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. **British Journal of Management**, Vol. 24, No. 1, p. 31–47, 2013.

OSTROM, E.; PARKS, R. B.; WHITAKER, G. P.; PERCY, S. L. The Public Service Production Process: A Framework for Analyzing Police Services. **Policy Studies Journal**, Vol. 7, No. s1, p. 381-381, 1978.

OSTROM, A. L.; BITNER, M. J.; BROWN, S. W.; BURKHARD, K. A.; GOUL, M.; SMITH-DANIELS, V. ; DEMIRKAN, H.; RABINOVICH, E. Moving Forward and Making a Difference: Research Priorities for the Science of Service. **Journal of Service Research**, Vol. 13, No. 1, p. 4-36, 2010.

OVRETVEIT, J.; RAMSAY, P.; SHORTELL, S. M.; BROMMELS, M. Comparing and improving chronic illness primary care in Sweden and the USA. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 29, No. 5, p. 582 – 595, 2016.

OWENS, J.; CRIBB, A. Conflict in Medical Co-Production: Can a Stratified Conception of Health Help? **Health Care Analysis**. Vol. 20, p. 268–280, 2012.

PALUMBO, R. Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. **International Journal of Public Sector Management**, Vol. 29, No. 1, p. 72-90, 2016.

PELS, J.; KIDD, T. A. Business model innovation: Learning from a high-tech-low-fee medical healthcare model for the BOP. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, Vol. 9, No. 3, p. 200-218, 2015.

PERKINS, R.; REPPER, J. Recovery versus risk? From managing risk to the co-production of safety and opportunity. **Mental Health and Social Inclusion**, Vol. 20, No. 2, p. 101-109, 2016.

PHILLIPS, A.; MORGAN, G. Co-production within health and social care – the implications for Wales? **Quality in Ageing and Older Adults**, Vol. 15, No. 1, pp. 10 – 20, 2014.

PINFOLD, V.; SZYMCZYNSKA, P.; HAMILTON, S.; PEACOCKE, R.; DEAN, S.; CLEWETT, N.; MANTHORPE, J.; LARSEN, J. Co-production in mental health research: reflections from the People Study. **Mental Health Review Journal**, Vol. 20, No. 4, p. 220 – 231, 2015.

PRAHALAD, C.K., RAMSWAMY, Venkat. Co-creating unique value with customers. **Strategy & Leadership**, Vol. 32, No. 3, pp. 4-9, 2004.

REAY, P.; SEDDIGHI, H. R. An empirical evaluation of management and operational capabilities for innovation via co-creation. **European Journal of Innovation Management**, Vol. 15, No. 2, p. 259-275, 2012.

RIAZ, Z., KHAN, M. I. Impact of service failure severity and agreeableness on consumer switchover intention. **Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics**, Vol. 28, No 3, pp. 420 - 434, 2016.

RODIE, A. R.; KLEINE, S. S. *Customer participation in services production and delivery*. **Handbook of Services Marketing and Management**, p. 111-125, 2000.

SEIDERS, K.; FLYNN, A. G.; BERRY, L.; HAWS, K. L. Motivating Customers to Adhere to Expert Advice in Professional Services a Medical Service Context. **Journal of Service Research**, Vol. 18, No. 1, p. 39-58, 2015.

SKAGGS, B. C.; YOUNDT, M. Strategic Positioning, Human Capital, and Performance in Service Organizations: A Customer Interaction Approach. **Strategic Management Journal**, Vol. 25, No. 1, p. 85-99, 2004.

SHAH, N.; CASELLA, E.; CAPOZZI, D.; McGETTIGAN, S.; GANGADGAR T.; SCHUCHTER, L.; MYERS, J. Improving the safety of oral chemotherapy at an academic medical center. **Journal of Oncology Practice**, Vol, 12, No. 1, p. e71-e76, 2016.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Dados em Big Data**, Vol. 1, No. 1, p. 23-42, 2017.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Editora UFSC, 2005.

SIVAKUMAR, K.; LI, M.; DONG, B. Service quality: The impact of frequency, timing, proximity, and sequence of failures and delights. **Journal of Marketing**, Vol. 78, No. 1, p. 41-58, 2014.

SLACK, N.; CHAMBERS, Stuart; JOHNSTON, Robert. **Administração da produção**. Vol. 747. São Paulo: Atlas, 2009.

SPANJOL, J.; CHUI, A.; NAKATA, C.; SHARP, L.; CRAWFORD, S.; XIAO, Y.; WATSON-MANHEIM, M. B.. Co-Production of Prolonged, Complex, and Negative Services An Examination of Medication Adherence in Chronically Ill Individuals. **Journal of Service Research**, Vol. 18, No. 3, p. 284-302, 2015.

STOKBURGER-SAUER, N. E.; SCHOLL-GRISSEMAN, U.; TEICHMANN, K.; WETZELS, M. Value cocreation at its peak: the asymmetric relationship between coproduction and loyalty. **Journal of Service Management**, Vol. 27, No. 4, p. 563-590, 2016.

SWEENEY, J.; DAHANER, T. S.; McCOOL-KENNEDY, J. R. Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. **Journal of Service Research**, Vol. 18, No. 3, p. 318-335, 2015.

TANG, C.; GUO, L.; GOPINATH, M.. A Social-Cognitive Model of Consumer Well-Being: A Longitudinal Exploration of the Role of the Service Organization. **Journal of Service Research**, Vol, 19, No. 3, p. 307-321, 2016.

TAUSIG, M. The Sociology of Chronic Illness and Self-Care Management. Social Determinants, Health Disparities and Linkages to Health and Health Care. **Emerald Group Publishing Limited**, Vol, 31, S/No., p. 247-272, 2013.

TOLEDO, L. A.; DE FARIAS SHIAISHI, G. Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas: um ensaio para a proposta de protocolo do estudo de caso. **Revista da FAE**, Vol. 12, No. 1, 2009.

TSAI, C.; YANG, Y.; CHENG, Y. Does relationship matter? Customers' response to service failure. **Managing Service Quality**, Vol. 24, No. 2, p. 139-159, 2014.

TURNER, A.; REALPE, A. X.; WALLACE, L. M.; KOSMALA-ANDERSON, J. A co-produced self-management programme improves psychosocial outcomes for people living with depression. **Mental Health Review Journal**, Vol. 20, No. 4, p. 242 – 255, 2015.

TUURNAS, S. Learning to co-produce? The perspective of public service professionals. **International Journal of Public Sector Management**, Vol. 28, No. 7, p. 583 – 598, 2015.

VAN OERLE, S.; MAHR, D.; LIEVENS, A. Coordinating online health communities for cognitive and affective value creation. **Journal of Service Management**, Vol. 27, No. 4, p. 481-506, 2016.

VARGO, S. L.; LUSCH, R. F. The Four Service Marketing Myths: Remnants of a Goods-Based, Manufacturing Model. **Journal of Service Research**, Vol.6, No.4, p.324-335, 2004.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. Conflito na Gestão Hospitalar: O Papel da Liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 15, No. 1, p. 1301-1314, 2010.

VENNIK, F.; BOVENKAMP, H.; PUTTERS, K.; GRIT, K. Co-production in healthcare: rhetoric and practice. **International Review of Administrative Sciences**, Vol. 0. No. 0, p. 1–19, 2015.

VILLAS, M. V.; MACEDO-SOARES, T. D. L.; RUSSO, G. M.. Bibliographical research method for business administration studies: a model based on scientific journal ranking. **Brazilian Administration Review**, Vol. 5, No. 2, p. 139-159, 2008.

VOSGERAU, D. S. R.; MEYER, P.; CONTRERAS, R. Análise de dados qualitativos nas pesquisas sobre formação de professores. **Revista Diálogo Educacional**, Vol. 17, No. 53, p. 909-935, 2017.

VOSGERAU, D. S. R.; POGRIFKA, D. H.; SIMONIAN, M. Associação entre a técnica de análise de conteúdo e os ciclos de codificação: possibilidades a partir do software ATLAS. ti. **Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, No. 19, p. 93-106, 2016.

VOSS, C.; PERKS, H.; SOUSA, R.; WITELL, L.; WÜNDERLICH, N. V. Reflections on context in service research. **Journal of Service Management**, Vol. 27, No. 1, p. 30-36, 2016.

WALTER, S. A.; BACH, T. M. Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: inovando o processo de análise de conteúdo por meio do atlas. ti. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Vol. 16, No. 2, p. 275-308, 2015.

WANG, C.; LEE, H.; WU, L. Co-production and the roles of dependence and service importance. **Asia Pacific Management Review**, Vol. 20, No. 3, p. 148-155, 2015.

WIRTZ, J.; MATTILA, A. S. Consumer responses to compensation, speed of recovery and apology after a service failure. **International Journal of Service Industry Management**, Vol. 15, No. 2, p. 150-166, 2004.

YIN, R. K. **Applications of case study research**. Sage, 2011.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZERILLO, J.; PHAM, T.; KADLUBEK, P.; SEVERSON, J.; MACKLER, E.; JACOBSON, J.; BLAYNEY, D. Administration of Oral Chemotherapy: Results From Three Rounds of the Quality Oncology Practice Initiative. **Journal of Oncology Practice**, Vol. 11, No. 2, p. e-255-e-262, 2015.

ZHANG, L.; TONG, H.; DEMIREL, H. O.; DUFFY, V. G.; YIH, Y.; BIDASSIE, B.. A practical model of value co-creation in healthcare service. **Procedia Manufacturing**, Vol. 3, p. 200–207, 2015.

ZHAO, J.; WANG, T.; FAN, X. Patient value co-creation in online health communities: Social identity effects on customer knowledge contributions and membership continuance intentions in online health communities. **Journal of Service Management**, Vol. 26, No. 1, p. 72-96, 2015.

ZHU, X; ZOLKIEWSKI, J. Exploring service failure in a business-to-business context. **Journal of Services Marketing**, Vol. 29, No. 5, pp.367 - 379, 2015.

## APÊNDICE A - PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: ESTRATÉGIA DE BUSCA			
<b>Framework Conceitual</b>	O comportamento do paciente como coprodutor representa uma oportunidade de pesquisa a ser explorada pelos serviços de saúde, podendo contribuir para melhorias no processo de gestão da coprodução, bem como na entrega dos serviços.		
<b>Contexto</b>	Coprodução em Serviços de Saúde		
<b>Horizonte</b>	Janeiro / 2000 - Agosto / 2017		
<b>Idiomas</b>	Sem limitação de idiomas		
<b>Questão de Revisão</b>	Como acontece a coprodução nos serviços de saúde, e quais são seus impactos no resultado final dos tratamentos indicados pelos profissionais de saúde?		
<b>Crítérios de busca</b>	<p><b>Crítérios de Inclusão</b> Artigos com conteúdo diretamente relacionado ao tema coprodução em serviços de saúde.</p> <p><b>Crítérios de Exclusão</b> Artigos que trataram do tema coprodução de forma genérica sem abordar os serviços de saúde.</p>		
<b>Termos de busca</b>	Coprodução/Saúde - <i>Co-production/Health</i> Coprodução/Serviços de saúde - <i>Co-production/Healthservices</i> Coprodução/Paciente - <i>Co-production/Patient</i> Coprodução/Doenças - <i>Co-production/Diseases</i> .		
<b>Fontes de busca</b>			
<b>Bases de dados</b> <input checked="" type="checkbox"/> Bireme <input checked="" type="checkbox"/> EBSCOhost <input checked="" type="checkbox"/> Emerald Insight <input checked="" type="checkbox"/> Pubmed <input checked="" type="checkbox"/> Scopus	<b>Anais</b> <input type="checkbox"/> ENEGEP	<b>Internet</b> <input type="checkbox"/> Google Acadêmico	<b>Outras</b> <input type="checkbox"/> .....



**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS GRUPO 1 - GESTÃO****Grupo 1- Gestão**

Nome:  
Função:  
Data e Horário:

**Questões**

1. De que forma o hospital aderiu a RN nº 338/2013, que estabeleceu a cobertura obrigatória de medicamentos para tratamentos com TAO para beneficiários de planos de saúde?
2. Os oncologistas e os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar nas áreas de enfermagem, farmácia, nutrição e psicologia receberam alguma orientação específica quando a RN nº338/2013 entrou em vigor? Se sim, como isto ocorreu?
3. Quais foram as mudanças necessárias para que o hospital se adequasse a esta nova modalidade de tratamento? Quais foram seus respectivos impactos?
4. Quantos pacientes maiores de 18 anos, beneficiários de planos de saúde, estão em tratamento com TAO atualmente?
5. Existem critérios para prescrição de tratamentos com TAO? Se sim, informar quais são estes critérios
6. O paciente ou familiar pode solicitar a substituição de um tratamento com TAIV por um tratamento com TAO? Se sim, especifique como esta substituição acontece.
7. Como os pacientes e familiares reagem quando são comunicados sobre o tratamento com TAO? De que forma eles são educados e habilitados em relação ao tratamento e a suas novas responsabilidades?
8. De que forma o hospital faz a gestão do tratamento destes pacientes? Eles são monitorados de alguma forma? Se sim, informar as ferramentas utilizadas.
9. O relacionamento médico-paciente interfere na adesão ao tratamento? De que forma isso é percebido?
10. De que forma pacientes e familiares têm acesso ao médico ou a equipe multidisciplinar em caso de emergência, sintomas, administração inadequada da medicação e eventuais dúvidas?
11. Quais as principais conseqüências decorrentes de falhas na execução do tratamento com TAO? É possível recuperar estas falhas? Se sim, como isto ocorre?
12. É possível identificar quando o paciente percebe que suas interações com o serviço de saúde influenciam positivamente no resultado do seu tratamento com TAO? O valor percebido pelo paciente é tratado de forma estratégica pelo hospital?
13. Considerando o cenário apresentado a partir dos temas discutidos nas questões anteriores, quais são as ações necessárias para melhorias na gestão dos tratamentos com TAO?

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS GRUPO 2 – CORPO CLÍNICO****Grupo 2- Corpo Clínico**

Nome:  
Função:  
Data e Horário:

**Questões**

1. De que forma você foi informado pelo hospital sobre a vigência da RN nº 338/2013, que estabeleceu a cobertura obrigatória de medicamentos para tratamentos com TAO para beneficiários de planos de saúde?
2. Você recebeu alguma orientação específica quando a RN nº338/2013 entrou em vigor? Se sim, como isto ocorreu?
3. Ocorreu alguma mudança na sua rotina de trabalho em função da cobertura de medicamentos para tratamentos com TAO para pacientes beneficiários de planos de saúde? Se sim, favor especificar.
4. É possível perceber os impactos que a cobertura de tratamentos com TAO para pacientes beneficiários de planos de saúde trouxe para o serviço de oncologia?
5. Atualmente você é o médico responsável por quantos pacientes maiores de 18 anos em tratamento com TAO?
6. Existem critérios para prescrição de tratamentos com TAO? Se sim, informar quais são estes critérios
7. O paciente ou familiar pode solicitar a substituição de um tratamento com TAIV por um tratamento com TAO? Se sim, especifique como esta substituição acontece.
8. Como os pacientes e familiares reagem quando são comunicados sobre o tratamento com TAO? De que forma eles são educados e habilitados em relação ao tratamento e a suas novas responsabilidades?
9. De que forma você faz a gestão do tratamento destes pacientes? Eles são monitorados de alguma forma? Se sim, informar as ferramentas utilizadas.
10. O relacionamento médico-paciente interfere na adesão ao tratamento? De que forma isso é percebido?
11. De que forma pacientes e familiares têm acesso ao médico em caso de emergência, sintomas, administração inadequada da medicação e eventuais dúvidas?
12. Quais as principais conseqüências decorrentes de falhas na execução do tratamento com TAO? É possível recuperar estas falhas? Se sim, como isto ocorre?
13. Considerando o cenário apresentado a partir dos temas discutidos nas questões anteriores, quais são as ações necessárias para melhorias na gestão dos tratamentos com TAO?

## APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTAS GRUPO 3 – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

### Grupo 3- Equipe Multidisciplinar

Nome:  
Função:  
Data e Horário:

### Questões

1. De que forma você foi informado pelo hospital sobre a vigência da RN nº 338/2013, que estabeleceu a cobertura obrigatória de medicamentos para tratamentos com TAO para beneficiários de planos de saúde?
2. Você recebeu alguma orientação específica quando a RN nº338/2013 entrou em vigor? Se sim, como isto ocorreu?
3. Ocorreu alguma mudança na sua rotina de trabalho em função da cobertura de medicamentos para tratamentos com TAO para pacientes beneficiários de planos de saúde? Se sim, favor especificar.
4. É possível perceber os impactos que a cobertura de tratamentos com TAO para pacientes beneficiários de planos de saúde trouxe para o serviço de oncologia?
5. Atualmente você acompanha quantos pacientes maiores de 18 anos em tratamento com TAO?
6. Como os pacientes e familiares reagem quando são comunicados sobre o tratamento com TAO? De que forma eles são educados e habilitados em relação ao tratamento e a suas novas responsabilidades?
7. De que forma você faz a gestão do tratamento destes pacientes? Eles são monitorados de alguma forma? Se sim, informar as ferramentas utilizadas.
8. Você consegue identificar se o relacionamento médico-paciente interfere na adesão ao tratamento? De que forma isso é percebido?
9. De que forma pacientes e familiares têm acesso a equipe multidisciplinar em caso de emergência, sintomas, administração inadequada da medicação e eventuais dúvidas?
10. Quais as principais conseqüências decorrentes de falhas na execução do tratamento com TAO? É possível recuperar estas falhas? Se sim, como isto ocorre?
11. Considerando o cenário apresentado a partir dos temas discutidos nas questões anteriores, quais são as ações necessárias para melhorias na gestão dos tratamentos com TAO?

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### PROJETO: **Gestão do processo de coprodução em serviços de saúde: um *framework* para redução de falhas em tratamentos oncológicos com terapia antineoplásica oral**

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa intitulada “Gestão do processo de coprodução em serviços de saúde: um *framework* para redução de falhas em tratamentos oncológicos com terapia antineoplásica oral”, cujo objetivo é propor um *framework* para apoiar a gestão do processo de coprodução em tratamentos com terapia antineoplásica oral em hospitais, com vistas a redução de falhas neste processo no Centro de Oncologia do Hospital Ernesto Dornelles.

( O *framework* é representado por uma estrutura composta por formas e símbolos, que pode servir como uma ferramenta de apoio a gestão, traduzindo temas complexos em formas que possam ser estudadas, permitindo assim que a teoria se torne realidade (WONG e ASPINWALL, 2004; PINHEIRO DE LIMA e LEZANA, 2005; COUGLAS; HALPERN e HEROLD, 2007) ).

Aceitando participar do estudo, você responderá a um questionário com 12 questões referentes a gestão e acompanhamento do tratamento com terapia antineoplásica oral em pacientes oncológicos. A entrevista será registrada em áudio, caso seja do seu consentimento. Caso contrário a entrevista será digitada em arquivo digital (*Word*). Se houver algum problema em registrar as entrevistas em arquivo digital, será feito um registro manual por meio de anotações. As entrevistas não serão gravadas em vídeo. O tempo estimado para entrevista pode variar entre 30 e 60 minutos.

Os benefícios deste estudo poderão ser percebidos num futuro próximo quando, a partir da análise de suas respostas, poderemos traçar planos de ação para constante melhoria da gestão da coprodução executada pelo paciente durante os tratamentos com terapia antineoplásica oral, possibilitando a redução de falhas neste processo, e contribuindo para maior eficácia destes tratamentos no futuro, beneficiando assim pacientes e serviços de oncologia.

A participação neste estudo é voluntária. Não implicará custos adicionais, assim como, ao aceitar o convite, você não receberá remuneração. Mesmo após concordar em participar, você poderá desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa e seu tratamento.

O risco inerente à participação neste estudo consiste na possibilidade reduzida de que o entrevistado sinta algum tipo de desconforto ao responder ao questionário devido ao tempo necessário para a realização da entrevista, tendo a liberdade para optar por

participar ou não da pesquisa em função disso. O risco relacionado a confidencialidade da pesquisa fica minimizado, já que será assegurado o sigilo de informações com a não identificação dos entrevistados, não identificação do hospital, bem como o armazenamento das entrevistas em arquivo digital (*Word*) ou em áudio (gravação de voz utilizando gravador de aparelho celular modelo Samsung Galaxy J5) em pastas digitais protegidas com senha, sob responsabilidade da pesquisadora. Não está previsto o registro das entrevistas por escrito em papel, mas caso ocorra, estas serão armazenadas em envelopes lacrados.

Caso você tenha dúvidas poderá esclarecê-las entrando em contato com a pesquisadora Caroline Lima de Almeida Costa (através do e-mail [cl\\_almeid@yahoo.com.br](mailto:cl_almeid@yahoo.com.br)), com o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ernesto Dornelles, localizado na Av. Ipiranga, nº 1801, 11º andar- sala 03, Fone: (51) 32178840, e-mail [cep@hed.com.br](mailto:cep@hed.com.br). Nos horários: 08h00min às 12h00min e 13h00min às 17h30min.

\*\*\*\*\*

Após a leitura completa deste termo eu, \_\_\_\_\_, declaro que compreendi os objetivos do estudo “Gestão do processo de coprodução em serviços de saúde: um *framework* para redução de falhas em tratamentos oncológicos com terapia antineoplásica oral” que será conduzido pela pesquisadora Caroline Lima de Almeida Costa, doutoranda em Engenharia de Produção e Sistemas pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos. Também declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora, e que estou de acordo com a participação voluntária nesta pesquisa.

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## APÊNDICE F - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA

Prezado.....,

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Gestão do processo de coprodução em serviços de saúde: um *framework* para redução de falhas em tratamentos oncológicos com terapia antineoplásica oral”, cujo objetivo é propor um *framework* para apoiar a gestão do processo de coprodução em tratamentos com terapia antineoplásica oral em hospitais, com vistas a redução de falhas neste processo no Centro de Oncologia do Hospital .....

Os profissionais convidados a participar da pesquisa foram indicados pelo Gestor Dr. ...., que nos lê em cópia e já tem conhecimento do conteúdo do projeto.

Aceitando participar você responderá a um questionário com 13 questões. O tempo estimado para entrevista pode variar entre 30 e 60 minutos.

Sua participação é muito importante para a realização desta pesquisa. Fico no aguardo de um retorno, para agendarmos um horário caso você aceite participar.

Encaminho em anexo o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido com maiores informações.

Me coloco a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Caroline Lima de Almeida Costa**

Doutoranda em Engenharia de Produção e Sistemas  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

•

## APÊNDICE G - TABELAS CÓDIGO-DOCUMENTO - CATEGORIAS INICIAIS

**Tabela Código-Documento – Unidade Hermenêutica Gestores**

	G1	G2	Total
Ações	6	5	11
Adequação	5	4	9
Critérios TAO	5	0	5
Demanda	1	4	5
Educação para Coprodução	5	2	7
Falhas em Coprodução	1	0	1
Gestão da Coprodução	1	2	3
Papel do paciente	0	1	1
Relação Paciente - Profissionais de Saúde	1	1	2
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>44</b>

**Tabela Código-Documento – Unidade Hermenêutica Corpo Clínico**

	M1	M2	M3	M4	M5	Total
Ações	1	1	0	1	2	5
Adequação	3	3	1	2	2	11
Critérios TAO	6	1	2	0	0	9
Demanda	1	1	1	1	1	5
Educação para Coprodução	4	3	3	2	1	13
Falhas em Coprodução	5	1	1	2	1	10
Gestão da Coprodução	1	2	1	0	0	4
Papel do Paciente	2	1	1	1	0	5
Relação Paciente - Profissionais de Saúde	2	1	2	1	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>70</b>

**Tabela Código-Documento – Unidade Hermenêutica Equipe Multidisciplinar**

	E1	E2	F1	F2	N1	P1	P2	Total
Ações	5	3	4	2	2	2	4	22
Adequação	2	2	4	4	3	1	1	17
Critérios TAO	0	0	0	0	0	0	0	0
Demanda	1	0	1	2	1	1	1	7
Educação para Coprodução	3	2	4	6	3	2	1	21
Falhas em Coprodução	1	0	1	5	1	0	0	8
Gestão da Coprodução	1	0	0	3	0	0	0	4
Papel do Paciente	0	1	2	1	1	0	1	6
Relação Paciente - Profissionais de Saúde	2	1	0	1	1	1	1	7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>92</b>

## APÊNDICE H - TABELAS CÓDIGO-DOCUMENTO – CATEGORIAS INCLUÍDAS

**Tabela Código-Documento – Unidade Hermenêutica Gestores**

	G1	G2	Total
Protocolo TAIV	0	1	1
Operadoras de Planos de Saúde	2	1	3
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

**Tabela Código-Documento – Unidade Hermenêutica Corpo Clínico**

	M1	M2	M3	M4	M5	Total
Protocolo TAIV	3	0	0	0	0	3
Operadoras de Planos de Saúde	1	2	1	2	3	9
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>12</b>

**Tabela Código-Documento – Unidade Hermenêutica Equipe Multidisciplinar**

	E1	E2	F1	F2	N1	P1	P2	Total
Protocolo TAIV	3	2	0	0	6	3	2	16
Operadoras de Planos de Saúde	0	0	2	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>18</b>



## ANEXO A - ESTIMATIVAS PARA O ANO DE 2018

Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária\*.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativas dos Casos Novos			
	Homens		Mulheres	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.220	66,12	-	-
Mama feminina	-	-	59.700	56,33
Colo do útero	-	-	16.370	15,43
Traquéia, Brônquio e Pulmão	18.740	18,16	12.530	11,81
Cólon e Reto	17.380	16,83	18.980	17,90
Estômago	13.540	13,11	7.750	7,32
Cavidade Oral	11.200	10,86	3.500	3,28
Laringe	6.390	6,17	1.280	1,20
Bexiga	6.690	6,43	2.790	2,63
Esôfago	8.240	7,99	2.550	2,38
Ovário	-	-	6.150	5,79
Linfoma de Hodgkin	1.480	1,43	1.050	0,96
Linfoma não Hodgkin	5.370	5,19	4.810	4,55
Glândula Tireóide	1.570	1,49	8.040	7,57
Sistema Nervosos Central	5.810	5,62	5.510	5,17
Leucemias	5.940	5,75	4.860	4,56
Corpo do Útero	-	-	6.600	6,22
Pele Melanoma	2.920	2,82	3.340	3,16
Outras Localizações	41.480	40,17	36.230	34,17
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	214.970	208,32	202.040	190,61
Pele não Melanoma	85.170	82,53	80.410	75,84
Todas as Neoplasias Malignas	300.140	290,86	282.450	266,47
<b>Todas as Neoplasias Malignas Corrigidas para Sub-Registro</b>	<b>324.580</b>	<b>314,55</b>	<b>310.300</b>	<b>292,74</b>

Fonte: INCA (2017)

Nota: \* Números arredondados para múltiplos de 10

## ANEXO B - COBERTURA DE MEDICAMENTOS ANTINOEPLÁSICOS ORAIS PARA O TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
<b>1. Abiraterona, Acetato de</b>	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com docetaxel
	Próstata	Avançado metastático resistente à castração e que receberam quimioterapia prévia com docetaxel
<b>2. Afatinibe</b>	Pulmão não pequenas células	Primeira linha, para pacientes adultos, com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), com histologia de adenocarcinoma, localmente avançado ou metastático, com mutações no receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), não tratados previamente com inibidores da tirosina quinase do EGFR
<b>3. Anastrozol</b>	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo
	Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno
<b>4. Bicalutamida</b>	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável
<b>5. Bussulfano</b>	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
<b>6. Capecitabina</b>	Colorretal	Primeira Linha em câncer metastático
	Colorretal	Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário
	Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina
	Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações
<b>7. Ciclofosfamida</b>	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Micose Fungóide	Estágios avançados
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação
	Ovário	Sem especificação de fase da doença
	Retinoblastomas	Sem especificação de fase da doença
<b>8. Clorambucila</b>	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação de fase da doença
<b>9. Crizotinibe</b>	Pulmão não pequenas células	Tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) avançado que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK)
<b>10. Dasatinibe</b>	LLA - Leucemia Linfocítica	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior

	(Linfoblástica) Aguda	
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blásticamielóide/linfóide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe
<b>11. Dabrafenibe</b>	Melanoma	Melanoma metastático ou irresssecável com mutação do gene BRAF V600E
<b>12. Dietiletilbestrol</b>	Mama	Casos paliativos
	Próstata	Casos paliativos
<b>13. Enzalutamida</b>	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel
	Próstata	Metastático resistente à castração em adultos que são assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos após falha de terapia de privação androgênica
<b>14. Erlotinibe, Cloridrato de</b>	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irresssecável com mutação nos éxons 19 ou 21
<b>15. Etoposídeo</b>	Leucemias agudas	Não linfocíticas
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
<b>16. Everolimus</b>	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no pâncreas
	Estômago	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no estômago.
	Intestino	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no intestino.
	Pulmão	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pulmão.
<b>17. Exemestano</b>	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno
	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama
<b>18. Fludarabina</b>	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
<b>19. Flutamida</b>	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH ("luteinizinhormone-releasinghormone"), no tratamento do câncer avançado em pacientes não-tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração
<b>20. Gefitinibe</b>	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irresssecável com mutação nos éxons 19 ou 21

<b>21. Hidroxiuréia</b>	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica
<b>22. Ibrutinibe</b>	Leucemia linfocítica crônica (LLC)	Pacientes que apresentam Leucemia linfocítica crônica (LLC) com deleção de 17p, que receberam no mínimo um tratamento anterior
<b>23. Imatinibe</b>	LLA - Leucemia Linfocítica(Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ recaída ou refratária
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Recém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+ fase crônica; crise blástica; fase acelerada; fase crônica após falha de interferon
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Irressecável ou metastático
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco
<b>24. Lapatinibe, Ditosilato de</b>	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+ , após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabinaou letrozol
<b>25. Letrozol</b>	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres napós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo
<b>26. Megestrol, Acetato de</b>	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
<b>27. Melfalano</b>	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Ovário	Câncer Avançado
<b>28. Mercaptopurina</b>	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
<b>29. Metotrexato</b>	Cabeça e Pescoço	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
<b>30. Mitotano</b>	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável

<b>31. Nilotinibe</b>	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo imatinibe
<b>32. Pazopanibe</b>	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha
<b>33. Ruxolitinibe</b>	Mielofibrose	Pacientes com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial.
<b>34. Sorafenibe</b>	Hepatocarcinoma	Em casos irressecáveis
<b>35. Sunitinibe, Malato de</b>	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe
	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas
<b>36. Tamoxifeno, Citrato de</b>	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo
<b>37. Temozolamida</b>	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada
	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão
<b>38. Tioguanina</b>	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
<b>39. Topotecana, Cloridrato de</b>	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª linha
<b>40. Trametinibe</b>	Melanoma	Em combinação com dabrafenibe é indicado para o tratamento de pacientes com melanoma não ressecável ou metastático com mutação BRAF V600
<b>41. Tretinoína (ATRA)</b>	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão
<b>42. Vemurafenibe</b>	Melanoma	Metastático com mutação V600E do gene BRAF, primeira linha
<b>43. Vinorelbina</b>	Pulmão	Carcinoma de pulmão não pequenas células
	Mama	Carcinoma de mama

Fonte: ANS (2018)

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** GESTÃO DO PROCESSO DE COPRODUÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UM FRAMEWORK PARA REDUÇÃO DE FALHAS EM TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS COM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL

**Pesquisador:** Caroline Lima de Almeida Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70639217.4.3002.5304

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.366.903

#### Apresentação do Projeto:

**título:** GESTÃO DO PROCESSO DE COPRODUÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE:

UM FRAMEWORK PARA REDUÇÃO DE FALHAS EM TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS COM TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL (TAO)

#### Estudo qualitativo onde:

1) será aplicado um instrumento de coleta de dados-questionário semiestruturado com questões abertas (sobre as dimensões relacionadas à gestão do processo de coprodução, como alternativa para redução de falhas em hospitais, além de características relevantes sobre tratamentos com TAO); Apêndice A

→ este instrumento foi criado pelo doutorando

2) será realizada análise documental (relatórios e demais documentos apresentados durante as entrevistas); observação e análise documental por meio de visita pessoal. As informações serão registradas em arquivo digital e/ou gravadas. O local (sala) para a coleta será definido pelo hospital.

3) serão investigadas as dimensões relacionadas à gestão da coprodução em tratamentos com TAO, que possam vir a reduzir as falhas neste processo em hospitais;

Endereço:  
 Bairro: CEP:  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: Fax: E-mail:



Continuação do Parecer 2.380.903

- 4) serão analisadas as possíveis falhas decorrentes do processo de coprodução em tratamentos com TAO;
- 5) será realizada triangulação e análise de dados, por meio da comparação dos resultados e achados teóricos, dando mais suporte empírico para a teoria em questão. Como suporte para análise de dados será utilizada a ferramenta Atlas.ti.
- 6) será elaborado um framework preliminar a partir da análise dos dados coletados;
- 7) o framework proposto será validado, junto ao gestor do setor estudado no hospital investigado, e acadêmicos e pesquisadores que estudem a coprodução. Não estão previstas novas entrevistas para validação do framework.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral**

Propor um framework para apoiar a gestão do processo de coprodução em tratamentos com TAO (Terapia Antineoplásica Oral) em hospitais, com vistas a redução de falhas neste processo.

**Objetivos Específicos**

- a) Identificar as dimensões relevantes para a redução de falhas na gestão da coprodução em tratamentos com TAO em hospitais;
- b) Investigar as dimensões identificadas em relação a indicação e gestão de tratamentos com TAO em hospitais;
- c) Analisar as possíveis falhas decorrentes do processo de coprodução em tratamentos com TAO em hospitais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: possibilidade de que o entrevistado sinta algum tipo de desconforto ao responder ao questionário devido ao tempo necessário para a realização da entrevista, tendo a liberdade para optar por participar ou não da pesquisa em função disso.

O risco relacionado a confidencialidade da pesquisa fica minimizado, já que será assegurado o sigilo de informações com a não identificação dos entrevistados, não identificação do hospital, bem como o armazenamento das entrevistas em arquivo digital (Word em notebook Dell) ou em áudio (gravação de voz utilizando

Endereço:			
Bairro:		CEP:	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone:	Fax:	E-mail:	



Continuação do Parecer 2.306.903

gravador de aparelho celular modelo Samsung Galaxy J5) em pastas digitais protegidas com senha. Cabe salientar que entrevistas gravadas em áudio só ocorrerão mediante autorização do entrevistado (conforme consta no Item 3.2.4, nº 2), e serão posteriormente transcritas em arquivo digital (Word), sendo imediatamente deletadas (excluídas) após sua transcrição, em função do espaço disponível para armazenamento dos áudios no aparelho celular. Não está previsto o registro das entrevistas por escrito em papel, mas caso ocorra, estas serão armazenadas em envelopes lacrados.

Após a conclusão da pesquisa e defesa da tese, as entrevistas salvas em pastas digitais serão armazenadas pelo período de cinco anos, em função de possíveis revisões de dados que possam ser solicitadas em futuras publicações, sendo deletadas posteriormente. Se houver o registro das entrevistas por escrito, estas também serão armazenadas pelo período de cinco anos, sendo eliminadas (rasgadas) posteriormente. Caso exista interesse, as entrevistas salvas em pastas digitais, bem como as entrevistas registradas em papel (caso ocorram), poderão ser deletadas ou eliminadas na presença do (a) gestor administrativo / executivo do setor de oncologia.

**Benefícios:** a pesquisa deve colaborar de forma coletiva com a sociedade em geral no que tange a utilização de hospitais e demais serviços de saúde, em relação a redução de falhas na coprodução executada pelos pacientes, não só na especialidade de oncologia, mas nas demais especialidades e demais tipos de doenças, além do grupo de DCNT.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem a acrescentar.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem a acrescentar.

**Recomendações:**

Em todo o texto está descrito como se o Instrumento viesse a ser elaborado pelo doutorando. Contudo, o Anexo A da tese nos traz o Instrumento a ser utilizado. Sugiro adequar o texto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço:			
Bairro:		CEP:	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone:	Fax:	E-mail:	





Continuação do Parecer: 2.506.903

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	ParecerfavoravelCEPUnislins_2170486.pdf	23/10/2017 15:12:17	Caroline Uma de Almeida Costa	Aceito
Outros	MemorandoanuenciaHED.pdf	23/10/2017 15:11:47	Caroline Uma de Almeida Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEPHED_CarolineLimadeAlmeidaCosta.pdf	23/10/2017 15:11:08	Caroline Uma de Almeida Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_CarolineLimadeAlmeidaCosta_out2017.pdf	23/10/2017 15:10:43	Caroline Uma de Almeida Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Novembro de 2017

Assinado por:

(Coordenador)

Endereço:  
 Bairro: CEP:  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: Fax: E-mail: