

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ATUÁRIA  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM EMPREENDEDORISMO

Marianna Iorio Rates

Inovação e Acreditação nas Organizações de Saúde: relações e impactos

São Paulo

2023

Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Júnior  
Reitor da Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Dolores Montoya Dias  
Diretora da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária

Prof. Dr. João Maurício Gama Boaventura  
Chefe do Departamento de Administração

Profa. Dra. Graziella Maria Comini  
Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Empreendedorismo

MARIANNA IORIO RATES

Inovação e Acreditação nas Organizações de Saúde: relações e impactos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Empreendedorismo do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Alvaír Silveira Torres Junior

Versão Original

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica, desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação, da Universidade de São Paulo

Catálogo na Publicação (CIP)  
Ficha Catalográfica com dados inseridos pelo autor

Rates, Marianna Iório.

Inovação e Acreditação nas Organizações de Saúde: relações e impactos / Marianna Iório Rates. - São Paulo, 2023.

245 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, 2023.

Orientador: Alvaír Silveira Torres Junior.

1. Manual de Acreditação. 2. Inovação. 3. Melhoria contínua. 4. Organizações de saúde. 5. Processos. I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária. II. Título.

## FOLHA DE AVALIAÇÃO

Nome: MARIANNA IORIO RATES

Título: Inovação e Acreditação nas Organizações de Saúde: relações e impactos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Empreendedorismo do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

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

Banca Examinadora

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_



## AGRADECIMENTOS

A Deus e à toda espiritualidade que caminha comigo, por terem me permitido alcançar o sonho de vivenciar o Mestrado na Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo (FEA-USP).

Aos meus pais, Celia Aparecida Iorio e Luiz Antonio Rates, por sempre acreditarem em mim e por apoiarem todas as minhas escolhas pessoais, profissionais e acadêmicas. Vocês me fazem acreditar que eu posso conseguir tudo o que eu quiser. Eu os amo mais que tudo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alvaír Silveira Torres Junior, pelo trabalho em parceria durante estes anos do mestrado e pelos constantes aprendizados. Seu rigor acadêmico e paixão pela ciência permitiram que esta pesquisa fosse desenvolvida com muito orgulho e cuidado. Obrigada por esta jornada juntos e por ter me escolhido para ser sua orientanda.

Ao Prof. Dr. Marcelo Tavares da Silva e ao Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso, pelo incentivo, apoio e orientações, desde a época em que cursei o MBA (*Master Business Administration*) na Fundação Instituto de Administração (FIA), para me preparar para o Mestrado e realizar este sonho.

À Dasa e ao Instituto de Ensino e Pesquisa Dasa (IEPD), por terem acreditado no desenvolvimento deste estudo, abrindo as portas de suas diversas unidades para que fosse possível realizar a coleta de dados. A todos os profissionais da Dasa que participaram desta pesquisa, por terem contribuído com materiais, entrevistas e horas de expediente, acreditando neste resultado tanto quanto eu mesma. Obrigada por compartilharem comigo suas visões e experiências e por serem parte deste marco da minha trajetória. Aprendi demais com todos vocês.

À Marcia Bandeira Pezutto e a Jaakko Johannes Tammela Junior, meus líderes na empresa durante a execução desta pesquisa, por terem me apoiado nas etapas cruciais desta jornada, trocando ideias sobre os resultados e possibilitando que esta dupla jornada (profissional e acadêmica) fosse conciliada.

Aos demais profissionais da Dasa que, mesmo não estando diretamente relacionados com a coleta de dados, ajudaram-me em processos administrativos necessários para o desenvolvimento de cada uma das etapas.

Por último, mas não menos importante, a Gabriel Yuji Garoli, pelo amor, parceria e compreensão em todos os momentos, desde a qualificação até hoje, acreditando, compartilhando e vibrando com cada uma das minhas conquistas. Obrigada por caminharmos juntos.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com esta pesquisa, muito obrigada!





*Todas as vitórias ocultam uma abdicação.*

Simone de Beauvoir



## RESUMO

Rates, Marianna Iorio. (2023). *Inovação e Acreditação nas Organizações de Saúde: relações e impactos*. 245f. Dissertação (Mestrado Profissional em Empreendedorismo) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária, Universidade de São Paulo, São Paulo.

As organizações brasileiras de saúde vivenciam um ambiente de heterogeneidade e de alta competitividade que faz com que muitas delas se utilizem de programas de acreditação como forma de diferenciação no mercado. Estes programas possuem um caráter educativo, são voluntários e têm como principal objetivo a melhoria contínua dos processos e dos resultados relacionados aos serviços. Neste contexto de busca pela padronização de práticas e de processos por essas instituições, existe também o interesse pela inovação dos sistemas de saúde, visando agregar, por exemplo, mais qualidade e agilidade à assistência prestada. Assim sendo, o objetivo principal desta pesquisa foi investigar como os programas de acreditação, por meio de seus manuais e requisitos de avaliação, podem contribuir com práticas inovadoras nas organizações de saúde. Os objetivos secundários foram: estabelecer uma conexão conceitual entre a teoria consagrada sobre inovação e os manuais de acreditação do mercado; investigar em campo como a implantação/manutenção dos processos de acreditação de qualidade relaciona-se com a inovação nas unidades de saúde selecionadas, representativas do mercado hospitalar, de diagnóstico e de cuidados integrados e, a partir da análise dos tipos de inovação facilitados ou dificultados nas relações reveladas nos casos analisados, construir uma proposta de orientação às organizações de saúde, referente aos tipos de inovação que podem ser gerados a partir da acreditação. Para tanto, foi realizado um estudo de casos múltiplos em uma instituição de saúde que congrega atendimento hospitalar, diagnóstico (análises clínicas e diagnóstico por imagem) e cuidados integrados a pacientes crônicos. Nestas unidades, foi analisado o estímulo para práticas inovadoras, a partir da acreditação por elas implantada e do grau desse estímulo. O método foi desenhado em duas partes: 1) realização do alinhamento entre os conceitos presentes na literatura consagrada sobre inovação e os requisitos dos manuais de acreditação, visando à identificação de similaridades; e 2) coleta de dados em campo nos hospitais, nas marcas de diagnóstico, em cuidados integrados paliativos e nas áreas de gerenciamento da inovação, destacadas no mercado do segmento, por meio de um protocolo dirigido para investigar em profundidade o processo de acreditação e suas relações práticas com os casos de inovação. Os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo dos manuais de acreditação mostraram que eles possuem diferentes graus de estímulos à inovação, variando entre 1,9% e 32% de requisitos que empregam termos como “melhorias” e “aperfeiçoamento”, alinhados com os conceitos de inovação encontrados no referencial teórico. Entretanto, o estudo de casos múltiplos mostrou que, na prática, as unidades estudadas exploram pouco as possibilidades de conexão entre as disciplinas qualidade/acreditação e as temáticas da inovação, tanto em virtude de um conhecimento heterogêneo sobre os conceitos, nos diferentes níveis hierárquicos da organização, quanto em função do desconhecimento sobre como os manuais de acreditação podem ser fomentadores dessas discussões. Por fim, esta pesquisa trouxe a proposta de como essas conexões podem ser trabalhadas entre as áreas, a fim de que os programas de acreditação sejam também uma origem de práticas inovadoras nas organizações de saúde. Ademais, foi apresentada uma proposta de avaliação e de gestão da inovação, partindo da investigação das relações entre a adoção de programas de acreditação de qualidade nas organizações de saúde e as iniciativas destas quanto às práticas inovadoras.

**Palavras-chave:** Manual de Acreditação. Inovação. Melhoria contínua. Organizações de saúde. Processos.



## ABSTRACT

Rates, Marianna Iorio. (2023). *Innovation and Accreditation in Health Organizations: relationships and impacts*. 245p. Dissertation (Professional Master in Entrepreneurship) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Atuária, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Brazilian health organizations experience an environment of heterogeneity and high competitiveness that makes many of them use accreditation programs as a way of differentiating themselves in the market. These programs have an educational character, are voluntary and have as their main objective the continuous improvement of processes and results related to services. In this context of search for the standardization of practices and processes by these institutions, there is also an interest in the innovation of health systems, aiming to add, for example, more quality and agility to the assistance provided. Therefore, the main objective of this research was to investigate how accreditation programs, through their manuals and evaluation requirements, can contribute to innovative practices in health organizations. The secondary objectives were: to establish a conceptual connection between the consecrated theory on innovation and the market accreditation manuals; investigate in the field how the implementation/maintenance of quality accreditation processes is related to innovation in selected health units, representative of the hospital, diagnosis and integrated care market and, based on the analysis of the types of innovation facilitated or hindered in the relationships revealed in the analyzed cases, build a proposal for guidance to health organizations, referring to the types of innovation that can be generated from accreditation. Therefore, a multiple case study was carried out in a health institution that brings together hospital care, diagnosis (clinical analysis and imaging diagnosis) and integrated care for chronic patients. In these units, the stimulus for innovative practices was analyzed, based on the accreditation implemented by them and the degree of this stimulus. The method was designed in two parts: 1) performing the alignment between the concepts present in the established literature on innovation and the requirements of the accreditation manuals, aiming to identify similarities; and 2) field data collection in hospitals, diagnostic brands, integrated palliative care and innovation management areas, highlighted in the segment market, through a protocol aimed at investigating in depth the accreditation process and its practical relationships with innovation cases. The results obtained through the content analysis of the accreditation manuals showed that they have different degrees of incentives for innovation, varying between 1.9% and 32% of requirements that use terms such as “improvements” and “improvement”, in line with the innovation concepts found in the theoretical framework. However, the study of multiple cases showed that, in practice, the units studied do little to explore the connection possibilities between the disciplines quality/accreditation and the themes of innovation, both because of heterogeneous knowledge about the concepts, at the different hierarchical levels of the organization, and due to lack of knowledge about how accreditation manuals can foster these discussions. Finally, this research proposed how these connections can be worked between areas, so that accreditation programs are also a source of innovative practices in health organizations. Furthermore, a proposal for the evaluation and management of innovation was presented, based on the investigation of the relationships between the adoption of quality accreditation programs in health organizations and their initiatives regarding innovative practices.

**Keywords:** Accreditation manual. Innovation. Continuous improvement. Health organizations. Processes.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relação sugerida entre os manuais de acreditação e os novos projetos nas empresas .....	31
Figura 2: Proposta de matriz de análise das práticas inovadoras implantadas nas organizações de saúde .....	33
Figura 3: Modelo integrativo dos tipos de inovação .....	51
Figura 4: Sequencial de coleta de dados referentes às práticas inovadoras identificadas na organização .....	63
Figura 5: Análise de similitude do Manual de Acreditação ONA .....	70
Figura 6: Análise de similitude do Manual de Acreditação Padi .....	71
Figura 7: Análise de similitude do Manual de Acreditação PALC .....	72
Figura 8: Análise de similitude do Manual de Acreditação JCI .....	73
Figura 9: Análise de similitude do Manual de Acreditação Qmentum .....	74
Figura 10: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação ONA .....	75
Figura 11: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação Padi .....	76
Figura 12: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação PALC .....	77
Figura 13: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação JCI .....	78
Figura 14: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação Qmentum .....	79
Figura 15: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento A .....	213
Figura 16: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento B .....	219
Figura 17: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento C .....	223
Figura 18: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento D .....	226
Figura 19: Modelo IAI .....	228





## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Matriz de Amarração .....	57
Quadro 2: Etapas estabelecidas para a coleta de dados nas unidades selecionadas .....	88
Quadro 3: Planos e projetos realizados referentes ao Hospital 1 (Caso 1) .....	91
Quadro 4: Resumo das respostas dos entrevistados do Hospital 1 (Caso 1).....	104
Quadro 5: Síntese dos achados referentes ao Hospital 1 (Caso 1) .....	109
Quadro 6: Planos e projetos analisados referentes ao Hospital 2 (Caso 2).....	113
Quadro 7: Resumo das respostas dos entrevistados do Hospital 2 (Caso 2).....	122
Quadro 8: Síntese dos achados referentes ao Hospital 2 (Caso 2) .....	128
Quadro 9: Relação das iniciativas em produção na instituição, referentes às “Melhorias no atendimento domiciliar” .....	132
Quadro 10: Plano/projeto analisado referente aos Cuidados Integrados (Caso 3) .....	133
Quadro 11: Resumo das respostas dos entrevistados de Cuidados Integrados (Caso 3) .....	142
Quadro 12: Síntese dos achados referentes aos Cuidados Integrados (Caso 3) .....	148
Quadro 13: Planos e projetos analisados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).....	151
Quadro 14: Resumo das respostas dos entrevistados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).....	165
Quadro 15: Síntese dos achados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4) .....	170
Quadro 16: Planos e projetos analisados referentes à Marca e Diagnóstico 2 (Caso 5).....	173
Quadro 17: Resumo das respostas dos entrevistados envolvidos na análise da Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5).....	181
Quadro 18: Síntese dos achados referentes à Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5) .....	185
Quadro 19: Planos e projetos analisados referentes às Áreas de Gerenciamento da Inovação (Caso 6).....	187
Quadro 20: Resumo das respostas dos entrevistados envolvidos nas áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6) .....	195
Quadro 21: Síntese dos achados referentes às áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6) .....	201
Quadro 22: Resultados consolidados de todos os casos analisados .....	204



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Número de serviços acreditados por cada um dos programas .....	35
Tabela 2: Relação dos entrevistados .....	65
Tabela 3: Distribuição dos constructos/vocábulos, por manual de acreditação .....	68



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACC</b>	Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado
<b>ACS</b>	Anestesia e Cuidados Cirúrgicos
<b>AOP</b>	Avaliação de pacientes
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CARD</b>	Tarefa a ser executada em um sistema de projeto
<b>CC</b>	Centro Cirúrgico
<b>COP</b>	Cuidado com os pacientes
<b>DT</b>	Dor torácica
<b>E.O.</b>	Evidência Objetiva
<b>FIA</b>	Fundação Instituto de Administração
<b>FMS</b>	Gerenciamento das Instalações e Segurança
<b>GLD</b>	Governança, Liderança e Direção
<b>IA</b>	Inteligência Artificial
<b>IAC</b>	Interação Acreditação – Inovação
<b>IEPD</b>	Instituto de Ensino e Pesquisa Dasa
<b>IHI</b>	<i>Institute of Healthcare Improvement</i>
<b>JCI</b>	<i>Joint Commission International</i>
<b>KPI</b>	<i>Key Performance Indicator</i> (Indicador-Chave de Desempenho)
<b>MMU</b>	Gerenciamento e Uso de Medicamentos
<b>MOI</b>	Gerenciamento da Informação
<b>MPE</b>	Mestrado Profissional Em Empreendedorismo
<b>MVP</b>	<i>Minimum Viable Product</i> (Mínimo Produto Viável)
<b>NAM</b>	Núcleo de Assessoria Médica
<b>NPL</b>	<i>Non-Performing Loan</i>
<b>NPS</b>	<i>Net Promoter Score</i>
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
<b>ONA</b>	Organização Nacional de Acreditação
<b>OS</b>	Ordem de Serviço
<b>PAAF</b>	Punção Aspírica com Agulha Fina

<b>Padi</b>	Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem
<b>PALC</b>	Programa de Acreditação de Laboratório Clínicos
<b>PCC</b>	Cuidado Centrado no Paciente
<b>PCI</b>	Prevenção e Controle de Infecções
<b>P&amp;D</b>	Pesquisa e Desenvolvimento
<b>PMOC</b>	Plano de Manutenção, Operação e Controle
<b>POC</b>	<i>Proof of Concept</i> (Prova de Conceito)
<b>POD</b>	<i>Proof of Delivery</i> (Teste de Solução)
<b>POP</b>	Procedimento Operacional Padrão
<b>PS</b>	Pronto Socorro
<b>QPS</b>	Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
<b>REQ</b>	Requisito
<b>SADT</b>	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutica
<b>SQE</b>	Qualificação e educação dos profissionais
<b>SGQ</b>	Sistema de Gestão da Qualidade
<b>TI</b>	Tecnologia da Informação
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)
<b>WP</b>	<i>Workplace</i> (Rede Social Corporativa)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
1.1 PROBLEMA E PERGUNTAS DA PESQUISA .....	30
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA .....	33
1.3 JUSTIFICATIVA.....	34
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>37</b>
2.1 MELHORIA CONTÍNUA E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE .....	38
2.2 INOVAÇÃO: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	40
2.2.1 Tipologia da Inovação.....	44
<b>3. MÉTODO DE PESQUISA.....</b>	<b>55</b>
3.1 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DO CONTEÚDO DOS MANUAIS DE ACREDITAÇÃO .....	55
3.2 PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS .....	59
3.2.1 Entrevistados .....	64
3.2.2 Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa .....	65
<b>4. ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS MANUAIS DE ACREDITAÇÃO .....</b>	<b>67</b>
4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA TEXTUAL POR MANUAL E POR ORIGEM (NACIONAL E INTERNACIONAL) .....	67
4.2 ANÁLISE DE SIMILITUDE POR MANUAL DE ACREDITAÇÃO .....	69
4.3 ANÁLISE DE SIMILITUDE POR MANUAL DE ACREDITAÇÃO, COMPARANDO OS CAPÍTULOS ADMINISTRATIVOS COM OS ASSISTENCIAIS.....	74
<b>5. COLETA DE DADOS EM CAMPO .....</b>	<b>81</b>
5.1 COLETA DE DADOS EM HOSPITAIS .....	83
5.1.1 Hospital 1 – em processo de acreditação pela Qmentum .....	83
5.1.2 Hospital 2 – reacreditado pela JCI, em 2021 .....	84
5.1.3 Gestão da qualidade corporativa e Alta liderança de hospitais .....	84
5.2 COLETA DE DADOS NAS MARCAS DE DIAGNÓSTICO .....	84
5.2.1 Marca de diagnóstico 1: em processo de acreditação pelo PALC.....	85
5.2.2 Marca de diagnóstico 2: em processo de manutenção da acreditação pelo Padi .....	85
5.2.3 Gestão da qualidade corporativa e Alta liderança de diagnóstico .....	85
5.3 COLETA DE DADOS EM CUIDADOS INTEGRADOS: EM PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO ONA PARA O PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	86
5.3.1 Gestão da qualidade e Alta liderança de Cuidados Integrados .....	86
5.4 COLETA DE DADOS JUNTO ÀS ÁREAS DE INOVAÇÃO E DE PROJETOS ..	87

5.5	CUMPRIMENTO DO PROTOCOLO DE PESQUISA PARA COLETA DE DADOS.....	87
<b>6.</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS .....</b>	<b>89</b>
6.1	CASO 1: HOSPITAL 1 – IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO QMENTUM ..	89
6.1.1	Análise Documental – Caso 1 .....	89
6.1.2	Observação da auditoria – Caso 1 .....	93
6.1.3	Entrevistas: Nível Operacional, Tático e Estratégico – Caso 1.....	96
6.1.4	Resultado Consolidado das Análises: Caso 1.....	106
6.2	CASO 2: HOSPITAL 2 – REACREDITADO PELA <i>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL</i> (JCI).....	111
6.2.1	Análise documental – Caso 2 .....	111
6.2.2	Observação da Auditoria – Caso 2 .....	115
6.2.3	Entrevista: Nível Operacional, Tático e Estratégico – Caso 2 .....	115
6.2.4	Resultado consolidado das análises – Caso 2.....	126
6.3	CASO 3: CUIDADOS INTEGRADOS - PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	130
6.3.1	Análise Documental – Caso 3 .....	130
6.3.2	Observação da Auditoria – Caso 3 .....	134
6.3.3	Entrevistas: Nível Tático e Estratégico – Caso 3 .....	136
6.3.4	Resultado Consolidado das Análises – Caso 3.....	146
6.4	CASO 4: MARCA DE DIAGNÓSTICO 1 – IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO PALC .....	150
6.4.1	Análise Documental – Caso 4 .....	150
6.4.2	Observação da Auditoria– Caso 4 .....	155
6.4.3	Entrevistas: Nível Operacional, Tático e Estratégico – Caso 4.....	158
6.4.4	Resultado Consolidado das Análises – Caso 4.....	168
6.5	CASO 5: MARCA DE DIAGNÓSTICO 2 .....	172
6.5.1	Análise Documental – Caso 5 .....	172
6.5.2	Observação da Auditoria – Caso 5 .....	175
6.5.3	Entrevistas: Nível Operacional e Tático – Caso 5.....	175
6.5.4	Resultado Consolidado das Análises – Caso 5.....	183
6.6	CASO 6: ÁREAS DE GERENCIAMENTO DA INOVAÇÃO NO ECOSISTEMA .....	186
6.6.1	Análise Documental – Caso 6 .....	186
6.6.2	Observação da Auditoria – Caso 6 .....	189
6.6.3	Entrevistas: Nível Tático e Estratégico – Caso 6 .....	189
6.6.4	Resultado Consolidado das Análises – Caso 6.....	199
<b>7.</b>	<b>DISCUSSÃO INTEGRADA DOS RESULTADOS .....</b>	<b>203</b>



7.1	AGRUPAMENTO A: DISSEMINAR OS CONHECIMENTOS SOBRE INOVAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES EQUIPES DO ECOSISTEMA DE SAÚDE, AMPLIANDO AS OPORTUNIDADES DE APLICAÇÃO EM PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO .....	208
7.1.1	Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento A.....	211
7.2	AGRUPAMENTO B: AMPLIAR A UTILIZAÇÃO DO CONTEÚDO DOS MANUAIS PARA AUMENTAR IMPACTOS ORGANIZACIONAIS E O ESTÍMULO À INOVAÇÃO .....	214
7.2.1	Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento B.....	217
7.3	AGRUPAMENTO C: TORNAR OS AUDITORES EXTERNOS E AS ACREDITADORAS ALIADOS NA GERAÇÃO DE OPORTUNIDADES PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE INOVAREM .....	220
7.3.1	Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento C.....	221
7.4	AGRUPAMENTO D: DESENVOLVER A INTEGRAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA QUALIDADE E AGESTÃO DA INOVAÇÃO .....	224
7.4.1	Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento D.....	225
7.5	EVIDÊNCIAS NÃO AGRUPADAS .....	227
7.6	GERAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERAÇÃO ENTRE ACREDITAÇÃO E INOVAÇÃO (IAC) .....	227
<b>8.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>229</b>
<b>9.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>233</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>235</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>241</b>
	APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES/PROFISSIONAIS DE QUALIDADE E PROCESSOS .....	241
	APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES/PROFISSIONAIS DAS ÁREAS QUE IDEALIZARAM E IMPLANTARAM PROJETOS DE INOVAÇÃO .....	243
	APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS REPRESENTANTES DA ALTA LIDERANÇA DO ECOSISTEMA / AUDITORES DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO (QUANDO APLICÁVEL).....	244
	APÊNDICE D: MODELO DE CARTA DE ANUÊNCIA AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	245



## 1. INTRODUÇÃO

A heterogeneidade entre as instituições de saúde brasileiras, que se posicionam em um mesmo mercado e estão sujeitas às mesmas cobranças e expectativas, faz com que muitas delas utilizem sistemas de acreditação como forma de diferenciação (Oliveira et al., 2017).

Manzo, Brito e Corrêa (2011) afirmam que, em uma economia globalizada, são inaceitáveis custos decorrentes da falta de qualidade no atendimento prestado. Com isso, ao longo dos anos, foram se desenvolvendo, para o segmento de saúde, conjuntos de atributos que visam à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, à minimização de danos aos pacientes e à satisfação dos usuários, que podem ser entendidos como um processo de obtenção e de manutenção da qualidade do atendimento.

Nesta linha, os processos de acreditação configuram-se como o estabelecimento de um conjunto de atributos e de um sistema de avaliação contínuo que balizam a prática assistencial e operacional em relação ao que é preconizado por cada modelo. Alves (2019) explica que o processo de acreditação está relacionado com o termo “acreditar” e que este atribui a confiança creditada por clientes internos e externos a uma instituição. Esta dinâmica ocorre por meio de avaliações externas em que uma entidade acreditadora, com base em seus requisitos e em critérios de avaliação, determina se a organização avaliada cumpriu com as exigências estabelecidas.

Estes programas de acreditação, segundo Alves (2019), possuem em sua essência um caráter educativo; são voluntários e sem finalidade de fiscalização ou de controle regulatório. Seu principal objetivo é a melhoria contínua dos processos e dos resultados dos serviços. A autora destaca que a condução e a manutenção de um processo de acreditação envolvem, predominantemente, as atividades dos profissionais, ou seja, são dependentes da ação humana, bem como são prejudicadas quando há falhas ou ausência de comunicação, de flexibilidade, de recursos e mesmo de apoio da alta liderança.

Os resultados esperados com a conquista de uma acreditação envolvem maior segurança na assistência ao usuário e na atividade profissional, padronização de técnicas, respaldo do cuidado e melhorias no trabalho, o que tende a possibilitar um atendimento final de excelência (Oliveira et al., 2017). Além disso, os processos de acreditação relacionam-se diretamente com o modelo de gestão das instituições, pois estabelecem a obrigatoriedade de gestão do desempenho e dos resultados por meio de indicadores, monitoramento e análise de falhas, planos de melhorias e gerenciamento 360° dos processos institucionais.

Entretanto, alguns autores destacam que ainda são poucos os estudos publicados demonstrando os resultados efetivos da implantação de um programa de acreditação e existe pouca profundidade nos dados apresentados, tanto por parte das organizações acreditadas quanto das acreditadoras (Greenfield & Braithwaite, 2009).

Shaw (2015) reflete a respeito desses estudos publicados e argumenta que comprovar a eficácia das acreditações como melhoria dos processos organizacionais está mais relacionado com a mudança de comportamentos e com as práticas internas nas instituições do que em relação à necessidade de envolver tecnologia e expressivos investimentos. O autor complementa que as acreditações podem evoluir para estimular cada vez mais as organizações a avaliarem seus processos e a qualidade, com base em *performance* e não em falhas, assim como, para compartilharem as informações com outras instituições, buscando promover transparência, melhoria e aprendizados contínuos (Shaw, 2015).

Seguindo este entendimento, Smits et al. (2007) explicam que, para melhorar efetivamente a *performance* das organizações, é necessário que as dimensões de avaliação sejam analisadas de forma integrada, garantindo que os resultados obtidos sejam interpretados de forma sistêmica e não isolada. Em complemento, um relatório publicado pelo *Institute of Healthcare Improvement*, em 2021, concluiu que as organizações de saúde ainda são mais reativas em relação às falhas dos processos do que antecipadas em um planejamento sistêmico de implantação de melhorias que tornem sistemas e processos mais confiáveis (Sampath et al., 2021).

Schiesari (2014) destaca que é comum a aplicação pura e simples dos padrões externos, desconsiderando as especificidades da realidade local e a cultura organizacional, em alguns casos. Com isso, segundo a autora, são poucas as instituições que possuem medidas que confirmam o incremento na segurança do paciente e na qualidade do serviço prestado, após a implantação desses programas.

Lucas et al. (2005) concebem que a melhoria contínua representa um canal para mudanças nas organizações, pois se caracteriza como uma resposta relacionada com as mudanças nos ambientes e com o aprimoramento da efetividade das organizações, estando em linha com os conceitos aplicados à inovação.

Iacuzzi, Fedele e Garlatti (2021), em seu estudo sobre o quanto as acreditações podem apoiar a alavancagem da inovação em centros oncológicos, destacam que quanto mais rígidos e específicos forem os padrões dos manuais de acreditação, maiores serão as chances de as instituições imitarem outros modelos existentes para poderem cumprir com os requisitos. Em contrapartida, quando padrões provocarem mudanças evolutivas ou forem mais universais,

maiores serão as chances de negociação e de os serviços de saúde pensarem em alternativas mais abrangentes para se alinharem ao que é requisitado (Iacuzzi, Fedele, & Garlatti, 2021). Os autores concluíram que as respostas das organizações aos processos de acreditação podem variar entre “consentimento” e “compromisso” (Iacuzzi, Fedele, & Garlatti, 2021).

Considerando o constante desenvolvimento das instituições de saúde na busca por diferenciação por meio da inovação, em paralelo com a adoção de práticas cada vez mais eficientes e corroborando a expectativa advinda da absorção de processos de acreditação em qualidade, questiona-se em qual grau estes desafios se complementam ou se distanciam.

Em seus estudos, Iacuzzi, Fedele e Garlatti (2021) encontraram resultados que demonstram que programas de acreditação podem acelerar processos de inovação de todos os tipos nas organizações de saúde, envolvendo desde formatos incrementais para resolver problemas pontuais, quanto evolução nas formas de inovar que permitem que os serviços atinjam um novo patamar. No entanto, os autores observam que diferentes estratégias para responder aos requisitos e, conseqüentemente, gerar inovação, também demandarão outras formas de gerenciar os diferentes tipos de inovação.

A complexidade do processo de inovação deriva das mutações que são imprescindíveis para que uma nova proposição seja aceita e disseminada (Plonski, 2017). Porém, as partes envolvidas nem mesmo compreendem completamente o que essas mudanças significam (Neely & Hii, 1998).

Costa (2016) ressalta que a capacidade de inovar está diretamente relacionada com a posição inicial ocupada por uma empresa, ou seja, com sua experiência prévia e com seus conhecimentos relacionados à inovação.

No recurso de adaptação às competições e às pressões do mercado, as organizações têm procurado desenvolver diferentes formas de trabalhar inovação como meio para atingir e manter competências distintas que permitam, continuamente, uma boa *performance* (Baba, 2012).

Neely e Hii (1998) esclarecem que as barreiras para inovar podem ser internas e externas à empresa. Barreiras externas, de acordo com os autores, incluem: falta de infraestrutura; deficiência na educação continuada dos colaboradores e nos sistemas de treinamento com esta visão de mudanças; legislação inapropriada, que não apoia as regulações destas práticas de inovação; e uso indevido dos talentos e das capacidades das pessoas como forma de estimular novas ideias na sociedade. As barreiras internas, por sua vez, incluem: sistema organizacional rígido; estruturas hierárquicas e de comunicação formais; conservadorismo; conformismo; falta

de visão; resistência a mudanças; e falta de motivação e de atitudes que evitem riscos (Neely & Hii, 1998).

Em relação aos fatores de promoção da inovação, são relevantes: disponibilidade de força de trabalho habilidosa; conhecimento compartilhado como premissa organizacional; baixos níveis de estresse entre os colaboradores; forte presença de infraestrutura tecnológica; forte apoio público para inovação; desenvolvimento constante de relações comerciais, tanto por parte das empresas com relação aos seus clientes, como delas com relação aos seus fornecedores; e participação das organizações em redes externas que ampliam as visões sobre o mercado (Costa, 2016; Neely & Hii, 1998).

### 1.1 PROBLEMA E PERGUNTAS DA PESQUISA

No Brasil, é comum encontrar serviços acreditados ou em processo de obtenção de acreditação por um dos cinco principais programas, a saber: o da Organização Nacional de Saúde (ONA); o Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi); o Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC); o *Joint Commission International* (JCI) e o Qmentum. Esses dois últimos são programas internacionais, aplicado não apenas no Brasil.

Considerando a eventual relação entre os aspectos das acreditações e as possibilidades de inovação pelas empresas de saúde brasileiras, a presente dissertação buscou responder à pergunta principal: **“Qual a influência dos programas de acreditação no desenvolvimento de práticas inovadoras pelas organizações de saúde?”** (Pergunta principal).

A organização interna para preparar uma instituição para aderir a um processo de acreditação exige um planejamento estruturado, que pode contar também com empresas/profissionais parceiros para realizar avaliações preliminares que venham a indicar as oportunidades de correções buscando cumprir com os padrões determinados. Independentemente da forma como as instituições optam por se preparar, os processos em sua essência devem ser avaliados de forma integrada, visando à avaliação mais abrangente e não somente vinculada ao desempenho isolado de setores, equipes ou atividades.

Em um estudo sobre o efeito da gestão de processos em diferentes tipos de inovação, Kim (2017) considerou que, dada a necessidade de consistência e de redução de incertezas que essas práticas promovem para atingir a maior eficiência, existe chance de impactar a capacidade criativa das empresas. Por outro lado, segundo o autor, inovações incrementais são menos impactadas pela gestão de processos, além de serem um dos recursos mais utilizados pelas

organizações para melhoria contínua de operações, buscando alcançar maior competitividade em menor tempo (Kim, 2017).

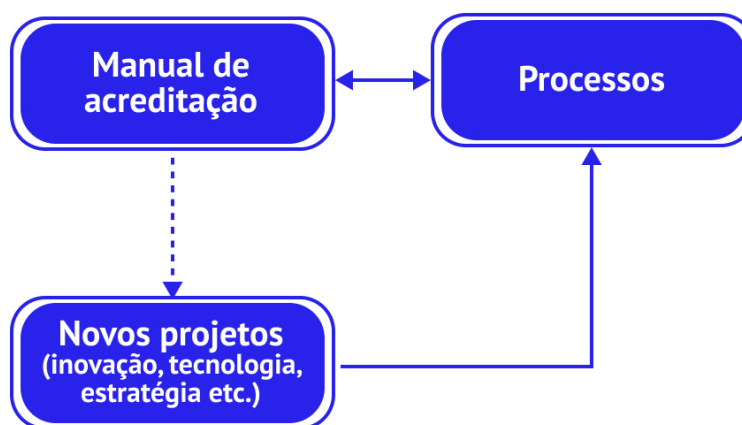
Jorge, Carvalho e Medeiros (2013), em um estudo realizado com instituições acreditadas, identificaram a associação direta entre inovação, com foco em normatizações, e a qualidade dos serviços prestados, considerando que o desejo de prestar um serviço melhor pode ser uma das causas para a inovação organizacional. Neste sentido, esta pesquisa também buscou entender: **“Em qual grau, os manuais de acreditação apresentam requisitos que se relacionam de forma objetiva com inovação?”** (P1).

Entendeu-se que cabe investigar “se” e o “quanto” os programas de acreditação podem potencializar a geração de práticas inovadoras pelas empresas de saúde, a partir das exigências trazidas para os processos assistenciais, administrativos, operacionais e gerenciais. Estes conteúdos são desenvolvidos com o intuito de requerer as melhores práticas em saúde, estimulando as organizações a exercitarem uma visão mais ampla sobre o mercado e a se posicionarem em um grupo diferenciado de serviços que trabalham com processos continuamente revisitados, produzindo melhores resultados. Conceitualmente, devem estar compatíveis com as premissas adotadas sobre os processos de inovação.

Por outro lado, também é possível indagar “como” estas exigências trazidas pelos manuais podem regular a proposição de outros projetos nessas empresas de saúde (provenientes da área de inovação, tecnologia, projetos estratégicos etc.), de forma que mudanças propostas por áreas menos envolvidas na gestão dessas acreditações não resultem em eventual descumprimento dos requisitos anteriormente atendidos, por exemplo.

A Figura 1 apresenta a relação sugerida entre os manuais de acreditação e os novos projetos nas empresas.

Figura 1: Relação sugerida entre os manuais de acreditação e os novos projetos nas empresas



Fonte: Elaborada pela autora.

Neste momento, surge também a pergunta: **“De que forma as práticas inovadoras nas organizações de saúde têm sido impactadas a partir dos programas de acreditação?”** (P2). Esta pergunta visa confirmar como esta relação se traduz na prática da organização estudada nesta pesquisa.

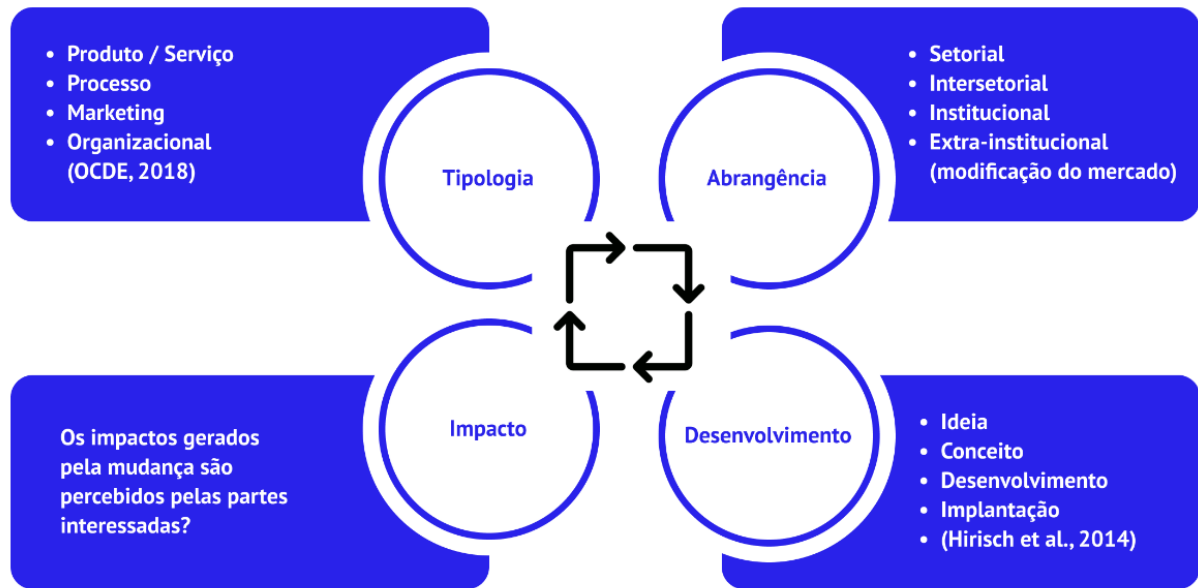
Considerando que os requisitos dos manuais de acreditação podem trazer exigências relacionadas a um setor específico da instituição, como a uma unidade de terapia intensiva, por exemplo, ou ainda podem se referir a processos mais sistêmicos, como o planejamento estratégico, coube a esta pesquisa investigar como essas práticas executadas pelas organizações estudadas são desenvolvidas, a partir do estímulo dos manuais de acreditação, em relação à sua abrangência, buscando avaliar se os efeitos são, predominantemente, setoriais (inovação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo); inter setoriais (inovação relacionada com a comunicação na transição de cuidado do paciente entre o centro cirúrgico e a UTI) ou ainda sistêmicos (inovação relacionada com a redução do período de internação do paciente naquela instituição).

Por fim, como detalhamento dos achados, esta investigação visou entender por que estágios tais iniciativas transitam até serem efetivamente implantadas e como são avaliados os impactos pós implantação. Questionou-se se os projetos relacionados ao cumprimento dos requisitos de acreditação são idealizados, prototipados e implantados, ou alguma etapa é anulada no processo de implantação para cumprir com o calendário da auditoria externa? Será que os projetos propostos para atender aos requisitos de acreditação são testados, implantados e medidos? Ou será que há situações em que estes são apresentados nas auditorias de acreditação enquanto estão em fase de “teste”, sendo considerados válidos para aquela avaliação, mas descontinuados em seguida? E ainda, será que as mudanças provocadas por estes projetos corresponderam ao resultado esperado? Atenderam ao programa de acreditação? Permitiram que a instituição se diferenciasse perante seus competidores ou serviram apenas para cumprir, imediatamente, com um requisito do manual?

A Figura 2 apresenta a proposta de matriz de análise das práticas inovadoras implantadas nas organizações de saúde, demonstrando como essas iniciativas foram analisadas a partir da coleta das informações, possibilitando a construção de um painel que permita avaliar completamente as práticas inovadoras identificadas nas unidades estudadas.



Figura 2: Proposta de matriz de análise das práticas inovadoras implantadas nas organizações de saúde



Fonte: Elaborada pela autora.

Portanto, em meio a estes questionamentos, esta pesquisa também objetivou compreender “**Qual grau de inovação os processos decorrentes dos programas de acreditação trazem para as organizações?**” (P3). Buscou-se entender o tipo de cada inovação gerada, a abrangência da mudança proposta e o estágio de implantação predominante dessas iniciativas e seus respectivos impactos.

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Após apresento o panorama e definidas as perguntas de pesquisa, o objetivo principal desta pesquisa foi investigar como os programas de acreditação, por meio de seus manuais e requisitos de avaliação, podem contribuir com práticas inovadoras nas organizações de saúde. Este objetivo principal, pretendeu responder à pergunta principal (**Qual a influência dos programas de acreditação no desenvolvimento de práticas inovadoras pelas organizações de saúde?**).

Os objetivos secundários foram:

O1: Estabelecer uma conexão conceitual entre a teoria consagrada sobre inovação e os manuais de acreditação do mercado, buscando os elementos congruentes e os divergentes entre acreditação e tipos de inovação. Este objetivo (O1) pretendeu responder à P1;

O2: Investigar em campo como a implantação/manutenção dos processos de acreditação de qualidade relaciona-se com a inovação nas unidades de saúde selecionadas e representativas do mercado hospitalar, de diagnóstico e de cuidados integrados. Este objetivo (O2) pretendeu responder à P2;

O3: A partir da análise dos tipos de inovação facilitados ou dificultados nas relações reveladas no estudo de casos, buscou-se construir uma proposta de orientação às organizações de saúde referente aos tipos de inovação que podem ser gerados a partir da acreditação. Este objetivo (O3) pode ser atendido a partir da resposta da P3.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa se justifica pelo fato de que pode ser importante para os serviços de saúde, que buscam ser acreditados pelos programas de acreditação, entender como podem ser conciliadas as exigências de qualidade e de padronização destes manuais com as práticas consideradas inovadoras para o desenvolvimento de processos, serviços e organizacionais como um todo. É uma forma de entender como estas duas disciplinas (acreditação e inovação) podem ser conectadas em prol de resultados sustentáveis para as organizações de saúde.

Os números referentes à quantidade de serviços acreditados no Brasil por algumas das metodologias disponíveis ainda não são claros. Berssaneti et al. (2016) estimam em torno de 5% dos hospitais e menos de 0,5% dos demais serviços na área de saúde. Os autores esclarecem que estes números estão crescendo e que os processos de acreditação permitem a adoção, pela área de saúde, de práticas de gestão já consolidados em outros setores da economia.

O desenvolvimento do processo de implantação de uma acreditação implica em investimentos em infraestrutura, em tecnologia da informação e em tecnologias inovadoras (Berssaneti et al., 2016). Por isso, observa-se que os programas de acreditação ainda são mais presentes na realidade dos serviços de saúde privados.

A Tabela 1 apresenta os números publicados nos sítios eletrônicos das empresas acreditadoras responsáveis pelos programas, no momento de elaboração desta pesquisa.

Tabela 1: Número de serviços acreditados por cada um dos programas

<b>Acreditação</b>	<b>Perfil de serviços avaliados</b>	<b>Número de serviços públicos acreditados</b>	<b>Número de serviços privados acreditados</b>	<b>Número total de serviços acreditados</b>	<b>Fonte da informação</b>
ONA	Hospitais, ambulatórios, serviços domiciliares etc.	82	825	907	<a href="https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes">https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes</a>
Padi	Serviços de diagnóstico por imagem	0	166	166	Serviços acreditados – Padi – Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem
PALC	Serviços de laboratório e análises clínicas	Não está especificado, mas, pela listagem, estima-se que seja em torno de 10.	183	193	<a href="http://www.sbpc.org.br/programa-da-qualidade/laboratorios-acreditados/">http://www.sbpc.org.br/programa-da-qualidade/laboratorios-acreditados/</a>
JCI	Hospitais, ambulatórios, serviços domiciliares etc.	Não está especificado, mas, pela listagem, estima-se que seja em torno de 04.	64	68	<a href="https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/">https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/</a>
Qmentum	Hospitais, ambulatórios, serviços domiciliares etc.	19	203	222	<a href="https://qga.global/instituicoes-acreditadas/">https://qga.global/instituicoes-acreditadas/</a>

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos sítios eletrônicos de cada uma das entidades acreditadoras.

Entende-se que tanto os investimentos necessários para implantar e sustentar um processo de acreditação, quanto o desenvolvimento de processos para ganhar diferenciação no mercado são aspectos mais favoráveis na saúde privada. De todo modo, Bonato (2011) destaca que o número de processos de “acreditação hospitalar”, no Brasil, vem aumentando continuamente, sobretudo em virtude dos reconhecidos impactos positivos tanto para as organizações de saúde quanto para os seus clientes, conforme mencionado.

Os serviços de saúde que optam por adotar um programa de acreditação devem estabelecer um planejamento de implantação que garanta de forma institucional que os requisitos determinados pelo método escolhido serão atendidos mediante processos e resultados desenvolvidos pela organização. Isso porque é a partir do cumprimento destes que, de acordo com a regra de cada programa de acreditação, uma instituição poderá, ou não, ser “acreditada”.

Destaca-se que, durante o processo para obter ou manter um selo de acreditação, os serviços podem adotar um caminho para cumprir literalmente com um requisito, sem explorar as potencialidades que este pode originar (Schiesari, 2014), ou então, pode utilizá-lo como fonte para novas ideias e desenvolvimento de projetos internos na organização, ampliando as possibilidades de implantar melhorias e mudanças para elevar seu patamar competitivo.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para construir o referencial teórico, foi realizada a revisão da literatura com foco nos autores consagrados quanto à temática “melhoria contínua”, “processos”, “acreditação em saúde” e “inovação”, frequentemente citados entre seus pares. O objetivo foi entender as pluralidades e as variações dos atributos de inovação que podem estar presentes nos manuais de acreditação de qualidade. Os bancos de dados mais utilizados para realizar as buscas foram *Web Of Science*, *Scopus* e *Scielo*.

O levantamento de dados bibliográficos foi iniciado no Portal Periódicos Capes, que concentra revistas e materiais acadêmicos de diversos bancos de dados eletrônicos. Neste levantamento, além das palavras-chave relacionadas à temática desta pesquisa, a saber: “inovação”; “tipos de inovação”; “acreditação em saúde”; “manuais de acreditação” e “melhoria contínua”, foram estabelecidos filtros relacionados à busca específica por artigos revisados por pares, que tenham sido publicados em um período mais recentes (de 1998 a 2023) e em revistas relacionadas à ciência, à administração, à tecnologia, aos serviços e cuidados de saúde e à gestão. O recorte temporal estabelecido para a coleta dos materiais utilizados nesta pesquisa compreendeu o período de 1998 a 2023.

A busca por estas palavras-chaves foi realizada tanto em língua portuguesa quanto inglesa e foram combinadas durante as buscas para melhor direcionamento dos resultados.

A busca pela palavra-chave “inovação”, após estabelecidos os filtros supramencionados, levou a 718.926 resultados. Ao ser inserida a expressão “tipos de inovação”, o resultado passou para 387.596. A busca pela palavra-chave “acreditação em saúde”, levou a 1.988 resultados e, com a combinação “acreditação” + “melhoria contínua”, os resultados chegaram a 549. Por fim, ao combinar “inovação” + “manuais” + “acreditação”, o resultado passou para 207 artigos (incluindo as duplicidades).

Em relação à “melhoria contínua”, além das buscas por artigos científicos, também foram considerados materiais de autores referências no assunto, principalmente, no segmento de saúde.

Em todas as buscas, quando localizados artigos correspondentes a essa(s) temática(s), avaliava-se o título e o resumo. O objetivo era entender se o conteúdo estava alinhado com as premissas propostas para a construção do referencial teórico e qual a quantidade de citações que os mesmos possuíam. Os mais citados e que tivessem aderência com a proposta desta pesquisa eram selecionados para a leitura.

Durante as leituras, eram identificados os autores recorrentemente citados e as referências. A partir de então, as buscas passavam a ser também direcionadas por este critério.

Como recurso paralelo para a construção do referencial teórico, foram consultadas as referências utilizadas nas aulas sobre inovação, ministradas no Mestrado Profissional em Empreendedorismo (MPE) da FEA/USP. Os autores referência nesta temática foram validados junto a alguns professores.

## 2.1 MELHORIA CONTÍNUA E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

Na “busca pelo que há de melhor” na assistência à saúde para os pacientes e demais envolvidos (Malik, 2017; Portela, 2000), as organizações de saúde representam uma evolução do *status* atual, trazendo melhoria contínua aos processos e aos resultados (Silva et al., 2015).

Em relação à busca e à gestão pela melhoria contínua na saúde no Brasil, o caminho foi semelhante ao que se observa em outros países, tendo se iniciado na indústria e depois expandindo-se para a área de serviços, chegando aos serviços de assistência à saúde (Silva et al., 2015). Pensadores consagrados como Deming, Juran e Ishikawa formularam e implantaram métodos tanto para avaliar quanto para melhorar continuamente os resultados das organizações, por meio de conceitos e de ferramentas de qualidade (D’Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006). Isso permitiu que o gerenciamento evoluísse da simples inspeção dos bens produzidos para a busca contínua por resultados de excelência e satisfação dos clientes, buscando atender às suas necessidades e expectativas (Oliveira et al., 2017).

Donabedian (2003) afirma que a garantia de resultados cada vez melhores só é possível se houver monitoramento do serviço prestado, em todos os níveis da organização, considerando sete pilares: (1) eficácia; (2) efetividade; (3) eficiência; (4) otimização, (5) aceitabilidade; (6) legitimidade; e (7) equidade que só são obtidos quando a ciência e a tecnologia são aplicadas em conjunto, na prática (Donabedian, 2003).

Portela (2000) afirma que a avaliação em saúde produz informações baseadas em padrões quanto aos efeitos e aos custos relacionados ao uso de tecnologias e de programas de saúde, podendo subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas relacionadas ao setor. Certamente, quanto mais genéricos ou amplos forem os padrões de uma avaliação, mais dependente da interpretação de quem realiza a avaliação será o resultado (Donabedian, 2005).

A tríade de avaliação em saúde proposta por Donabedian (2005) considera os aspectos básicos de estrutura, processo e resultado, entendendo que para desenvolver processos seguros que remetam a resultados confiáveis, os serviços de saúde devem dispor de uma estrutura

mínima e estável referente a recursos humanos, físicos, materiais e financeiros (Donabedian, 2005; Portela, 2000).

Em virtude das atividades com potencial de danos inerentes aos processos de saúde, os profissionais e as organizações são obrigados a buscar modelos de garantia e melhoria dos processos e dos resultados (Silva et al., 2015). Segundo Malik (2005), cada vez mais, os processos de avaliação são trazidos para discussão, pois se começa a entender que só é possível considerar que um serviço tem qualidade caso ele comprove que tenha atingido determinados níveis e critérios definidos, por exemplo.

Os programas de acreditação são adotados como apoio ao sistema de gestão baseado em princípios e na aplicação de métodos e técnicas sistematizados (Oliveira et al., 2017). Entretanto, a complexidade das organizações de saúde, atreladas a um ritmo de trabalho acelerado, escassez de recursos e dependentes de uma tecnologia que avança rapidamente, pode dificultar a implantação dos métodos disponíveis de avaliação do serviço prestado (Oliveira et al., 2017).

Vivone e Torres Junior (2016) comentam que um dos aspectos encontrados na literatura que interfere no desenvolvimento da melhoria contínua nas instituições é a abordagem da implantação de determinada ação no que tange à integração – ou à falta dela – entre ferramentas e técnicas com os processos existentes na organização, assim como a escolha de quem coordenará essas iniciativas.

Figueiredo e D’Innocenzo (2011), visando entender a dificuldade dos gestores de saúde de trabalharem com metodologias e ferramentas de gestão por processos, abordaram o cenário de complexidade crescente pelo qual as instituições hospitalares vêm passando, obrigando-as a buscarem cada vez mais inovações de produtos e de serviços para se manterem em um mercado competitivo.

Schierasi (2014) complementa que, apesar dos benefícios notórios trazidos pela adoção dos programas de acreditação em saúde, é possível notar que o efeito da aplicação destes critérios tem provocado um declínio na criatividade dos profissionais e das organizações que, até então, preocupavam-se com o cumprimento de padrões. Por isso, a autora questiona: “Por que não adotar inicialmente estratégias para melhorar a qualidade de forma participativa, de baixo para cima, para depois fazer emergir entre os profissionais de saúde a necessidade de adoção de padrões externos?” (Schiesari, 2014, p. 4232).

Hamel (2006) afirma que, para inovar em gestão, faltam metodologias práticas que venham de novas abordagens. Ao analisar o contexto de saúde brasileiro, Pedroso e Malik

(2012) apresentaram a existência de quatro fluxos de informação que permeiam toda a cadeia de valor em saúde, associados às dimensões competitivas do setor. Tratando especificamente do fluxo de Tecnologia em Saúde, os autores entenderam que a gestão do conhecimento em saúde é um dos maiores agregadores de valor ao sistema, assim como é um dos elementos que mais consomem recursos. Nesta conta, também estão inseridos os custos com inovação, em que a velocidade de implantação e a adição de novas tecnologias em detrimento da substituição também elevam esta fatura (Pedroso & Malik, 2012).

Portela (2000) entende que uma avaliação de processo se baseia na premissa de que os resultados desejados são crescentes quando são aplicadas as tecnologias em saúde, em constante aprimoramento, em alinhamento com o conhecimento existente. Pode ser desde novos equipamentos até novos sistemas organizacionais que dão suporte à provisão de cuidados. Portanto, para adquirir um diferencial a partir de uma dinâmica organizacional composta por uma série de relações, as organizações são obrigadas a inovar, oferecendo novos serviços, ou mesmo desenvolvendo novos processos como recurso para agregar valor e reduzir custos (Nodari et al., 2013).

Guindalini e Oliveira (2017), em um estudo sobre qualidade e inovação no setor farmacêutico, afirmaram ser cada vez mais necessário que as políticas públicas estejam alinhadas a uma estratégia nacional, com premissas bem estruturadas para alocar recursos que diminuam a lacuna existente entre o que é descoberto no ambiente acadêmico ou nos centros de pesquisa e o que é disponibilizado como inovação para a sociedade. Os autores destacaram o conceito de “Qualidade por concepção”, que se refere a agregar valor às políticas de qualidade existentes nas organizações de saúde, para incrementar os sistemas de inovação e de produção, trazendo eficiência e maior alcance aos resultados (Guindalini & Oliveira, 2017).

Considerando-se que produzir “melhoria contínua” envolve processos, e que “inovação” envolve, principalmente, resultados, foram discutidos os conceitos que podem elucidar a possível combinação dessas temáticas.

## 2.2 INOVAÇÃO: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Inovação pode ser entendida como um fenômeno multidimensional, complexo e específico do contexto, e envolve a exploração de novas ideias (Neely & Hii, 1998). Caracteriza-se como um campo pluridisciplinar fértil para aplicar conhecimentos e práticas de diferentes áreas (Plonski, 2017).



Para Schumpeter (1982<sup>1</sup> apud Paiva et al., 2017), o termo “inovação” não se reduz a algo que é novo ou a alguma novidade vendável, mas sim, ao principal mecanismo pelo qual o capitalismo se desenvolve. Para o autor, agir para aproveitar uma oportunidade de negócio, criando coisa nova, induz à alteração da natureza da demanda o que impulsiona as flutuações na produção. Essa reestruturação na demanda agregada deve-se, sobretudo, à destruição criativa realizada pelo empreendedor, ou seja, com a “inovação” destroem-se antigos hábitos de consumo e de investimentos e criam-se novos (Paiva et al., 2017).

Quando uma empresa é entendida como um conjunto de recursos, habilidades e competências, o resultado da inovação é transformar suas capacidades internas, tornando-a mais adaptativa e ampliando sua capacidade de aprendizagem. Assim, aumenta-se sua flexibilidade e seu potencial de competição (Neely & Hii, 1998). Rowley, Baregheh e Sambrook (2011) entendem que as organizações têm na inovação uma resposta às mudanças das demandas dos clientes e seus respectivos estilos de vida, obtendo também um meio para capitalizar as oportunidades oferecidas pela tecnologia e pelas mudanças na estrutura e nas dinâmicas de mercado.

Plonski (2017) afirma que além do caráter sociotécnico do processo de inovação, existe a necessidade de interação sistêmica entre todas as mudanças nos diversos campos impactados de modo a ser possível, de fato, criar novas realidades.

A complexidade do processo de inovação deriva das mutações imprescindíveis para que uma nova proposição seja aceita e disseminada (Plonski, 2017). Porém, as partes envolvidas não compreendem nem mesmo o que essas mudanças significam (Neely & Hii, 1998).

Costa (2016) ressalta que a capacidade de inovar está diretamente relacionada à posição inicial ocupada por uma empresa, ou seja, com sua experiência prévia e com seus conhecimentos relacionados ao tema.

Neely e Hii (1998) concluem que as barreiras para inovar incluem falta de infraestrutura, deficiência na educação continuada dos colaboradores, sistemas de treinamento com visão de mudanças, legislação inapropriada que não apoia as regulações destas práticas de inovação e uso indevido de talentos e de capacidades das pessoas como forma de estimular novas ideias na sociedade. Outras barreiras, por sua vez, relacionam-se a um sistema organizacional rígido, estruturas hierárquicas e de comunicação formais, conservadorismo, conformismo, falta de

---

<sup>1</sup> Schumpeter, J.A. (1982). *A Teoria do Desenvolvimento Econômico: uma investigação sobre lucro, capital, crédito, juro e o ciclo econômico*. Rio de Janeiro: Nova Cultural.

visão, resistência a mudanças, falta de motivação e atitudes que evitam riscos (Neely & Hii, 1998).

Em relação aos fatores de promoção da inovação, são relevantes a disponibilidade de força de trabalho habilidosa; o conhecimento compartilhado como premissa organizacional; os baixos níveis de estresse dos colaboradores; a presença de uma forte infraestrutura tecnológica; o apoio público forte para inovação; o desenvolvimento constante de relações comerciais tanto das empresas com os clientes, como delas com seus fornecedores; e a participação das organizações em redes externas que ampliam as visões sobre o mercado (Costa, 2016; Neely & Hii, 1998).

É válido ressaltar que a inovação é uma parte substancial da estratégia de um negócio que tenha a melhoria contínua como sua filosofia, a partir da satisfação total dos clientes e da gestão da qualidade (Neely & Hii, 1998).

Kahn (2018) ressalta que a inovação deve ser considerada tanto como um processo quanto como um resultado, pois as organizações que assimilam a inovação sob o ponto de vista apenas de um destes aspectos ficam aquém do que desejam conquistar. Segundo o autor, interpretar a inovação somente pela óptica do resultado implica em minimizar o processo, levando a ineficiências, por exemplo, esforços dobrados e consumo excessivo de recursos. Em contrapartida, organizações preocupadas somente com o processo, muitas vezes criam burocracias que dificultam a manifestação de resultados (Kahn, 2018). Oke (2007) entende que o passo mais complexo na formulação de uma estratégia de inovação é tangibilizar o que isso significa para a empresa, para que, ao entender os fatores que impulsionam as necessidades de inovação, a organização possa desenvolver as áreas que focarão na inovação.

Um dos dilemas da gestão é que processos de várias naturezas são estabelecidos para que os colaboradores desempenhem suas atividades consistente e continuamente (Christensen & Overdof, 2000). Processos são estabelecidos para que não haja mudanças, e caso haja, que ocorram dentro de procedimentos controlados (Christensen & Overdof, 2000). Os autores também destacam que os valores da organização são os padrões estabelecidos pelos quais os colaboradores determinam as prioridades que lhes permitem julgar se uma ordem é atraente, se um cliente é mais importante que outro e se uma ideia para um novo produto é, ou não é, interessante. As decisões de priorização são tomadas por colaboradores em todos os níveis (Christensen & Overdof, 2000).

Christensen, Grossman e Hwang (2009) defendem que o ponto de partida para criar qualquer modelo de gestão bem-sucedido está em sua proposição de valor entregue por meio de um produto ou de um serviço que permita aos clientes realizar tarefas importantes para eles

de maneira mais eficiente, conveniente e acessível. Assim sendo, inovar o modelo de gestão consiste em criar um conjunto de quadros, estabelecidos coerentemente, a fim de gerar uma nova proposição de valor (Christensen, Grossman, & Hwang, 2009).

Para o contexto de saúde, Costa (2016) afirma que o conceito de inovação se aplica quando há introdução e uso intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos de forma integrada e concomitante, que sejam relevantes para as unidades que as adotam e que beneficiem indivíduos ou a sociedade. Segundo a autora, os estudos sobre inovação em saúde focam quase que exclusivamente nos ambientes de serviço privado.

Barbosa e Gadelha (2012) destacam que os hospitais, por desempenharem atividades complexas com um conjunto de recursos especializados e tecnologias avançadas, seriam os maiores protagonistas do processo de inovação. No entanto, de acordo com os autores, ainda são reduzidos os estudos que endossam essa importância (Barbosa & Gadelha, 2012).

Seguindo esta linha de raciocínio, mais do que a iniciativa de adotar a inovação como estratégia para o negócio, existe uma complexidade relacionada às condições que a empresa desenvolve para incorporar em seu cotidiano a gestão dessas práticas (Klein & Knight, 2005). Klein e Knight (2005) argumentam que o contrário disso leva muitas empresas a implantarem processos de inovação pouco efetivos, por não aplicarem constância, habilidades e cuidados ao buscarem atingir os objetivos esperados.

Como existem diferentes tipologias de inovação disponíveis e discutidas, Damanpour, Walker e Avellaneda (2009) defendem que a adoção de vários desses tipos proporciona às empresas um conjunto de capacidades e de competências distintas para superarem tanto seus resultados quanto o desempenho de outras organizações (Damanpour, Walker, & Avellaneda, 2009).

Hisrich et al. (2014) explicam que o processo de implantação da inovação passa por algumas etapas que vão desde a geração da ideia até testes com o mercado. Segundo os autores, o “estágio da ideia” é o momento de considerar quais valores e benefícios acarretarão para a empresa, assim como para avaliar quais necessidades serão atendidas, os potenciais do mercado para a implantação e também as características da concorrência existente. No “estágio do conceito”, é estabelecida uma forma de teste para avaliar a aceitação e a viabilidade da ideia pelos clientes. No “estágio de desenvolvimento”, os clientes podem usufruir de uma amostra do produto ou do serviço, para avaliar mais precisamente a experiência de uso. Quando estas três etapas forem cumpridas, os autores sugerem, ainda, a etapa de “teste de mercado” para avaliar a utilização do produto ou do serviço por um grupo real e maior de clientes e, assim,

obter parâmetros para aperfeiçoamento antes da implantação definitiva e da escalabilidade (Hisrich et al., 2014).

Kahn (2018) explica que um modelo de processo de inovação envolve três fases: descobrir, desenvolver e entregar. Na fase de descoberta, a organização escaneia a paisagem para identificar oportunidades potenciais e delineá-las. Na fase de desenvolvimento, inserem-se as oportunidades promissoras, com especificações técnicas determinadas e definições de como deverá ser a entrega. Na fase de entrega, a oferta é introduzida e colocada em uso propositadamente, o que pode incluir a comercialização no mercado.

Bessant e Tidd (2019) defendem que a utilização de ferramentas, como a prototipagem rápida no estágio de desenvolvimento, permite que informações valiosas sejam obtidas para aprimorar o conceito, evitando, assim, custos decorrentes de ajustes pós implantação.

### 2.2.1 Tipologia da Inovação

Como recurso de adaptação às competições e às pressões do mercado, as organizações têm procurado desenvolver diferentes formas de trabalhar inovação como meio para atingir e manter competências distintas, que permitam, continuamente, uma boa *performance* (Baba, 2012). Por isso, é possível encontrar na literatura diversas tipologias conceituais de inovação. Sua compreensão faz-se essencial tanto para entender os contextos de adoção da inovação, quanto para analisar os potenciais de interação e os resultados, uma vez que as características entre os diferentes tipos afetarão e serão afetadas de forma não linear em cada realidade (Baba, 2012).

Uma das dificuldades potenciais ao identificar os tipos de inovação surge do fato de que nenhuma inovação é isolada, e que um tipo de inovação pode estar associado a outros (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011). Como a inovação ocorre por um conjunto estruturado de ações ou por meio de operações que visam a um determinado resultado, ela é propensa a ser estimulada, promovida e gerenciada (Plonski, 2017).

Nas décadas de 1970 e 1980, vários modelos binários foram propostos para discutir inovação trazendo, por exemplo, a dualidade entre aspectos produto/processo; administrativos/técnicos; e radical/incremental (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011; Damanpour, Walker, & Avellaneda, 2009). Com o passar dos anos, modelos integrativos foram sendo criados visando identificar os diferentes tipos de inovação que são conduzidos em paralelo (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011).

Kahn (2018) ressalta que a inovação deve ser compreendida como resultado, processo e mentalidade. O autor explica que a inovação como resultado enfatiza o que será gerado e, portanto, está relacionada com as tipologias da inovação, como: inovação de produtos/serviços, processos, marketing, modelo de negócio, cadeia de suprimentos e organizacional. No entanto, a inovação como processo representa como esse conceito é entendido e aplicado na organização para atingir os resultados desejados. Portanto, a inovação como mentalidade aborda a internalização da inovação por membros individuais da organização e o avanço da manifestação de uma cultura de apoio em toda a organização necessária para que a inovação aconteça (Kahn, 2018).

Ter um modelo multidimensional de inovação significa que considerar combinações de diversos atributos para defini-la ampliará as possibilidades de sucesso na compreensão das relações entre as variáveis organizacionais e a adoção de cada inovação (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011).

Um dos primeiros modelos de tipos de inovação foi o proposto por Knight (1967<sup>2</sup> apud Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011) sugerindo quatro tipos diferentes:

- **Inovação de produto ou de serviço:** criação de um novo produto ou oferta de serviço pela organização. Khan (2018) complementa que as principais inovações de produto incluem redução de custo, melhoria do produto (forma ou função diferente do que era antes), extensões de linha (novos recursos adicionados ao produto existente), novos mercados e novos usos;
- **Inovação do processo de produção:** contempla mudanças organizacionais nas operações e na produção, muitas vezes iniciadas por avanços tecnológicos;
- **Inovação da estrutura organizacional:** considera hierarquia, sistemas de comunicação e formatos de recompensas;
- **Inovação de pessoas:** relacionada com mudanças de funções de trabalho, cultura e comportamentos das equipes.

O Manual de Oslo (OCDE, 2018) estabelece que a inovação pode ser classificada em quatro tipos: produto (bens e serviços), processo, marketing e organizacional.

Nas perspectivas de produto *versus* processos, a inovação de produto relaciona-se com o desenvolvimento de novos bens e serviços para o mercado e para seus clientes, enquanto a

---

<sup>2</sup> Knight, K.E. (1967). A descriptive model of intra-firm innovation process. *Journal of Management*, v. 40, n. 4, 478-96.

inovação de processo relaciona-se com as formas de realizar a produção de bens ou as operações de serviço (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011; Neely & Hii, 1998). Ambas estão fortemente associadas ao conceito de desenvolvimento tecnológico (Gunday et al., 2011).

As inovações de produto visam apresentar um bem ou um serviço novo ou melhorado para os clientes, com a percepção destes do impacto de tal inovação no que recebem. As inovações de processo mudam ou melhoram a forma como as organizações atuam (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011), envolvendo a adoção de um novo ou melhorado processo de fabricação, distribuição ou serviço (Neely & Hii, 1998). Sistemas de produção, sistemas de prestação de serviços e processos organizacionais são áreas férteis para a inovação de processo (Kahn, 2018).

De acordo com o Manual de Oslo (OCDE, 2018, p. 56), a inovação tecnológica de processo “é a adoção de métodos de produção novos ou significativamente melhorados, incluindo métodos de entrega dos produtos”. Essa definição abrange desde mudança nos equipamentos ou na organização até a combinação entre esses elementos, e pode também ser resultante do uso de novos conhecimentos. Costa (2016) complementa que, às vezes, o processo inovador pode se resumir à introdução de novas tecnologias no contexto organizacional, mas, com frequência, esse processo é fruto de um caráter interativo, na medida em que necessita de diversos participantes para disseminá-lo.

Sobre as inovações de processos tecnológicos, Baba (2012) destaca que essas são advindas de novos elementos introduzidos no sistema de produção de uma organização ou da operação de serviço aos clientes, sendo impulsionadas, principalmente, pela diminuição de custos unitários de prestação de serviço; pelo aumento da qualidade e melhoria do serviço; pela redução em tempo de entrega; e pelo aumento da flexibilidade operacional, associados ao desenvolvimento da tecnologia da informação.

Cabe ressaltar que, no setor de manufatura, é comum a trajetória de inovação tecnológica, enquanto, em serviços, essa realidade não se replica (Damanpour, Walker, & Avellaneda, 2009).

Costa (2016) esclarece que os serviços eram entendidos de forma residual na economia e seus resultados eram delimitados e aferidos pelo não pertencimento aos setores primário e secundário, atribuindo a este segmento um papel marginal. A autora esclarece que esta marginalização se dissolve quando os serviços passam a adotar, continuamente, um modelo de produção flexível que busca atribuir eficiência e celeridade à produção, garantindo flexibilidade e agilidade à circulação de mercadorias e às entregas (Costa, 2016). Oke (2007) complementa

que, nos últimos anos, as inovações em serviços estão levando ao maior nível de crescimento e dinamismo da atividade econômica.

Considerando o escopo deste projeto, foram muito mais trabalhados os conceitos relacionados à inovação em serviços, que em produtos. Damanpour, Walker e Avellaneda (2009) estabelecem que é comum na literatura entender inovação de produtos e de serviços sob a mesma perspectiva, pois esta tem o foco externo e é guiada pelas tendências do mercado, visando à diferenciação entre seus clientes. Oke (2007) afirma que os termos “inovações de produtos e serviços” e “inovações de serviço” têm sido discutidos na literatura como novos desenvolvimentos em atividades realizadas para fornecer serviços essenciais visando torná-los mais atraentes para os consumidores.

Entretanto, inovação de serviço é definida como a introdução de novos serviços ou de novas atividades para os clientes existentes, mas também como a oferta de serviços existentes a novos clientes. Estas propostas são orientadas para o mercado e sua introdução pode resultar na diferenciação da organização, uma vez que a satisfação do cliente é um direcionador de *performance* (Baba, 2012; Damanpour, Walker, & Avellaneda, 2009; Neely & Hii, 1998).

Baba (2012) destaca que, para as empresas de serviços, são particularmente relevantes três tipos de inovação: inovação de serviço; inovação de processo tecnológico e administrativo; e inovação de gestão.

Ainda sobre as discussões binárias de tipos de inovação, há também inovação administrativa *versus* inovação técnica. A inovação administrativa ou inovação em processos administrativos refere-se a mudanças na estrutura da organização (recursos, tarefas e recompensa), trazendo novas abordagens e novas práticas para motivar e reconhecer os colaboradores; reestruturar tarefas e estrutura das unidades de negócio; e modificar os processos de gestão da organização (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011; Damanpour, Walker, & Avellaneda, 2009). A inovação técnica, por sua vez, refere-se às características relativas a novos produtos, processos ou serviços, considerando a operação da empresa e seu negócio primário (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011).

Outro termo comumente utilizado e que muitas vezes é confundido com inovação técnica é inovação tecnológica. Esta é iniciada por uso de tecnologia e muitas vezes está associada às oportunidades disponíveis para a organização em relação aos avanços da tecnologia em todos os mercados. Na inovação tecnológica, novos elementos são introduzidos no sistema de produção ou na operação dos serviços visando, principalmente, à redução do tempo de entrega, à melhoria na flexibilidade operacional e à redução de custos internos

(Damanpour, Walker, & Avellaneda, 2009). As inovações nos processos administrativos consideram as inovações diretamente relacionadas às atividades de trabalho primárias da organização e, principalmente, à produção de mudanças em seus sistemas operacionais, afetando seus sistemas de gestão a partir da adoção de novos métodos e de novas práticas de negócio (Baba, 2012).

Damanpour, Walker e Avellaneda (2009) salientam que enquanto as inovações tecnológicas estão diretamente relacionadas às atividades de trabalho primárias da instituição, produzindo mudanças em seus sistemas operacionais, as inovações administrativas afetam a estrutura e os processos da organização. As inovações administrativas também afetam os conhecimentos utilizados na execução do trabalho, para que as habilidades dos colaboradores e dos gestores sejam utilizadas de uma forma mais eficaz, possibilitando o sucesso organizacional. Os autores complementam que a teoria do sistema sociotécnico desafia a predominância tecnológica, provocando a premissa de que mudanças técnicas (operacionais) são associadas a mudanças no sistema social (administrativo), promovendo melhor desempenho organizacional.

Barbosa e Gadelha (2012) mencionam que as inovações não tecnológicas, ou chamadas de “sociais”, são mais frequentes em serviços e se expressam por pequenos ajustes de procedimentos (mais incrementais e raramente radicais) com um tempo de implantação menor. Segundo o Manual de Oslo (OCDE, 2018), no âmbito dos serviços, essa definição de inovação abrange a melhoria das capacidades e a rotina das organizações.

Damanpour, Walker e Avellaneda (2009) entendem a inovação de processos como a orientada por um foco interno, voltada para a conquista de eficiência e para a facilidade de produção. Esta inovação de processo pode ter o cerne tecnológico ou administrativo.

No que tange às classificações da inovação como radical ou incremental, Rowley, Baregheh e Sambrook (2011) sugerem que estas sejam atributos de qualquer um dos tipos de inovação. Os rótulos “radical” e “incremental” representam o grau de mudança que a inovação traz e, como tal, eles podem ser atributos de qualquer um dos outros tipos de inovação, como produto, processo, administrativo ou técnico. Kahn (2018) complementa que a inovação incremental, ao lado da inovação radical, equilibra o esforço de inovação ao permitir pequenas vitórias em busca de grandes vitórias. Organizações bem-sucedidas entendem que a inovação ao longo do tempo pode variar de pequenas incrementais mudanças para as principais inovações radicais. Assim, entende-se que inovação não é um fenômeno binário (Kahn, 2018).

Neely e Hii (1998) afirmam que as inovações incrementais podem gerar uma nova realidade (ainda que limitada), em prazo significativamente menor (Plonski, 2017). Costa



(2016) complementa que estas inovações se referem à introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção em uma empresa, sem necessariamente, alterar a sua estrutura. Por comumente envolverem um maior número de *stakeholders* em seu processo e não alterarem significativamente o *status quo* do ambiente produtivo, as inovações incrementais tendem a ter maior aderência (Costa, 2016).

As inovações radicais, por sua vez, referem-se ao desenvolvimento e à introdução de um novo produto, processo ou forma de organização da produção inteiramente nova, podendo representar uma ruptura estrutural em relação ao padrão tecnológico anterior (Costa, 2016).

Sartori e Garrido (2023) revelam que a ambidestria organizacional representa a capacidade de gerenciamento de diferentes tipos de inovações, considerando a manutenção do equilíbrio, não necessariamente proporcional, entre inovações radicais, com maior grau de impacto (*exploration*), e inovações incrementais, com foco na melhoria contínua (*exploitation*). A ambidestria, por estar em um mercado que cobra das organizações um empreendimento em inovações com ambos os atributos, é entendida como uma habilidade competitiva e de sustentabilidade para as organizações.

Alinhados com estas ideias, Christensen e Overdof (2000) apresentam também o conceito de inovações de sustentação, como sendo aquelas que fazem um produto ou um serviço ter melhor desempenho de modo que os clientes do mercado principal a valorizem. Segundo os autores, são inovações de sustentação que mantêm os melhores clientes das empresas que adotam essa prática, fornecendo algo melhor do que estava disponível até então (Christensen & Overdof, 2000). Inovações de sustentação também podem ser radicais ou incrementais. O propósito competitivo comum é manter a trajetória de melhoria do desempenho no mercado estabelecido (Christensen, Grossman, & Hwang, 2009). O investimento em tecnologia de sustentação também se concentra nos valores das empresas líderes, pois promete margens mais altas de produtos melhores (Christensen & Overdof, 2000).

As sugestões dos colaboradores, coletadas como mecanismo de capturar *insights* internos, direcionadores de satisfação do cliente e desenvolvedores de fortes relações com fornecedores, são fontes para gerar ideias que se transformam em inovação (Neely & Hii, 1998).

Barbosa e Gadelha (2012) destacam que um dos grupos de estudos sobre inovação em hospitais que melhor reflete a realidade destas instituições é aquele que considera a perspectiva de serviços e as relações de serviços. Segundo os autores, são possíveis diferentes tipos de inovação dentro deste ecossistema, a saber: tecnológicas (biotecnologias e sistemas de informação); de serviços (novos modelos de prestação de um serviço); organizacionais

(avaliações de qualidade e reorganizações administrativas); e socioculturais (Barbosa & Gadelha, 2012). Os autores concluem que, para uma análise adequada sobre a aplicação de inovação em hospitais, essa diversidade de inovações deve ser considerada, valorizando suas diferentes dimensões (Barbosa & Gadelha, 2012).

Trott (2005<sup>3</sup> apud Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011), ao reconhecer a complexidade e a diversidade das classificações, as tipologias de inovação e as inovações de produto, processo e serviço, aponta para os seguintes tipos de inovação:

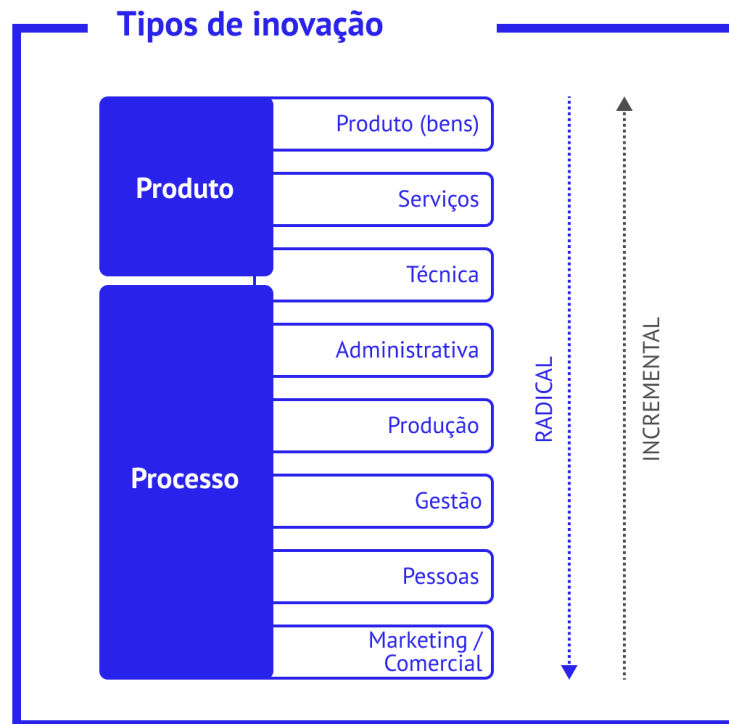
- **Inovação organizacional:** é uma nova divisão de empreendimento, um novo sistema de comunicação, como a introdução de um novo procedimento de contabilidade;
- **Inovação de gestão:** representa sistemas como gestão da qualidade total e revisitação de processos de negócio;
- **Inovação de produção:** consiste em Círculos de Qualidade, *just-in-time*, sistema de manufatura, ou mesmo um novo *software* de planejamento de produção;
- **Inovação comercial ou de marketing:** representa novos arranjos de financiamento ou novas vendas abordadas como Marketing Direto.

A partir desta análise teórica e com base em um modelo integrativo proposto por Rowley, Baregheh e Sambrook (2011), entende-se que as possibilidades de desdobramento da inovação podem ser entendidas conforme demonstra a Figura 3.

---

<sup>3</sup> Trott, P. (2005). *Innovation Management and New Product Development*. Harlow, England: Prentice-Hall.

Figura 3: Modelo integrativo dos tipos de inovação



Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando que o foco deste estudo foi avaliar a aplicação da inovação em serviços de saúde que adotam programas de acreditação de qualidade, foram aprofundados os seguintes conceitos:

- a) **Inovação de serviço:** está englobada em “inovação de produto”, pois a prestação da assistência em saúde, independentemente do escopo de atuação, envolve a prestação de um serviço às pessoas. Eventuais inovações propostas pelas unidades investigadas podem impactar diretamente os tipos e os formatos de serviços disponíveis para a sociedade;
- b) **Inovação de processos:** inclui a inovação organizacional e de gestão, uma vez que inovações na forma como estes serviços de saúde são gerados e entregues pode contemplar desde a melhoria de uma sequência de atividades até a mudança no formato de gestão pelas organizações.

### 2.2.1.1 Inovação de Serviços, de Processos e Gestão

O Manual de Oslo determina que para serem considerados “inovações”, os produtos ou os processos avaliados devem ser novos ou substancialmente melhorados para a empresa em

que foram implantados (não precisa ser, necessariamente, uma novidade para o mundo) (OCDE, 2018).

Destaca-se que o termo “produto” cobre a perspectiva de bem e de serviço (OCDE, 2018). Este item tratou em detalhes a perspectiva de serviço, adotando, predominantemente, a terminologia “serviço”.

O Manual de Oslo estabelece que um serviço tecnologicamente novo é aquele cujas características tecnológicas ou de utilização diferem-se do que já foi proposto pela empresa até então. Esse resultado pode ser derivado do uso de tecnologias radicalmente novas ou da combinação de tecnologias existentes, mas que, a partir de um novo conhecimento, adquirem uma nova proposta de emprego (OCDE, 2018). Por outro lado, um serviço tecnologicamente aprimorado é aquele já existente, mas que teve seu desempenho significativamente aperfeiçoado ou elevado por meio da adoção de novos sistemas, por exemplo (OCDE, 2018). De acordo com o Manual de Oslo, no setor de serviços pode ser muito difícil distinguir o que é tecnologicamente novo do que é aprimorado (OCDE, 2018).

Guarcello e Vargas (2020) complementam que, durante muito tempo, as pesquisas sobre inovações em saúde basearam-se no lançamento e na aplicação de dispositivos e de sistemas de informação como protagonistas da temática de inovar. Atualmente, a inovação nos serviços de saúde, segundo os autores, está na fronteira da inovação de processos (Guarcello & Vargas, 2020).

De acordo com Guarcello e Vargas (2020), atualmente, a inovação nos serviços de saúde está na fronteira da inovação de processos e há necessidade de mudança de mentalidade, de modo que os atores envolvidos na prestação do serviço de saúde estejam mais integrados à visão de Ecossistema, utilizando seus recursos e seus processos para aumentar a criação de valor para os clientes com produtos, serviços ou experiências.

As empresas de serviços tendem a se concentrar mais em inovações incrementais do que nas radicais, porque criar serviços (ou produtos) radicais envolve maior risco, compromete mais recursos e exige maiores esforços (Oke, 2007).

Tavassoli e Karlsson (2015) explicam que as inovações de serviço surgem quando um novo serviço ou uma nova variedade de serviços existente é introduzida no mercado com o objetivo de atender a uma demanda específica dos clientes. Estas inovações podem, mas não precisam, envolver uma inovação tecnológica.

Segundo Tavassoli e Karlsson (2015), o objetivo principal das inovações de produto ou de serviço é permitir que a empresa ganhe pelo menos uma posição temporária de monopólio que lhe dará liberdade para definir preços acima dos custos marginais. As inovações de serviços

também permitem às empresas um maior grau de persistência para inovar, visto que os compromissos e os investimentos de longo prazo para estabelecerem infraestruturas de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) implicam em despesas fixas, que representam custos irrecuperáveis. Por isso, espera-se que, ao longo do tempo e com estes investimentos, seja possível gerar um estoque de capital físico e de conhecimento que possa ser utilizado em atividades inovativas, contribuindo para um fluxo mais ou menos contínuo de inovações (Tavassoli & Karlsson, 2015).

Nesta intersecção entre o que é inovação de produto e o que é de serviço, Rowley, Baregheh e Sambrook (2011) trazem a perspectiva de “produtos híbridos”, como solução integrada que se refere à mistura de produtos e serviços. Os produtos híbridos, segundo os autores, são o resultado de uma estratégia de inovação, a partir da combinação de sistema de produtos e de serviços que, em conjunto, são capazes de atender às exigências de clientes específicos (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011).

O Manual de Oslo estabelece ainda um outro tipo de inovação que é a inovação tecnológica de processo como a adoção de novos métodos de produção ou a melhoria dos métodos existentes para entregar, inclusive, novos produtos (OCDE, 2018). Tavassoli e Karlsson (2015) complementam que inovações de processo envolvem novas maneiras de lidar com um bem ou com um serviço, comercialmente.

De acordo com Tavassoli e Karlsson (2015), os objetivos das inovações de processo são reduzir os custos unitários dos bens produzidos e preservar ou aumentar a qualidade do que é produzido, o que é alcançado não apenas com a introdução de novos maquinários, mas também com o emprego de novos conhecimentos de produção.

Dependendo do segmento do serviço, a distinção entre inovação de processo e de produto pode ser mais difícil (OCDE, 2018). Ainda não está claro como se deve diferenciar as inovações de processo das inovações organizacionais (Tavassoli & Karlsson, 2015). Tavassoli e Karlsson (2015) sugerem que as inovações de processos estão associadas a investimentos em novos equipamentos físicos que incorporam novos conhecimentos, ou seja, investimentos que geram mudanças técnicas incorporadas na empresa.

Rowley, Baregheh e Sambrook (2011) destacam que inovações nesta categoria parecem ser de duas naturezas distintas: técnicas ou organizacionais (administrativas), mas também que existem muitos termos diferentes para inovação de processo, como administrativa, técnica, de produção, organizacional, de gestão e sistema de negócios. Os autores complementam que há uma sobreposição entre administrativo, organizacional, de gestão e do sistema de negócios,

uma vez que todas se referem a inovações dentro da administração e da gestão das operações organizacionais. As inovações técnicas e de produção sobrepõem-se, pois ambas se preocupam com o lado técnico das operações (Rowley, Baregheh, & Sambrook, 2011).

Como derivação da inovação de processo, existe a inovação de gestão/organizacional (OCDE, 2018). O Manual de Oslo explica que esta inovação envolve a mudança de paradigmas da empresa com a adoção, por exemplo, de novos modelos mentais para orientar as atividades do negócio e reorganizar os espaços de trabalho (OCDE, 2018).

Mol e Birkinshaw (2009) definem a inovação de gestão como a introdução de práticas de gestão com o objetivo de melhorar a *performance* organizacional. Os autores afirmam que o uso de novas práticas de gestão permite alcançar maior produtividade, melhorar a entrega para o cliente e garantir competitividade. Kahn (2018) complementa que este tipo de inovação aborda mudanças na organização, que podem ocorrer na estrutura organizacional, em novas formas de gestão e em ambientes de trabalho.

Hamel (2006) esclarece que este tipo de inovação representa um dos recursos mais importantes para que as organizações mantenham sua vantagem competitiva. Em serviços, por exemplo, inovar na gestão da empresa permite maior competitividade do que novidades tecnológicas (Mol & Birkinshaw, 2009).

Oyadomari et al. (2013) complementam que o principal vetor da inovação organizacional é a ampliação das fronteiras entre as empresas, moldando estilos gerenciais mais cooperativos. Os autores afirmam que o processo de inovação traz outros processos de mudanças nas organizações, influenciados pela gestão do conhecimento, visto que essa mudança requer novas combinações dos conhecimentos existentes.

Como, atualmente, o conhecimento pode se tornar algo obsoleto mais rapidamente, é imprescindível identificar como as empresas têm selecionado as fontes de informação que permitem gerar conhecimento (Oyadomari et al., 2013).

Mol e Birkinshaw (2009) trabalham com o conceito de que existe um grupo referência no qual as empresas interessadas nas mudanças espelham-se para adotar as novas práticas de gestão tanto do ponto de vista de *benchmark*, quanto da avaliação de todas as possibilidades de aprendizado.

Trazendo para o contexto da presente pesquisa, os grupos referência seriam, por exemplo, os programas de acreditação ou os serviços já acreditados por eles, servindo como orientadores de boas práticas de gestão e de processos para os serviços interessados no alcance dos melhores resultados relacionados à excelência e à qualidade assistencial e operacional.

### 3. MÉTODO DE PESQUISA

Com base nas perguntas de pesquisa estabelecidas e nos objetivos definidos, foi estruturada uma Matriz de Amarração, baseada em Mazzon (2018), buscando integrar todas as etapas da pesquisa para atingir os resultados propostos (Quadro 1).

Cabe esclarecer que a sequência metodológica utilizada na elaboração da presente dissertação foi, primeiramente, analisar o conteúdo dos manuais de acreditação para identificar os atributos de inovação. A seguir, foi feito o estudo de caso para verificá-los na prática e a partir dos achados, foi elaborada uma proposta de orientação de saúde dos tipos de inovação que podem ser gerados a partir da acreditação.

#### 3.1 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DO CONTEÚDO DOS MANUAIS DE ACREDITAÇÃO

Para atingir o objetivo principal desta pesquisa – Investigar como os programas de acreditação, por meio de seus manuais e requisitos de avaliação, podem contribuir com práticas inovadoras nas organizações de saúde – e responder à pergunta principal – **“Qual a influência dos programas de acreditação no desenvolvimento de práticas inovadoras pelas organizações de saúde?”** – valeu-se de três objetivos secundários (O1, O2 e O3), conforme demonstra o Quadro 1.

Para atingir o primeiro objetivo secundário (**O1**) – Estabelecer uma conexão conceitual entre a teoria consagrada sobre inovação e os manuais de acreditação do mercado, buscando os elementos congruentes e os divergentes entre acreditação e os tipos de inovação – e responder à primeira pergunta dele derivada (**P1**) – **“Em qual grau, os manuais de acreditação apresentam requisitos que se relacionam de forma objetiva com inovação?”** – seguiu-se as propostas de análise de conteúdo de Bardin (2011). Foi realizada uma pré-exploração de todos os manuais de acreditação objeto desta análise (denominados pela autora como “corpus”) para definir quais categorias temáticas seriam buscadas.

Conforme o referencial teórico proposto neste estudo, entendeu-se que a assimilação da prática de inovação pode ser associada a expressões como “melhoria”, “progresso”; “mudança”; “transformação”; “aperfeiçoamento” e “diferenciação”. Além disso, o estímulo para inovar pode partir de aspectos como “ideias”; “tecnologia”; “oportunidade” e “conhecimento”. Por isso, estes foram os vocábulos selecionados para descobrir a frequência com que apareciam nos manuais de acreditação selecionados.

Cabe salientar que palavras-chaves do referencial teórico atreladas à inovação, como “serviço”, “processo” e “gestão” não foram consideradas para a busca, dado o perfil dos manuais de acreditação. Apesar de serem palavras bastante frequentes, muito possivelmente não corresponderiam à ligação com propostas de inovação e poderiam distorcer os resultados.

Os padrões e requisitos avaliados foram os dos manuais e das normas dos cinco programas de acreditação em saúde mais aplicados pelas instituições no Brasil (nacionais e internacionais), que são:

**Programas nacionais:**

- Organização Nacional de Acreditação (ONA) - Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – Versão 2022. Deste manual, foram excluídas da análise as seções de “Atendimento oftalmológico”; “Atendimento pré-hospitalar e remoção inter-hospitalar” e “Odontologia”, pois estes serviços não fazem parte do escopo de atendimento das unidades que participaram da coleta de dados primários, realizada em campo.
- Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi) – Norma da versão 5, de 2022.
- Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC) – Norma de 2021.

**Programas internacionais:**

- *Joint Commission International (JCI)* – Padrões da JCI para Hospitais – Edição de 2021. Foram excluídos da análise os capítulos “Requisitos para participação na Acreditação”; “Educação médica profissional” e “Programas de pesquisas com seres humanos”, por não terem relação com o escopo desta pesquisa.
- *Qmentum Global Alliance* – Padrões para serviços hospitalares. Foram excluídos da análise os capítulos “Preparação para emergências e desastres”; “Serviços ambulatoriais” e “Assistência obstétrica” por dificuldade de acesso ao conteúdo.

Os manuais de acreditação desses cinco programas foram analisados com o apoio do *software* de análise de conteúdo IRaMuTeq (versão 0.7 alpha 2 2020), buscando compor o *corpus* geral (conjunto de textos analisados) da pesquisa. De acordo com o tutorial do *software*, o IRaMuTeq é um programa gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais, tabelas e palavras.



Quadro 1: Matriz de Amarração

Pergunta Principal	Objetivo principal	Perguntas secundárias (P)	Objetivos secundários (O)	Referencial teórico	Metodologia
Qual a influência dos programas de acreditação no desenvolvimento de práticas inovadoras pelas organizações de saúde?	Investigar como os programas de acreditação, por meio de seus manuais e requisitos de avaliação, podem contribuir com práticas inovadoras nas organizações de saúde.	Em qual grau, os manuais de acreditação apresentam requisitos que se relacionam de forma objetiva com inovação? (P1)	Estabelecer uma conexão conceitual entre a teoria consagrada sobre inovação e os manuais de acreditação do mercado, buscando os elementos congruentes e os divergentes entre acreditação e os tipos de inovação (O1).	<p><b>Principais autores que tratam da acreditação e da melhoria contínua:</b></p> <p>Portela (2000); Donabedian (2003 e 2005); Malik (2005 e 2017); D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006); Greenfield e Braithwaite (2009); Manzo et al.(2011); Schierasi (2014); Berssaneti et al. (2016); Oliveira et al. (2017); Sampath et al. (2021).</p>	Análise do conteúdo dos manuais de acreditação dos programas da Organização Nacional de Acreditação (ONA), do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC), do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi), do <i>Joint Commission International</i> (JCI, Estados Unidos) e do Qmentum (Canadá) para identificar similitudes com os conceitos identificados na literatura pesquisada, referentes à inovação.
		De que forma práticas inovadoras nas organizações de saúde têm sido impactadas a partir dos programas de acreditação? (P2)	Investigar em campo como a implantação/manutenção dos processos de acreditação de qualidade relaciona-se com a inovação nas unidades de saúde selecionadas e representativas do mercado hospitalar, diagnóstico e de cuidados integrados (O2).	<p><b>Principais autores que tratam da inovação:</b> Bessant e Tidd (2019);</p> <p>Manual de Oslo (OCDE, 2018); Plonski (2017); Costa (2016); Tavassoli e Karlsson (2015); Hisrich et al. (2014);</p> <p>Baba (2012); Barbosa e Gadelha (2012); Rowley, Baregheh e Sambrook (2011); Birkinshaw e Mol (2005)</p>	Estudo de casos múltiplos (Yin, 2015), conforme protocolo especificado nesta pesquisa.
		Qual o grau de inovação que os processos decorrentes dos programas de acreditação trazem para as organizações? (P3)	A partir da análise dos tipos de inovação facilitados ou dificultados nas relações reveladas no estudo de casos, buscou-se construir uma proposta de orientação às organizações de saúde dos tipos de inovação que podem ser gerados a partir da acreditação (O3).	<p>Christensen, Grossman e Hwang (2009); Damanpour, Walker e Avellaneda (2009); Oke (2007); Hamel (2006); Klein e Knight (2005); Christensen e Overdorf (2000); Neely e Hii (1998).</p>	

Fonte: Elaborada pela autora, com base em Mazzon (2018).

Em virtude das características de programação do *software*, todos os manuais precisaram ser transcritos no programa Microsoft Word e, então, convertidos para o formato .txt, o que permitiu à autora dessa pesquisa já ir fazendo uma análise interpretativa prévia durante a realização de todo esse processo.

Além disso, esses manuais foram avaliados tanto individualmente, quanto pelas categorizações “manuais nacionais”, na qual enquadravam-se o da ONA, o do Padi e o do PALC, e “manuais internacionais”, na qual enquadravam-se o da JCI e o da Qmentum.

Desta forma, com o apoio do IRaMuTeq, foram buscados em cada um dos manuais de acreditação os constructos mencionados anteriormente que se enquadravam nas definições de inovação encontradas na literatura. O objetivo foi, primeiramente, entender o quão evidente está o incentivo pelas creditações nas práticas de inovação.

As categorias temáticas foram buscadas no *software* para identificar em quais requisitos estes termos apareciam, fazendo uma análise sobre a frequência de cada constructo. Em seguida, a análise foi complementada pela autora com a classificação de relação “direta”, “indireta” ou “indeterminada” no contexto do requisito em que cada constructo foi aplicado.

Assim sendo, como protocolo de análise desses conteúdos realizou-se diversas etapas, a saber:

1. Leitura prévia e interpretativa de todos os manuais de acreditação;
2. Transcrição dos conteúdos individuais de cada um dos manuais para o *software* IRaMuTeq;
3. Realização da análise estatística textual segmentando os manuais de acreditação por origem nacional e internacional para identificar as frequências dos vocábulos (sem filtrar pelos constructos relacionados com esta pesquisa);
4. Realização da análise estatística textual de cada manual de acreditação para identificar as frequências dos vocábulos (sem filtrar pelos constructos relacionados com esta pesquisa);
5. Realização de contagem pós análise estatística textual de cada um dos manuais de acreditação das frequências dos constructos relacionados com esta pesquisa;
6. Realização da análise de similitude por cada um dos manuais de acreditação para avaliar a força da relação dos constructos relacionados à inovação em relação aos vocábulos mais frequentes em cada material;
7. Realização da análise de similitude por manual de acreditação, comparando os capítulos administrativos e os assistenciais em cada um deles, para verificar se a presença dos vocábulos buscados difere em frequência e intensidade.

### 3.2 PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Para atingir os objetivos O2 e O3 e responder às respectivas perguntas (P2 e P3), esta pesquisa valeu-se do estudo de casos múltiplos. De acordo com Yin (2015), este método preserva as características holísticas e significativas dos eventos reais ao mesmo tempo que permite a compreensão de fenômenos organizacionais. O autor afirma que estudos de casos são bem aplicáveis quando a principal pergunta a ser respondida inicia com “como” e “por quê” e quando o pesquisador não tem influência direta nos processos (Yin, 2015).

Uma pesquisa pode ser considerada um estudo de caso quando se caracteriza como uma investigação empírica que estuda um fenômeno (caso) em profundidade, reconhecendo seu contexto real, e quando estes limites não são tão evidentes (Yin, 2015). Yin (2015) inclui na definição de estudo de caso, pesquisas que contém múltiplas fontes de evidência, em que os dados precisam se integrar de forma triangular e que se beneficiam de proposições teóricas anteriores para orientar a coleta e a análise das informações obtidas.

Foi estabelecido um protocolo de investigação, o qual foi aplicado na empresa em que a pesquisadora exerceu suas atividades profissionais no período da pesquisa. Para manter a privacidade dos dados e o sigilo dos colaboradores, o nome da empresa e os dos participantes desta pesquisa foram anonimizados.

Esta organização congrega três verticais de assistência: âmbito hospitalar, diagnósticos (análises clínicas e diagnóstico por imagem) e cuidados integrados a pacientes de atenção primária e crônicos. Nestas três verticais, existem unidades tradicionalmente adeptas aos sistemas de acreditação da qualidade, unidades que ingressaram recentemente nesta realidade e unidades que nunca foram submetidas a avaliações externas de qualidade.

Para realizar este estudo de casos múltiplos foram selecionados:

- a) Dois hospitais de diferentes regiões do país (São Paulo e Brasília), mas que tinham algum nível de acreditação. Foi priorizada a escolha de hospitais que tinham creditações nacional e internacional, para que os diferentes métodos analisados pudessem ser contemplados.
- b) Duas marcas de laboratórios com perfis de atendimento distintos (*premium* e executivo), que possuíam creditações específicas do segmento de análises clínicas e/ou diagnóstico por imagem. Importante salientar que esta escolha priorizou marcas relevantes (em participação no mercado de saúde por volume de atendimentos ou reconhecimento pelos pacientes) para a vertical de diagnóstico, que possui diversas marcas capilarizadas por todo o país. O intuito foi trazer clareza para a unidade de

negócio. Diferentemente do grupo de hospitais, a seleção deste grupo não foi por unidade, mas por marca.

- c) O serviço de atenção domiciliar a pacientes crônicos da unidade de cuidados integrados.

Os serviços foram escolhidos com o intuito de contemplar os cinco programas de acreditação anteriormente mencionados, buscando comparar as análises teóricas com a prática.

Ao mesmo tempo que estes serviços enfrentam o desafio de estarem integrados na atenção aos pacientes, foi investigada a relação entre os programas de acreditação adotados nestas unidades *versus* a aplicação e o andamento das práticas de inovação em cada uma delas e também na organização como um todo. Por fim, foram levantadas as relações existentes entre essas características.

Considerando que o estudo de casos pode envolver entrevistas em profundidade, análise documental e observação participante (Yin, 2015), para atingir o objetivo 2 (O2) - Investigar em campo como a implantação/manutenção dos processos de acreditação de qualidade relaciona-se com a inovação nas unidades de saúde selecionadas e representativas do mercado hospitalar, diagnóstico e de cuidados integrados – e responder à respectiva pergunta 2 (P2) – “De que forma as práticas inovadoras nas organizações de saúde têm sido impactadas a partir dos programas de acreditação?” –, inicialmente, investigou-se se a geração de práticas inovadoras estava direta ou indiretamente relacionada com o cumprimento dos requisitos e dos padrões propostos pelos programas de acreditação adotados em cada uma das unidades analisadas.

Assim sendo, buscou inclusive:

- **Compreender a relação direta entre os projetos de melhorias e os programas de acreditação:** como relação direta foi considerada toda influência advinda da prática da acreditação, fomentando inovações a partir de requisitos e padrões. Foi avaliado se a exigência de um requisito ou o cumprimento dele foi o que levou à melhoria proposta e se esta pode ser classificada como inovação. Para isso, foi proposto:
  - a) Analisar, por meio de leitura, os relatórios de auditorias internas e externas, para identificar “quais” apontamentos/oportunidades de melhorias foram requeridos aos serviços e atendidos conforme o que se esperava;
  - b) Analisar por meio de leitura, os registros/relatórios/apresentações da implantação de projetos, planos e práticas decorrentes das exigências trazidas pelos sistemas de acreditação em cada unidade e na vertical assistencial como

um todo, mapeando “quantas” e “quais” áreas foram envolvidas nestas iniciativas, além da complexidade de mudança pretendida ou alcançada;

- c) Observar *in loco* a realização de auditorias de acreditação que tenham acontecido durante o período de coleta de dados para avaliar “se” e “quais” abordagens trazidas pelos auditores convidam os participantes da avaliação a pensarem novas possibilidades de entrega das exigências trazidas pelos manuais.

- **Compreender a relação indireta entre os projetos de melhorias e os programas de acreditação:** a influência indireta também precisou ser esclarecida pela análise de materiais das áreas relacionadas com o desenvolvimento de projetos de inovação, buscando investigar “em que medida” os requisitos de acreditação regularam (estimularam, dificultaram ou modificaram) as iniciativas que não tenham se originado para cumprir com os padrões e com os requisitos da acreditação. Outro aspecto relevante foi verificar “se” estes padrões foram utilizados como balizadores para o desenvolvimento de projetos de inovação. Para isso, foi proposto:
  - a) Analisar, por meio de leitura, os registros/relatórios/apresentações de implantação de outros projetos, planos e práticas considerados relevantes na organização, mas que não tenham decorrido diretamente das exigências dos sistemas de acreditação em cada unidade e na vertical assistencial como um todo, visando avaliar o “quanto” estes se preocupavam em relacionar seus resultados com as exigências reguladas pelos programas de acreditação em cada vertical.
- **Aprofundar a relação entre os projetos de melhorias e os programas de acreditação:** considerando que a percepção e a experiência dos agentes envolvidos com o desenvolvimento e o acompanhamento dessas iniciativas foram fundamentais para compreender a relação entre iniciativas e acreditação, este protocolo também considerou:
  - a) Entrevistar gestores de qualidade e de processos de cada uma das unidades assistenciais selecionadas e das áreas corporativas, assim como entrevistar os gestores das áreas e dos programas de inovação da organização e os representantes da alta liderança corporativa (diretores das unidades pesquisadas);
  - b) Entrevistar profissionais operacionais para avaliar o grau de alinhamento das percepções em relação às perguntas realizadas;

- c) Entrevistar profissionais das áreas envolvidas com os projetos de melhoria, visando coletar detalhes das melhorias.

As entrevistas pretenderam analisar “quais” eram as premissas de inovação almejadas e/ou praticadas na organização, e “como” aconteciam os desdobramentos destas em cada uma das verticais assistenciais mencionadas.

Foram elaborados três roteiros de entrevistas, a serem aplicados: aos gestores/profissionais de qualidade e processos (APÊNDICE A); aos gestores/profissionais das áreas que idealizaram e implantaram os projetos de inovação (APÊNDICE B); e aos representantes da alta liderança do ecossistema / auditores dos programas de acreditação, quando aplicável (APÊNDICE C). As perguntas propostas estavam relacionadas com os diferentes aspectos do protocolo de coleta de dados, visando explorar as formas concretas de como a acreditação, de alguma maneira, influencia as inovações.

Em virtude das múltiplas possibilidades de interpretação do que podem ser “práticas inovadoras” nas organizações estudadas, para a análise dos resultados foi construído um agrupamento dos projetos identificados ao longo da coleta de dados, os quais foram classificados conforme “tipologia”; “abrangência da mudança”, “estágio de desenvolvimento” e “impacto dos resultados obtidos”. Assim, obteve-se subsídios para atingir o objetivo 3 (O3) - A partir da análise dos tipos de inovação facilitados ou dificultados nas relações reveladas no estudo de casos, buscou-se construir uma proposta de orientação às organizações de saúde quanto aos tipos de inovação que podem ser gerados a partir da acreditação – e responder à pergunta **P3** – Qual o grau de inovação que os processos decorrentes dos programas de acreditação trazem para as organizações? – nas documentações analisadas e nas entrevistas propostas no passo anterior, foram levantados, em cada material e nos depoimentos, os seguintes atributos relacionados às iniciativas inovadoras apresentadas durante a coleta de dados:

- Iniciativa apresentada;
- Origem do desenvolvimento (Acreditação x Não acreditação);
- Tipo de mudança pretendida (Avaliação da tipologia);
- Se a mudança se concentrou em um setor/área específico ou expandir para outros setores;
- Se a iniciativa foi idealizada; se foi prototipada; se foi aplicada em um ambiente controlado ou com um pequeno grupo de pessoas; e se foi validada;
- Se a iniciativa trouxe os resultados desejados;

- Se as partes interessadas perceberam os resultados;
- Se houve ganhos adicionais obtidos com esta iniciativa.

O instrumento de consolidação dos dados considerou o sequencial de coleta de dados sobre as práticas inovadoras identificadas na organização (Figura 4).

Figura 4: Sequencial de coleta de dados referentes às práticas inovadoras identificadas na organização



Fonte: Elaborado pela autora.

Este sequencial de dados para análise permitiu à autora não só responder à pergunta 3, como entender quais inovações são predominantes nestes contextos, bem como, qual o perfil de abrangência e de implantação das mesmas. Neste cenário, também foi possível analisar quais eventuais lacunas podem existir na geração de práticas inovadoras pelas organizações de saúde, oferecendo um modelo que auxilie a otimização das exigências dos manuais de acreditação para ampliar o espectro de mudanças.

Creswell (2007) destaca que um tópico pode ser pesquisado e elevado a um estudo se os pesquisadores tiverem acesso aos participantes que desejam se envolver, assim como se houver recursos para a coleta de dados durante um período sustentado que permita a análise.

Como protocolo de investigação proposto nesta pesquisa, realizou-se os seguintes passos:

1. Antes de iniciar a coleta de dados primários, foi realizada uma reunião com os gestores indicados pelos diretores de cada vertical assistencial (hospital, diagnóstico e cuidados integrados) e pela gestão corporativa, os quais autorizaram a realização desta pesquisa, buscando alinhar as etapas de desenvolvimento deste estudo. Além disso, neste encontro, foram validadas as marcas/unidades que participariam do estudo, conforme o perfil proposto pré-estabelecido neste projeto;

2. A partir da validação das marcas e das unidades participantes, foram resgatados os cronogramas de acreditação de cada uma delas para identificar seu *status* no processo: implantação de uma nova acreditação ou manutenção de um selo já concedido, e ainda, a programação em relação à auditoria presencial prevista pelo(s) método(s) adotado(s) naquelas unidades;
3. Confirmação das datas das próximas auditorias internas e externas em cada unidade e obtenção da autorização dos gestores para que a pesquisadora acompanhasse as avaliações, na posição de observadora;
4. Solicitação aos gestores e às equipes por eles indicadas dos documentos necessários para a análise documental deste estudo, utilizando os seguintes critérios: relatórios das auditorias internas e externas com todos os apontamentos realizados sobre conformidade, ou não conformidade, com o método; documentos produzidos a partir dos requisitos dos manuais (antes e depois da auditoria externa); projetos desenvolvidos para cumprir com os requisitos (antes e depois da auditoria externa); registros de progressão das ações planejadas para a acreditação e análise dos resultados das ações concluídas; registros das provas de conceito de empresas que tenham sido trazidas como fornecedoras para atender a alguma exigência da acreditação; e cronograma e registros das auditorias internas realizadas com base em cada método. Nesta etapa, além do levantamento das documentações necessárias, foram estabelecidos os prazos para que a pesquisadora recebesse os materiais;
5. Realização de entrevistas com os profissionais responsáveis pelos projetos de inovação desenvolvidos (a partir da acreditação e também desconectados da acreditação como motivação) para avaliar as motivações, as percepções e os resultados;
6. Agendamento das entrevistas com os profissionais envolvidos no processo de acreditação das unidades, com os gestores corporativos de cada vertical assistencial e dos departamentos de inovação do Ecossistema.

### 3.2.1 Entrevistados

Ao todo, foram selecionadas 18 pessoas para serem entrevistadas, a saber:

- 3 gestores da qualidade local (Hospital 1 e 2 e Cuidados Integrados);



- 7 colaboradores operacionais/assistenciais (Hospital 1 e 2, Diagnóstico 1 e 2 e Conjunto de áreas ligadas à inovação);
- 4 gestores corporativos (Hospital 1 e 2, Diagnóstico 1 e 2 e Conjunto de áreas ligadas à inovação);
- 4 representantes da alta liderança (Hospital 1 e 2, Cuidados Integrados e Conjunto de áreas ligadas à inovação).

A Tabela 2 apresenta a relação dos entrevistados. Em alguns casos, alguns entrevistados responderam por mais de uma unidade. Essa intersecção também está ilustrada na referida tabela.

Tabela 2: Relação dos entrevistados

<b>Perfil do entrevistado</b>	<b>Hospital 1</b>	<b>Hospital 2</b>	<b>Diagnóstico 1</b>	<b>Diagnóstico 2</b>	<b>Cuidados integrados</b>	<b>Conjunto de áreas ligadas à inovação</b>
Gestor da qualidade local	1	1	Não possui	Não possui	1	Não possui
Colaborador operacional/assistencial	1	1	1	1	Não entrevistado	3
Gestor corporativo (qualidade ou inovação)	1		2		Não possui	1
Alta liderança	1		1	Não entrevistado	1	1

Fonte: Elaborada pela autora.

Cabe salientar que, independentemente do gênero, todos os entrevistados foram mencionados como sendo do gênero masculino, visando preservar suas identidades.

### 3.2.2 Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa

Para realizar este estudo na empresa selecionada, foi necessário seguir algumas exigências e protocolos. Houve necessidade de os vice-presidentes das verticais assistenciais concederem autorização, por meio de Carta de Anuência (APÊNDICE D), para que a pesquisa fosse desenvolvida nas unidades. É regra da instituição que projetos que envolvam entrevistas sejam submetidos à avaliação ética.

Ainda seguindo as exigências da instituição, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil em 31/01/2022 e aprovado pelo Comitê de Ética, em 28/03/2022. No entanto, após a realização do Exame de Qualificação no MPE/FEA-USP, foi realizada uma emenda para o Comitê de Ética, a qual foi aprovada em 23/05/2022, sendo concedida a autorização para que a coleta de dados fosse iniciada. Em novembro/2022 e em maio/2023, foram enviados ao Comitê de Ética os relatórios parciais com o andamento da pesquisa.

#### 4. ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS MANUAIS DE ACREDITAÇÃO

Conforme mencionado no Capítulo 3. MÉTODO DE PESQUISA, o protocolo de análise de conteúdo dos manuais de acreditação foi cumprido desde a leitura prévia e interpretativa dos cinco manuais abrangidos neste estudo passando pela transcrição desses conteúdos e *upload* no *software* IRaMuTeQ até a realização das análises textuais e de similitude para entender a relação entre os conceitos referentes à inovação, na literatura, e a presença destes nos manuais. Os resultados encontrados foram apresentados a seguir. Cabe destacar que toda a contagem foi calculada pelo próprio *software* e é denominada “estatística textual”, mesmo não envolvendo porcentagens.

##### 4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA TEXTUAL POR MANUAL E POR ORIGEM (NACIONAL E INTERNACIONAL)

Ao analisar os manuais nacionais (ONA, Padi e PALC), o *software* identificou a ocorrência de 48.183 palavras, formas ou vocábulos, sendo 2.625 palavras distintas e 1.017 palavras com uma única ocorrência. Em relação aos manuais internacionais (JCI e Qmentum), foi identificada a ocorrência de 72.417 palavras, formas ou vocábulos, sendo 2.692 palavras distintas e 798 palavras com uma única ocorrência.

Como explicado no Capítulo 3. MÉTODO DE PESQUISA, o desenvolvimento do referencial teórico permitiu identificar alguns constructos/vocábulos que poderiam ser associados aos conceitos de inovação presentes na literatura estudada, ou aos gatilhos para o desenvolvimento da mesma. Desta forma, após carregar os conteúdos dos manuais de acreditação no *software* IRaMuTeQ, foi buscada a frequência do aparecimento dessas palavras nas análises. O resultado foi compilado na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos constructos/vocábulo, por manual de acreditação

Constructo / vocábulo	ONA	%ONA	Padi	%Padi	Palc	%Palc	JCI	%JCI	Qmentum	%Qmentum	Total	%Total
Melhoria / melhorar / melhor / melhora	306	26,89%	11	0,67%	18	1,25%	102	5,59%	197	9,58%	634	7,82%
Contínuo	6	0,53%	4	0,24%	0	0,00%	36	1,97%	14	0,68%	60	0,74%
Mudanças / mudar	17	1,49%	2	0,12%	6	0,42%	8	0,44%	21	1,02%	54	0,67%
Tecnologia	10	0,88%	12	0,73%	1	0,07%	9	0,49%	15	0,73%	47	0,58%
Conhecimento	14	1,23%	2	0,12%	0	0,00%	20	1,10%	5	0,24%	41	0,51%
Oportunidade	0	0,00%	0	0,00%	5	0,35%	4	0,22%	24	1,17%	33	0,41%
Progresso	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	0,33%	20	0,97%	26	0,32%
Transformar / transformação	5	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,11%	1	0,05%	8	0,10%
Inovar / inovador / inovação	5	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,06%
Ideia (s)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,05%	1	0,01%
Aperfeiçoamento	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,05%	1	0,01%
Diferenciação	0	0,00%	1	0,06%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%
<b>Total de constructos / vocábulo</b>	<b>1138</b>	<b>31,90%</b>	<b>1652</b>	<b>1,94%</b>	<b>1437</b>	<b>2,09%</b>	<b>1824</b>	<b>10,25%</b>	<b>2057</b>	<b>14,54%</b>	<b>8108</b>	<b>11,24%</b>

Fonte: Elaborada pela autora, com apoio do *software* IRaMuTeq.

Como mencionado no referencial teórico, a avaliação de processos em saúde estimula a melhoria contínua dos resultados por parte dos serviços, o que pode ser um incentivo para que as instituições adotem práticas diferenciadas e inovadoras, buscando atingir patamares maiores de *performance*. Por isso, o fato de as expressões “melhoria”, “contínuo” e “mudanças”, assim como suas respectivas variações, aparecerem com maior frequência em todos os manuais, comprova esta premissa.

Esses achados indicam também que programas de acreditação, que trabalham com diferentes níveis de avaliação (como é o caso da ONA, que possui níveis de aprovação de 1 a 3, e do Qmentum, que tem as escalas Ouro, Platina e Diamante), proporcionam desafios maiores aos serviços que buscam por estas acreditações. A cada nível superado, há novas exigências para que os serviços apresentem diferentes resultados.

A análise interpretativa complementar realizada pela autora permitiu constatar que os requisitos do Nível 3 da ONA referem-se, diretamente, ao fato de os serviços apresentarem modelos inovadores de gestão, assim como de utilizarem os resultados para promoverem ciclos constantes de melhorias. No nível Diamante da Qmentum, por sua vez, os serviços são cobrados no que tange a quanto as melhorias realizadas têm relevância e utilidade.

Ao associar e classificar os constructos localizados nos manuais de acreditação com os conceitos atribuídos à inovação, que podem evidenciar estímulo ao desenvolvimento de práticas inovadoras, entendeu-se que:

- a) Os vocábulos (e suas variações) relacionados à “melhoria”, “inovação”, “transformação”; “progresso” e “aperfeiçoamento” podem ser diretamente associados aos requisitos que solicitam que os serviços apresentem métodos para avanços dos resultados dos processos e dos serviços prestados. A vinculação de proposta de melhoria dos resultados atuais é uma exigência constante desses requisitos, a saber:

\*FMS, padrão de avaliação 4 - Os dados são coletados e analisados de cada um dos programas de gerenciamento das instalações e segurança para reduzir riscos no meio ambiente, **acompanhar o progresso em metas e melhorias** e apoiar o planejamento para substituição e atualização de instalações, sistemas e equipamentos (JCI, 2021, p. 249).

\*Excelência em gestão nível 3: Apresenta um modelo de gestão **inovador**, proativo, disseminado e integrado à estratégia (ONA, 2022, n.p.).

- b) Os vocábulos (e suas variações) relacionados à “oportunidade”; “mudança”; “conhecimento”; “contínuo”; “tecnologia”; “ideia” e “diferenciação” apresentam relação indeterminada, pois, em certos requisitos dos manuais de acreditação, esses termos têm uma conotação diferente daquelas atribuídas à inovação e, em outros, podem representar um estímulo para os serviços pensarem em inovar, a saber:

O nível de exposição da mama aos raios-X deve ser estabelecido, na rotina dos exames, pelo dispositivo de controle automático, de modo que as imagens apresentem uma escala de tons de cinza que permita uma boa **diferenciação** dos tecidos mamários (Padi, 2022, p. 29).

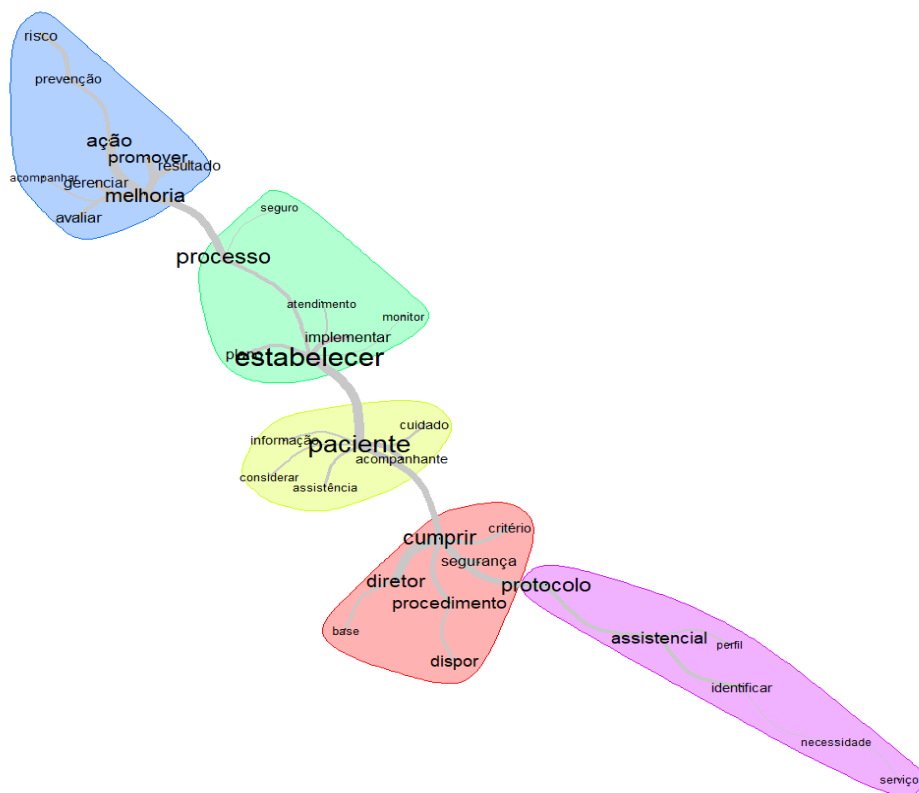
[...] proteção e confidencialidade da informação; provisão de recursos materiais, segurança, educação continuada e treinamento; sistemática de ações corretivas para as não conformidades encontradas, incluindo a investigação das causas raízes e a efetividade das ações tomadas; resultados de auditorias internas e externas; indicadores da qualidade e da segurança do paciente, incluindo comparabilidade com indicadores de outros laboratórios semelhantes ao seu perfil; identificação de **oportunidades de melhoria**; a efetividade dos serviços laboratoriais prestados para a assistência hospitalar, assim como de consultoria para médicos; adequação dos intervalos de referência, limites de decisão ou critérios para interpretação de resultados; adequação das requisições de exames; análises críticas anteriores; quaisquer **mudanças que possam impactar o sistema de gestão da qualidade**; efetividade da sistemática de comunicação com os clientes sobre exames laboratoriais (PALC, 2021, p. 20).

#### 4.2 ANÁLISE DE SIMILITUDE POR MANUAL DE ACREDITAÇÃO

A próxima análise realizada foi a de similitude. Esta análise buscou entender com quais outros vocábulos estes termos avaliados tinham relação em cada um dos manuais. As árvores de relação de cada um dos manuais de acreditação foram apresentadas a seguir (Figuras 5, 6, 7, 8 e 9). Cabe salientar que, para que fosse possível a legibilidade das palavras e o entendimento

da proposta de cada um dos manuais, foram selecionadas as palavras que apareceram mais de 30 ou 80 vezes (dependendo do tamanho de cada conjunto de texto), as quais foram filtradas do volume total.

Figura 5: Análise de similitude do Manual de Acreditação ONA

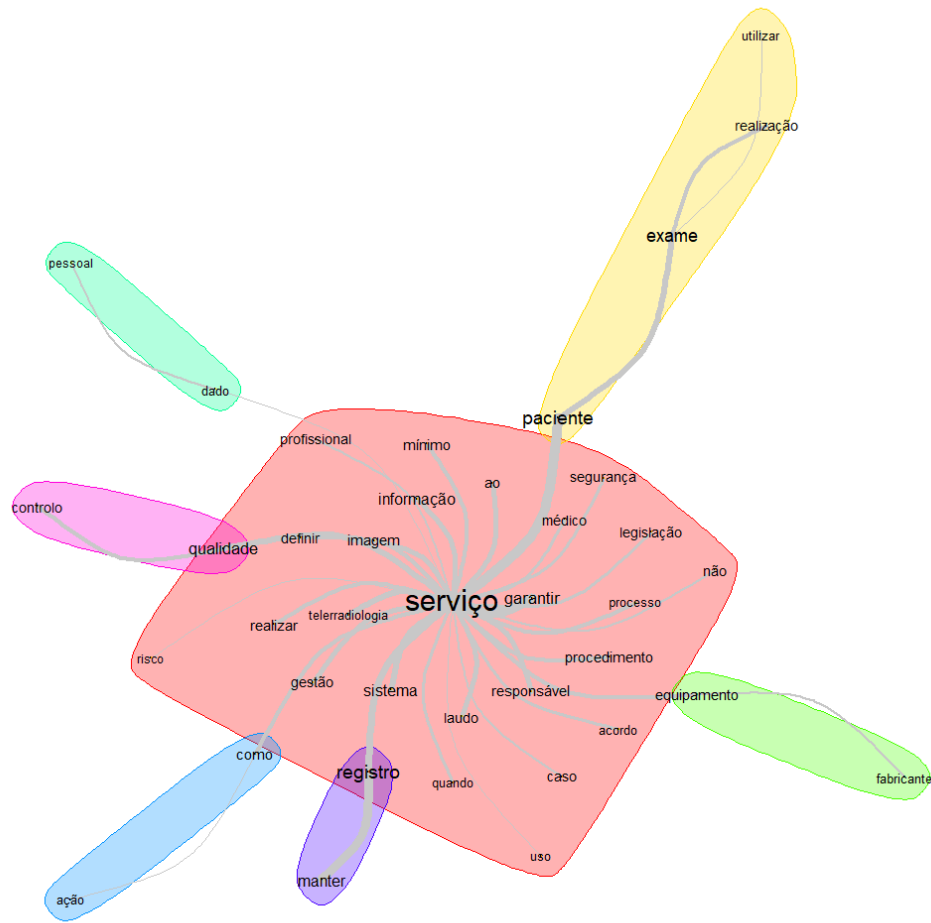


Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação ONA e apoio do *software* IRaMuTeq.

Na análise de similitude do Manual de Acreditação ONA (Figura 5), pode-se observar que as palavras “estabelecer”; “cumprir”; “melhoria”; “paciente” e “processo” foram as que mais se destacaram em frequência, formando cada qual um halo específico.

Dentro do halo de “melhorias”, é possível observar que as palavras que mais se relacionaram neste conjunto foram “ação”; “promover”; “gerenciar” e “resultado”, corroborando o entendimento de que é um termo empregado com o objetivo de requerer mudanças práticas e positivas aos processos executados pela organização. Cabe salientar que nesta árvore, os termos “processo” e “melhoria” compõem halos diferentes, mas estão próximos e com uma ligação forte (espessura do galho da árvore de relações).

Figura 6: Análise de similitude do Manual de Acreditação Padi

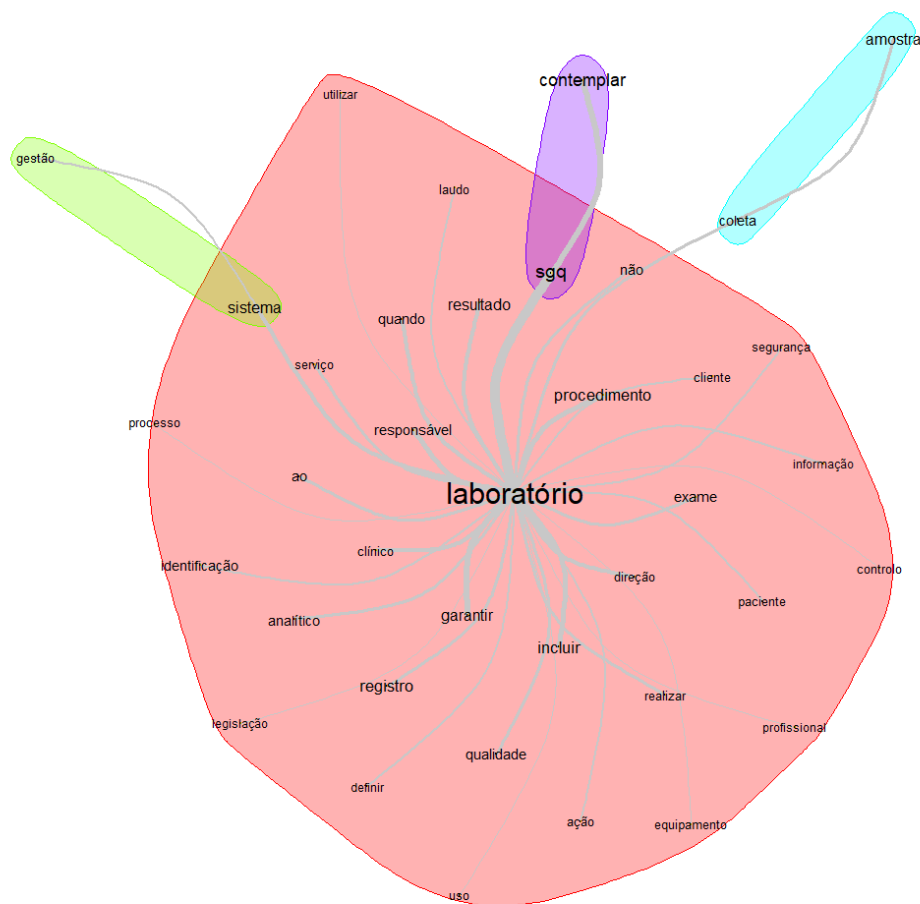


Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação Padi e apoio do *software* IRaMuTeq.

Na análise de similitude do Manual de Acreditação Padi (Figura 6), pode-se observar que as relações fortes estão relacionadas à palavra “serviço”, uma vez que este programa é voltado para o incremento da qualidade em serviços de Diagnóstico por Imagem.

Existem fortes relações de serviço com as palavras “qualidade”; “dados”; “registro”; “paciente” e “equipamento”, evidenciando aspectos relevantes de segurança do serviço de imagem e de seus pacientes, porém, sem evidenciar os atributos relacionados à inovação pesquisados neste projeto. Cabe salientar que o vocábulo “melhoria” apareceu 11 vezes em todo o manual.

Figura 7: Análise de similitude do Manual de Acreditação PALC



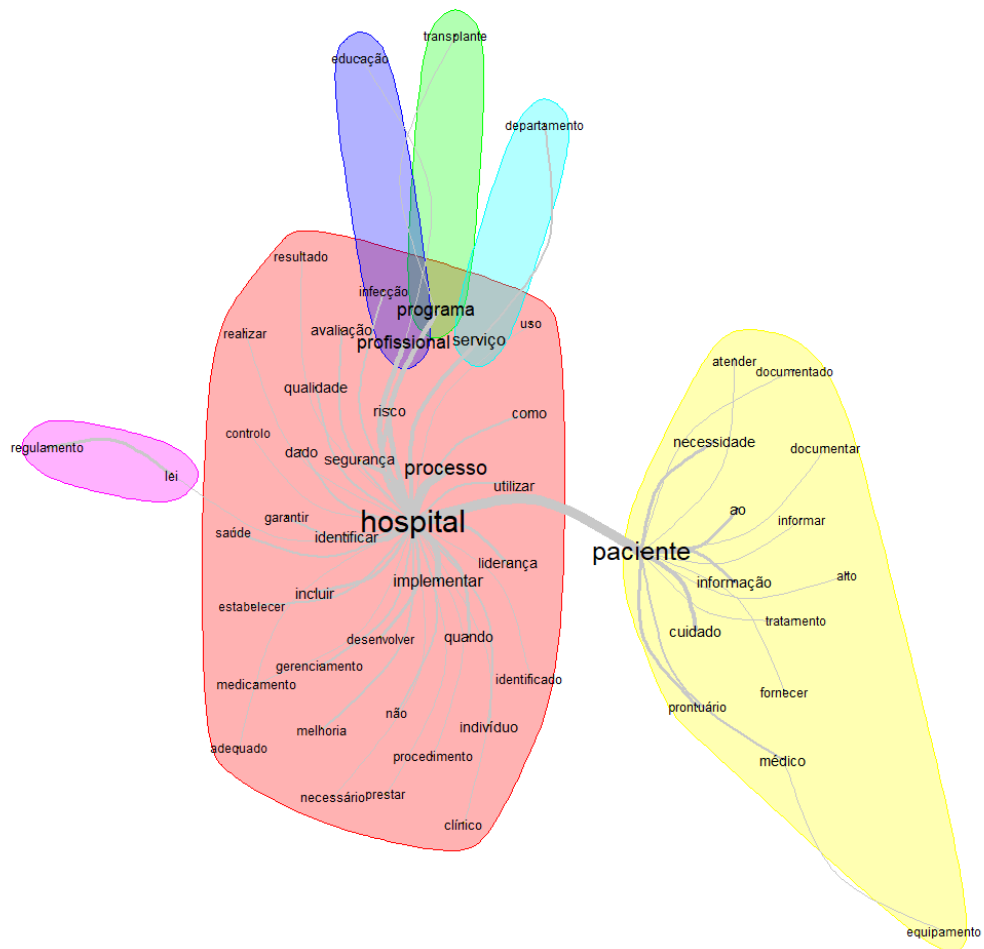
Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação PALC e apoio do *software* IRaMuTeq.

Na análise de similitude do Manual de Acreditação PALC (Figura 7), pode-se observar que o resultado é semelhante à análise do Manual de Acreditação Padi (Figura 6), pois também se trata de um programa de avaliação específico para Laboratórios e Análises Clínicas.

A análise demonstrou que o vocábulo “laboratório” foi o ponto mais forte de todos na imagem, desmembrando halos relacionados a isso, como “sistema” e “gestão” (“sgq” - Sistema de Gestão da Qualidade); “coleta” e “amostra” (produtos que dão origem a todo o *core* do negócio de Análises Clínicas). Destaca-se que a espessura do galho que relaciona “laboratório” com “sgq” corrobora o entendimento de que existe um forte estímulo deste manual com o desenvolvimento de ações de qualidade em serviços de análises clínicas.



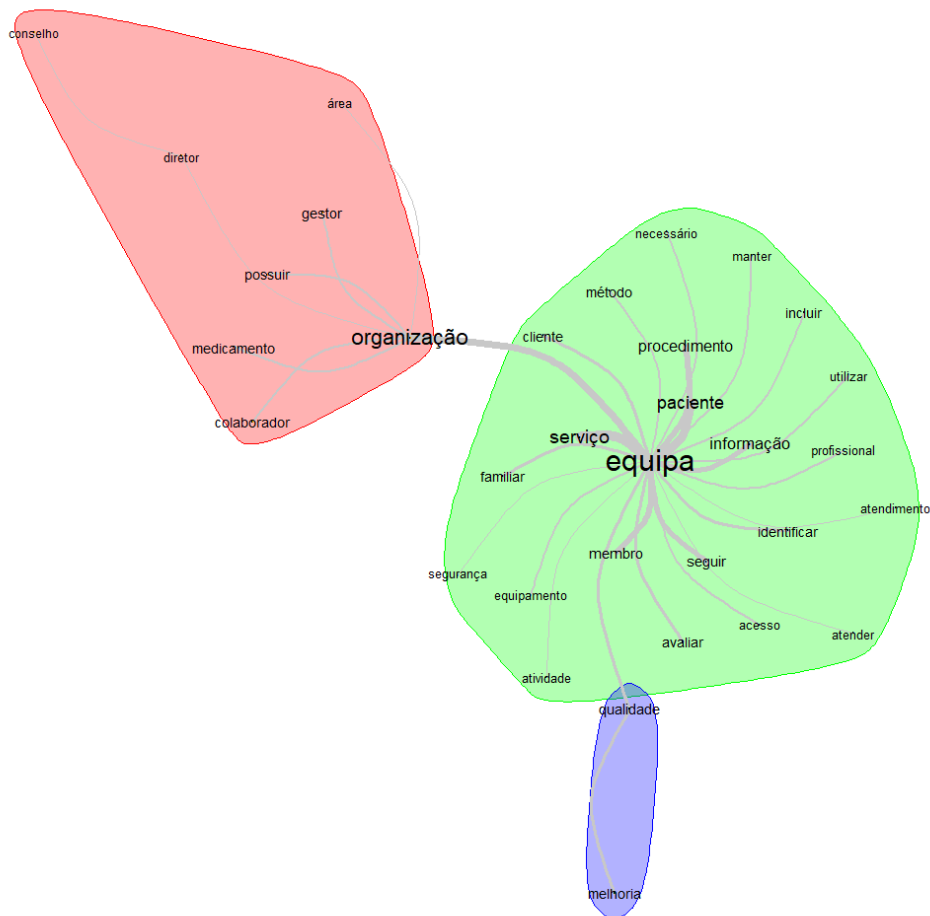
Figura 8: Análise de similitude do Manual de Acreditação JCI



Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação JCI e apoio do *software* IRaMuTeq

Na análise de similitude do Manual de Acreditação JCI (Figura 8), pode-se observar que as palavras predominantes ao longo do conteúdo foram “hospital”; “paciente”; “processo”; “programa” e “profissional”. A expressão “melhoria” apareceu com força menor, porém relacionada com os termos “desenvolver” e “implementar”, o que corrobora a relação de estímulo prático pelo manual com a execução de novas ações pelas instituições para obter resultados mais expressivos.

Figura 9: Análise de similitude do Manual de Acreditação Qmentum



Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação Qmentum e apoio do *software* IRaMuTeq.

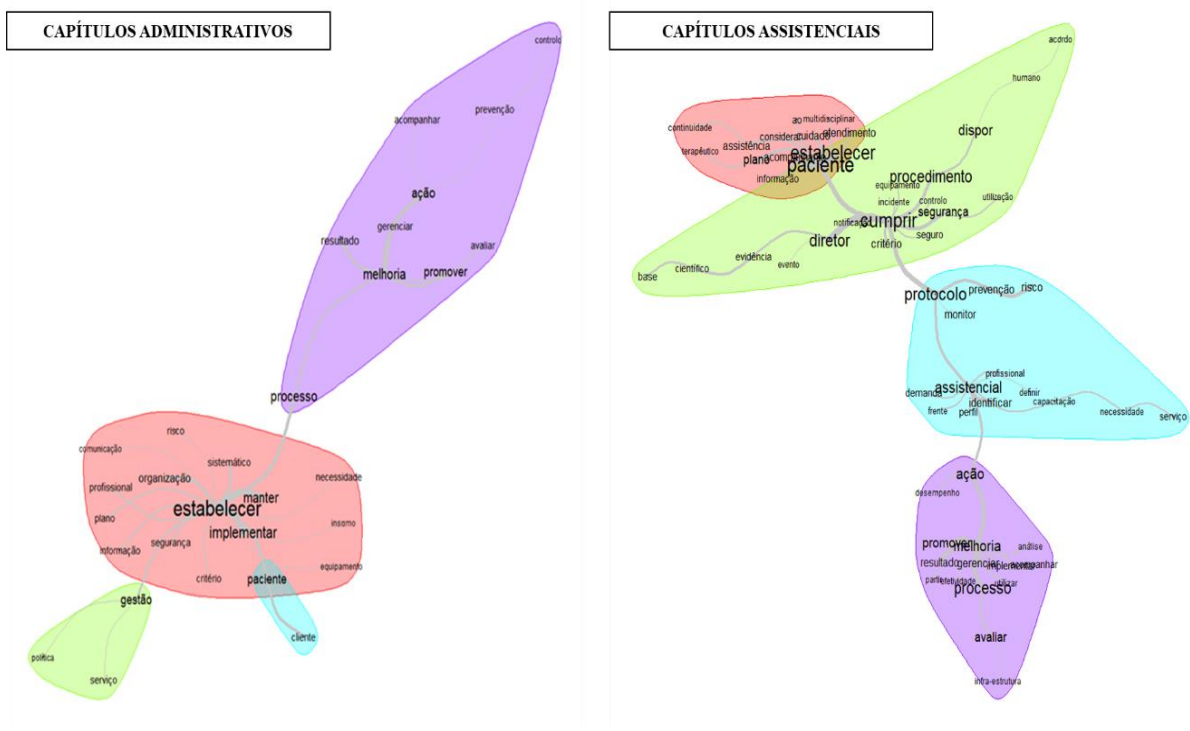
Na análise de similitude do Manual de Acreditação Qmentum (Figura 9), pode-se observar que as expressões mais fortes foram “equipa” (com o sentido de equipe ou equipes); “organização”; “serviço”; e “paciente”. Todos os demais constructos relacionavam-se de forma mais forte ou mais sutil ao vocábulo “equipa”, incluindo um halo formado à parte entre “qualidade” e “melhoria”, representando que estas são desafios atrelados aos profissionais da organização e demonstram a forte importância desses termos ao longo de todo o manual.

#### 4.3 ANÁLISE DE SIMILITUDE POR MANUAL DE ACREDITAÇÃO, COMPARANDO OS CAPÍTULOS ADMINISTRATIVOS COM OS ASSISTENCIAIS

Para realizar esta análise, foram segmentados em cada um dos manuais de acreditação os conteúdos considerados “administrativos”, ou seja, aqueles diretamente relacionados à

governança, à qualidade e gestão de riscos, à gestão administrativa e de pessoas, à liderança, à infraestrutura e à comunicação, os quais foram retirados dos capítulos considerados “assistenciais” e/ou “operacionais”, que envolvem requisitos relacionados à prática do atendimento aos pacientes, de acordo com o foco de cada acreditação. As Figuras 10, 11, 12, 13 e 14 apresentam os achados da análise de cada um dos manuais de acreditação.

Figura 10: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação ONA

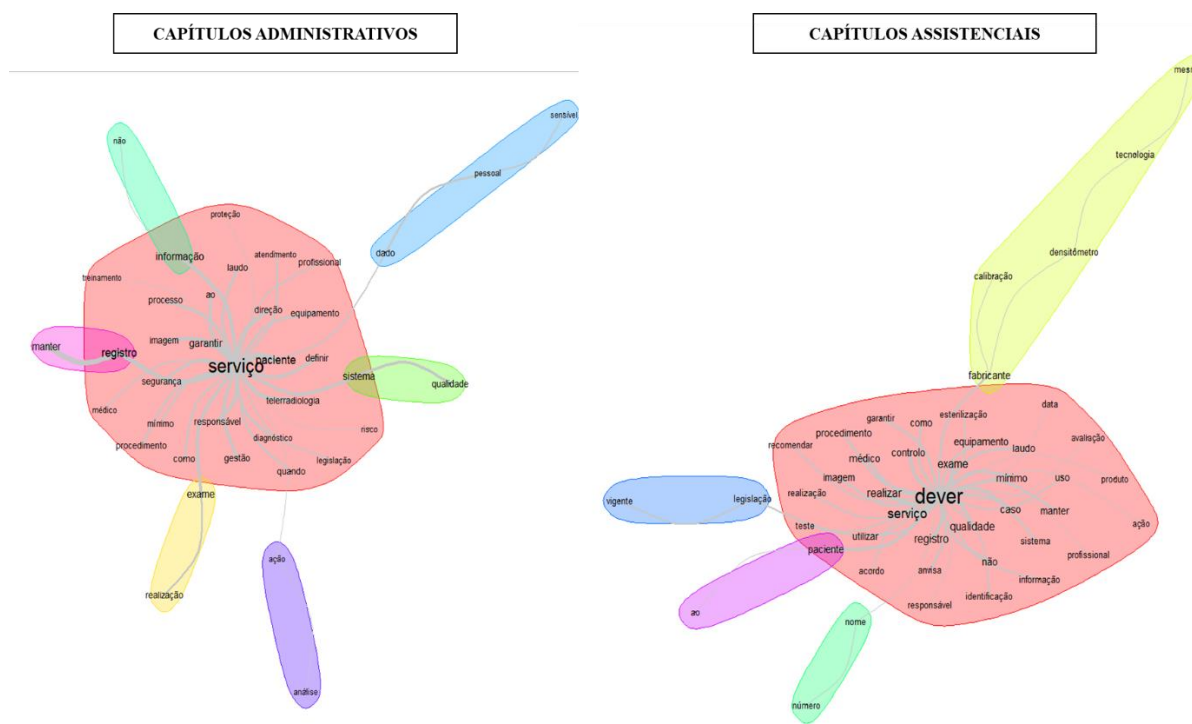


Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação ONA e apoio do *software* IRaMuTeq.

No Manual de Acreditação ONA (Figura 10), tanto no conjunto de capítulos administrativos quanto nos assistenciais, as palavras “melhoria”, “processo” e “efetividade” apareceram relacionadas às palavras “ação”, “avaliar” e “resultado” e com este conjunto de vocábulos formaram um halo específico. Nos capítulos administrativos, o halo central de vocábulos relacionou-se com “estabelecer”, “implementar” e “manter”, associados à “organização” (empresa), “segurança” e “paciente”. Esse último ainda divide um outro halo com o termo “cliente”. O halo central destes capítulos relacionava-se com o halo de “melhoria”, conectando a palavra “estabelecer” com “melhoria”, passando por “gerenciar” e chegando até “ação”, em uma única linha.

O entendimento é que os processos centrais preconizados neste conjunto de capítulos relacionavam-se fortemente com a implantação da melhoria contínua pela organização. Da mesma forma, nos capítulos assistenciais, os halos centrais relacionam-se com “cumprir”, “procedimento” e “protocolo”, diretamente atrelados a outras terminologias assistenciais e com o halo de “melhorias”, “processo” e “ação”, conectando-se pela mesma linha ao vocábulo “assistencial”.

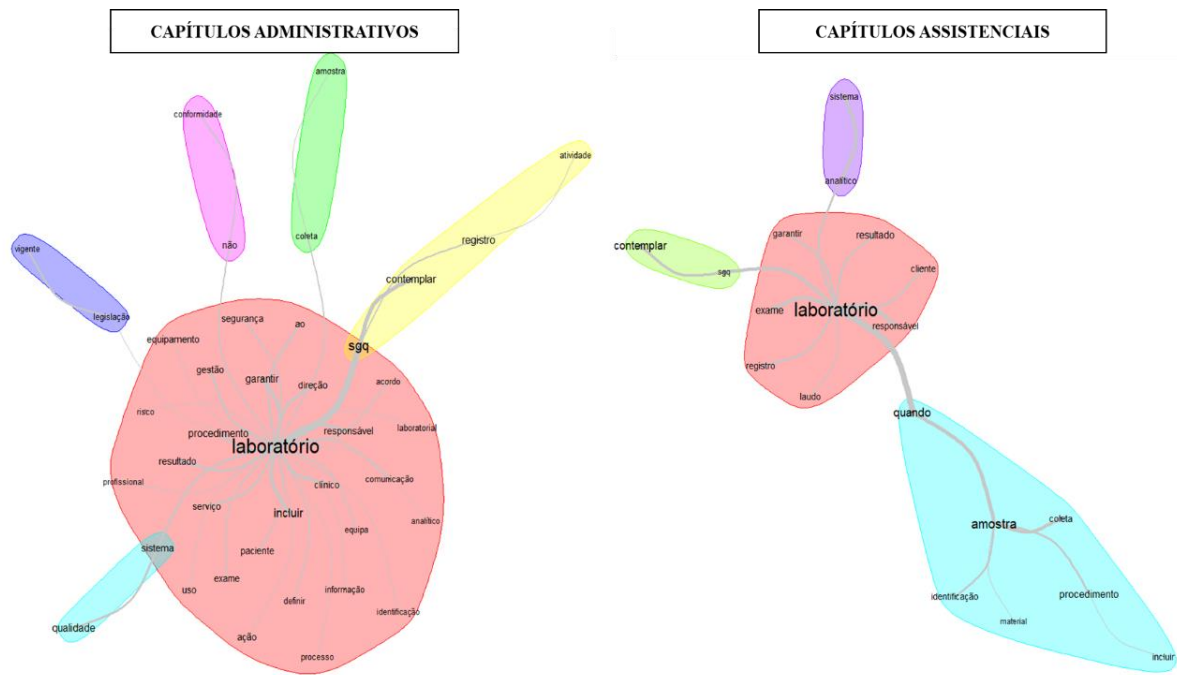
Figura 11: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação Padi



Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação Padi e apoio do *software* IRaMuTeq.

No Manual de Acreditação Padi (Figura 11), tanto o conjunto dos capítulos administrativos quanto o dos assistenciais, assim como a análise de similitude do manual completo, não apresentaram os vocábulos relacionados à inovação, considerados neste estudo. No conjunto administrativo, os termos “ação” e “qualidade” estão em halos separados e conectados ao vocábulo central “serviço” por um fino conector, o que demonstra a baixa relação entre essas palavras ao longo destes capítulos. No conjunto assistencial, o destaque também incidu sobre a relação com o vocábulo “serviço” e com o verbo “dever” (remetendo às obrigações que os participantes do processo de acreditação precisam cumprir), o que endossa a constatação da análise anterior sobre o fato de este programa ter um foco relevante no incremento de qualidade em serviços de Diagnóstico por Imagem.

Figura 12: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação PALC

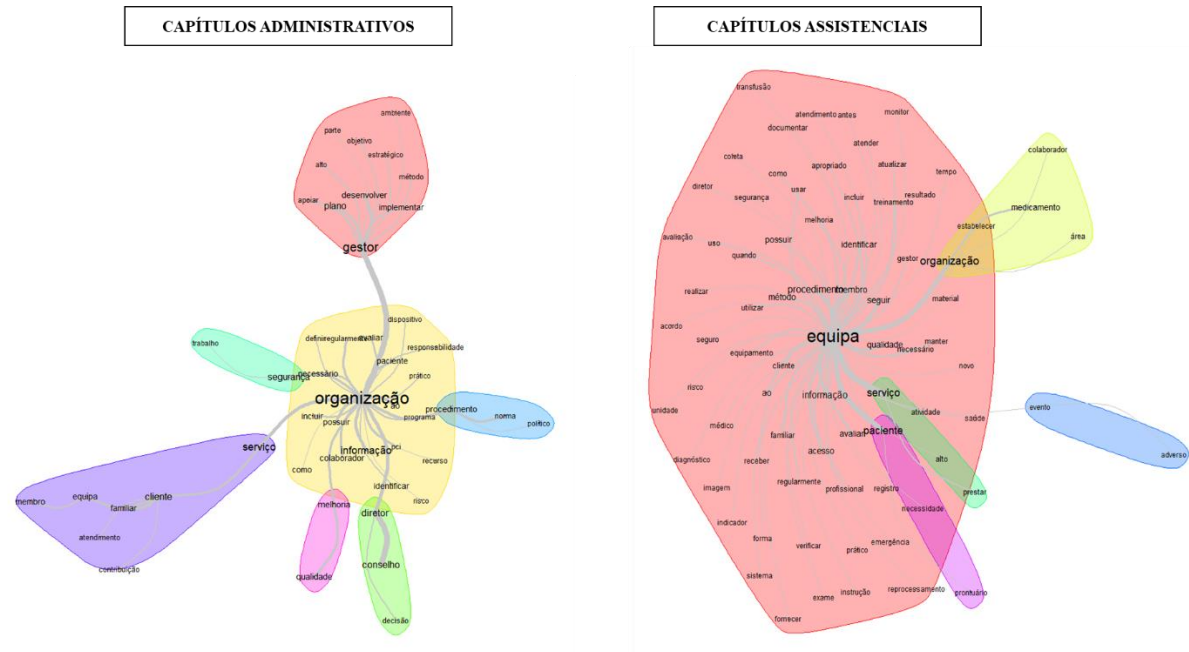


Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação PALC e apoio do *software* IRaMuTeq.

Segundo achados semelhantes aos do Manual de Acreditação Padi (Figura 12), na segmentação entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação PALC (Figura 12), não foram encontrados os vocábulos relacionados à inovação, propostos nesta pesquisa. O vocábulo principal encontrado em ambas as análises foi “laboratório”, corroborando o viés de qualidade mais forte para aspectos técnicos dos serviços de Laboratório e Análises Clínicas.



Figura 14: Análise de similitude entre os capítulos administrativos e assistenciais do Manual de Acreditação Qmentum



Fonte: Elaborada pela autora, com base no Manual de Acreditação Qmentum e apoio do *software* IRaMuTeq.

Nos capítulos administrativos do Manual de Acreditação Qmentum (Figura 14), foi formado um halo específico com os vocábulos “melhoria” e “qualidade”, conectando-os por uma linha de média espessura com o vocábulo principal “organização”. Também foi formado um halo de forte conexão com o vocábulo principal envolvendo as palavras “desenvolver”, “estratégico”, “implementar” e “método”, que pode indicar incentivos para que as ações sigam um modelo estruturado de implementação para alcançar as melhorias de qualidade na instituição. Em relação aos capítulos assistenciais, assim como na ONA, o termo “melhoria” também foi encontrado neste conjunto, permitindo entender que estímulos relacionados à inovação no Manual de Acreditação Qmentum também se desdobram nas temáticas de assistência aos pacientes e não somente na gestão.





## 5. COLETA DE DADOS EM CAMPO

A empresa selecionada para realização deste estudo caracteriza-se como um dos maiores Ecosistemas de Saúde do Brasil e reúne uma ampla rede de medicina diagnóstica, hospitais e gestão de cuidados em diversas regiões do país. Nos últimos anos, fortaleceu sua expansão pela aquisição de novas unidades, de modo que, atualmente, concentra mais de 50 mil colaboradores nas diversas áreas de atuação.

As fusões e integrações trouxeram amplitude no escopo de atendimento e diversos desafios para consolidação da marca, cultura organizacional, disseminação de práticas e políticas institucionais e padronização de processos.

Para realizar a coleta de dados, foi cumprido o protocolo estabelecido para este estudo. Após obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram agendadas as reuniões com os gestores corporativos da qualidade de cada uma das operações de negócios do Ecosistema de Saúde (hospitais, diagnóstico e cuidados integrados). O objetivo foi explicar o projeto, estabelecer o cronograma e selecionar as marcas e as unidades participantes do estudo.

As reuniões foram realizadas no mês de maio de 2022 com cada um dos responsáveis. As unidades foram indicadas buscando contemplar os 05 programas de acreditação analisados nesta pesquisa. Desta forma, ficou definido que os participantes seriam:

- **Hospitais**
  - Hospital 1, localizado no Distrito Federal: em processo de acreditação pela Qmentum, durante a coleta de dados.
  - Hospital 2, localizado em São Paulo: reacreditado pela JCI, em 2021.
- **Diagnóstico**
  - Marca de diagnóstico 1, com unidades localizadas em São Paulo: em processo de acreditação pelo PALC, durante a coleta de dados. A marca de diagnóstico 2, com unidades localizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro, entretanto, neste estudo, foram contempladas apenas as unidades de São Paulo que, durante a coleta de dados, estavam em processo de manutenção da acreditação pelo Padi.
- **Cuidados Integrados**
  - Programa de atendimento domiciliar localizado em São Paulo: em processo de manutenção da acreditação pela ONA, durante a coleta de dados.

- **Áreas ligadas diretamente a projetos de Inovação**

- Conjunto de quatro áreas corporativas do Ecossistema de Saúde que lidam com projetos voltados para Inovação e que estão distribuídas em diferentes diretorias e com escopos de atuação transversais, ou seja, lidando com uma ou mais vertical assistencial.

Nesta reunião, após validar as unidades que participariam da pesquisa, foi ajustado com os gestores o cronograma de auditoria (presencial ou virtual) de cada acreditação para que fosse cumprida a etapa de observação necessária para executar este estudo. Dentre as unidades escolhidas, o Hospital 2 já tinha passado pela avaliação da JCI, em 2021, e a Marca de diagnóstico 2 seria auditada pelo Padi, após o prazo da coleta de dados da pesquisa. Portanto, a etapa de observação da auditoria não pode ser realizada nestas duas unidades. Quanto às demais unidades, a pesquisadora foi autorizada a acompanhar todas as auditorias *in loco* ou no formato virtual, quando fosse o caso.

Como próximo passo, os gestores indicaram representantes de cada uma das unidades para serem pontos focais na coleta de dados.

Em relação à análise documental, a pesquisadora solicitou aos representantes de cada uma destas unidades, os documentos necessários para compreender o cenário antes, durante e após a acreditação. Os documentos solicitados, conforme o método proposto nesta pesquisa foram:

- Relatórios das auditorias internas daquele método de acreditação;
- Relatórios das auditorias externas daquele método de acreditação (para os serviços em processo de manutenção);
- Documentos internos produzidos a partir dos requisitos dos manuais (antes e depois da auditoria);
- Registros de progressão das ações planejadas para a acreditação e análise dos resultados das ações concluídas (controle de ações);
- Registros das provas de conceito de empresas que tenham sido trazidas como fornecedoras para atender a alguma exigência da acreditação;
- Cronograma e registros das auditorias internas realizadas;
- Registros/relatórios/apresentações referentes à implantação de outros projetos, planos e práticas considerados relevantes para a organização.

Em relação às áreas de projetos e de inovação, o processo de coleta de dados e de informações seguiria uma sistemática semelhante à das operações assistenciais. No entanto, a reunião e o planejamento com estas áreas aconteceram após o início da coleta de dados em hospitais, diagnóstico e cuidados integrados, pois era importante que a pesquisadora entendesse como estas unidades relacionavam-se com as áreas corporativas. Participaram deste estudo quatro áreas distintas, que não foram identificadas por questões de privacidade das informações.

Em reunião com os representantes de cada uma dessas áreas, foi explicada a proposta deste estudo e foram solicitados os documentos relacionados aos projetos em desenvolvimento. Em seguida, foi estabelecido o cronograma para realizar as entrevistas.

Os passos da coleta de dados em cada unidade participante desta pesquisa foram detalhados a seguir.

## 5.1 COLETA DE DADOS EM HOSPITAIS

### 5.1.1 Hospital 1 – em processo de acreditação pela Qmentum

O Hospital 1 está localizado no Distrito Federal e foi inaugurado em março de 2020. Até o momento do desenvolvimento desta pesquisa, ainda não possuía acreditação, mas se encontrava em processo pela Qmentum.

O primeiro contato com o gestor da qualidade do hospital foi em junho de 2022, para lhe explicar em que consistia a pesquisa, validar o cronograma de auditoria pela Qmentum e solicitar a documentação necessária para análise. O gestor esclareceu que, em agosto de 2022, seria realizada uma auditoria de educação, conduzida pela empresa que representa a Qmentum nos hospitais do Brasil. A pesquisadora foi autorizada a participar desta auditoria como observadora.

Neste intervalo, foram enviados para análise da pesquisadora os instrumentos com os apontamentos encontrados nas auditorias internas realizadas pelos times do hospital e a priorização dos projetos que deveriam ser desenvolvidos para cumprir com os requisitos, todos com proposta de execução pelas próprias equipes do hospital.

Após a auditoria, para aproveitar o deslocamento da pesquisadora de São Paulo para o Distrito Federal, a mesma visitou *in loco* as unidades assistenciais e de operação e realizou as entrevistas.

Como finalização do processo de coleta de dados referentes a este hospital, após o envio do relatório de auditoria pela empresa e análise pelos times internos, foram-lhe enviados os

materiais complementares para análise, tais como o planejamento do que ainda precisava ser implantado na instituição para cumprir com os apontamentos trazidos no relatório da visita de educação.

#### 5.1.2 Hospital 2 – reacreditado pela JCI, em 2021

O Hospital 2 localiza-se na cidade de São Paulo e, desde 2012, possui acreditação pela JCI, sendo que, antes disso, já tinha tido experiências com outras metodologias nacionais.

O primeiro contato com o gestor da qualidade do hospital foi em junho de 2022, para lhe explicar a pesquisa e solicitar a documentação necessária para análise. Como o hospital possui dez anos de acreditação pela JCI, foram selecionados para análise os documentos correspondentes ao último ciclo de avaliação (2021).

Os documentos foram enviados à pesquisadora e, após a análise, foi agendada uma visita presencial no hospital. Nesta visita, após conhecer a história do hospital e sua dinâmica de organização dos projetos e dos planos de ação, foram realizadas as entrevistas.

#### 5.1.3 Gestão da qualidade corporativa e Alta liderança de hospitais

Conforme proposto na metodologia desta pesquisa, além de investigar cada uma das unidades hospitalares selecionadas para este estudo, buscou-se entender também qual a visão da qualidade corporativa da operação de hospitais, bem como da alta liderança sobre os aspectos de acreditação e as práticas inovadoras estudados nesta pesquisa. Para tanto, foram realizadas entrevistas virtuais com o gestor corporativo da qualidade e com um dos diretores relacionados às áreas que gerenciam esses processos de qualidade e de segurança dos pacientes.

### 5.2 COLETA DE DADOS NAS MARCAS DE DIAGNÓSTICO

Na operação de diagnóstico, a gestão das creditações de todas as marcas da rede fica centralizada na área de qualidade corporativa. Por isso, esta área foi o ponto focal das unidades selecionadas para este estudo.

### 5.2.1 Marca de diagnóstico 1: em processo de acreditação pelo PALC

Como a marca seria auditada em setembro de 2022 pelo PALC, de forma virtual, então, foi solicitado para análise toda a documentação relacionada com os processos de auditoria interna e com a preparação para a acreditação.

Como finalização do processo de coleta de dados referentes ao laboratório, após o envio do relatório de auditoria pela empresa e a análise pelos times internos, foram enviados para análise também os materiais complementares, como o planejamento do que ainda precisaria ser implantado na instituição para cumprir com os apontamentos trazidos no relatório da auditoria.

Em seguida, o representante da qualidade indicou um colaborador do núcleo técnico, que dá suporte junto aos times do laboratório em relação às demandas derivadas dos processos de acreditação, para ser entrevistado virtualmente.

É importante salientar que os processos de organização e de preparação para a auditoria, com exceção da implantação na prática das ações, foram alinhados em reuniões virtuais com os diferentes times da instituição.

### 5.2.2 Marca de diagnóstico 2: em processo de manutenção da acreditação pelo Padi

Como a marca seria auditada somente no final do ano de 2022, quando já teria sido encerrado o prazo para a coleta de dados desta pesquisa, não foi possível à pesquisadora acompanhar presencialmente a visita de manutenção da acreditação.

Portanto, foi solicitada para análise toda a documentação relacionada com os processos de auditoria do ciclo anterior do Padi (2020), com a auditoria interna e com a preparação para a auditoria de manutenção de 2022.

Em reunião virtual realizada ao longo da coleta de dados, a equipe da qualidade corporativa esclareceu algumas dúvidas sobre o processo de acreditação da marca. Além disso, foi indicado um especialista da área de enfermagem, que intermediaria a condução dos planos de ação nesta marca, para ser entrevistado. A partir de então, outros esclarecimentos foram possíveis sobre o contexto da acreditação Padi na marca.

### 5.2.3 Gestão da qualidade corporativa e Alta liderança de diagnóstico

Conforme proposto na metodologia desta pesquisa, além de investigar cada uma das marcas de diagnóstico selecionadas para este estudo, buscou-se entender também qual a visão

da qualidade corporativa da operação de diagnóstico, bem como, da alta liderança sobre os aspectos de acreditação e as práticas inovadoras estudadas nesta pesquisa.

Para tanto, foram realizadas entrevistas virtuais com dois gestores corporativos da qualidade e com o representante da alta liderança das marcas.

Cabe salientar que um dos gestores da qualidade corporativa representa um elo importante entre a implantação/manutenção das acreditações nas marcas e os times de cada uma delas, por isso, neste estudo, ele transitou entre os aspectos de uma visão tanto gerencial quanto operacional.

### 5.3 COLETA DE DADOS EM CUIDADOS INTEGRADOS: EM PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA ACREDITAÇÃO ONA PARA O PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Em reunião com o time de Operações de Cuidados Integrados, em maio de 2022, foi explicada a proposta desta pesquisa e alinhado que o programa de Atendimento Domiciliar participaria deste estudo, por ser o único serviço acreditado nesta operação assistencial.

Como a auditoria de manutenção pela ONA estava agendada para junho de 2022, o processo de coleta de dados nesta unidade foi invertido: primeiramente, foi acompanhada a avaliação presencial e foi visitada a unidade de Cuidados Integrados; para em seguida, solicitar a documentação a ser analisada para esta pesquisa e realizar as entrevistas.

Cabe salientar que a gestão do programa de atenção domiciliar é realizada por um time centralizado na unidade de Cuidados Integrados e que não foi possível acompanhar a visita de avaliação nos domicílios pela limitação do número de pessoas autorizadas pelos familiares e cuidadores dos pacientes assistidos.

Como parte do processo de coleta de dados em Cuidados Integrados, após o envio do relatório de auditoria pela empresa e análise pelos times internos, foram solicitados para análise os materiais correspondentes ao ciclo anterior e ao ciclo atual da acreditação ONA.

#### 5.3.1 Gestão da qualidade e Alta liderança de Cuidados Integrados

Conforme proposto na metodologia desta pesquisa, além de investigar o programa de atenção domiciliar selecionado para este estudo, buscou-se entender também qual a visão da qualidade, bem como, da alta liderança sobre os aspectos de acreditação e as práticas inovadoras estudadas nesta pesquisa. Por isso, foram realizadas entrevistas virtuais com o gestor local da qualidade (que atua também em projetos de melhorias na divisão de Cuidados Integrados) e

com o representante da alta liderança a qual estão subordinadas as áreas participantes deste estudo.

#### 5.4 COLETA DE DADOS JUNTO ÀS ÁREAS DE INOVAÇÃO E DE PROJETOS

Considerando a proposta deste estudo, a primeira área identificada para entender os projetos existentes na rede com foco em inovação (com ou sem origem pelos programas de acreditação) foi a área que se relaciona com o engajamento com *startups*, responsável pela intermediação entre as demandas do Ecossistema de Saúde e o portfólio de *startups* parceiras existentes no mercado.

No momento da coleta de dados desta pesquisa, essa área estava localizada em São Paulo, em uma comunidade internacional que reúne parceiros estratégicos, *startups* e mantenedores que buscam realizar negócios com estes *players*.

Durante visita a esta área, foram coletados documentos relacionados aos projetos desenvolvidos; foi entendido o contexto de atuação das *startups* com o Ecossistema de Saúde; e foi entrevistado o respectivo representante.

Após esse reconhecimento, os detalhes dos projetos em andamento foram enviados para análise documental.

Em relação às três demais áreas relacionadas à inovação que compõem esse conjunto, estas são representadas por profissionais que trabalham com iniciativas de inovação transversal em toda a rede. Como não existem áreas físicas a serem visitadas, foram entrevistados os membros destas equipes buscando compreender seus escopos. Foram solicitados para avaliação os materiais dos projetos que estão sob a responsabilidade de cada um deles, conforme sistemática estabelecida na metodologia desta pesquisa.

#### 5.5 CUMPRIMENTO DO PROTOCOLO DE PESQUISA PARA COLETA DE DADOS

O Quadro 2 apresenta as etapas estabelecidas para a coleta de dados nas unidades selecionadas refletindo o protocolo de investigação proposto neste estudo.

Quadro 2: Etapas estabelecidas para a coleta de dados nas unidades selecionadas

<b>Etapa /Unidade</b>	<b>Hospital 1</b>	<b>Hospital 2</b>	<b>Diagnóstico 1</b>	<b>Diagnóstico 2</b>	<b>Cuidados Integrados</b>	<b>Área de inovação 1</b>	<b>Área de inovação 2</b>	<b>Área de inovação 3</b>	<b>Área de inovação 4</b>
Reunião com os gestores para explicar a proposta deste estudo	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análise documental	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Observação da auditoria de acreditação	X		X		X	Não sofre auditoria de acreditação	Não sofre auditoria de acreditação	Não sofre auditoria de acreditação	Não sofre auditoria de acreditação
Entrevista nível tático	X	X	X	X		X	X		X
Entrevista nível operacional	X	X	X	X					
Entrevista nível estratégico	X	X	X		X	X			

Fonte: Elaborado pela autora.



## 6. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Seguindo o protocolo de investigação proposto neste estudo, os dados foram analisados considerando os documentos coletados, a observação *in loco* das auditorias realizadas e as entrevistas com as pessoas selecionadas, formando uma triangulação entre documentos, observação e entrevistas. O cruzamento das informações dessas diversas fontes permitiu entender as particularidades de cada caso, que foram apresentados de acordo com cada cenário. Ao todo, foram 06 casos, pois as áreas de projeto e inovação, que ficam descentralizadas nas unidades de negócio do Ecosystema, foram consideradas neste estudo, como um caso específico e foram 18 entrevistados. Como mencionado, os níveis tático e estratégico das unidades de negócio possuem intersecção entre as unidades avaliadas e, por isso, os achados das entrevistas foram repetidos em todos os casos.

### 6.1 CASO 1: HOSPITAL 1 – IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO QMENTUM

No Hospital 1 (Caso 1), foi possível coletar dados a partir de todas as fontes propostas neste estudo: documentos obtidos junto à unidade, observação *in loco* na auditoria e entrevista com 4 colaboradores ligados ao hospital (Tabela 2). Este hospital está trabalhando com a acreditação Qmentum e até o momento da finalização desta análise, ainda estava no processo de implantação. Por isso, apesar de ter passado por auditorias de educação e simulação do processo, ainda não pode ser considerado como “acreditado”. Os achados de cada uma das fontes foram mencionados a seguir.

#### 6.1.1 Análise Documental – Caso 1

Como mencionado, foram solicitados ao Hospital 1 (Caso 1) os documentos referentes aos relatórios de auditorias realizadas na unidade e os planos e projetos atribuídos ao processo de acreditação.

Nos documentos avaliados, foram identificados 14 (catorze) planos e projetos relacionados ao cumprimento de requisitos da Qmentum. Destes, somente 03 (três) podem ser considerados com potencial para inovação, sendo 02 (dois) relacionados à inovação de processos e 01 (um) relacionado à inovação de produto/serviço.

O Quadro 3 apresenta os planos e projetos analisados referentes ao Hospital 1 (Caso 1).

Esses planos foram idealizados a partir das auditorias externas anteriores e revelam a característica de terem sido definidos para cumprir com o objetivo de cada padrão, capítulo ou

requisito do Manual de Acreditação Qmentum. Em sua maioria, são ações pontuais e/ou que envolvem: criação de instrumentos de controle; elaboração de documentos normativos; e realização de mudanças estruturais/físicas.

As auditorias internas do Caso 1 foram atreladas ao alinhamento do *status* das ações acima, representando pouco ou quase nenhum estímulo às equipes do hospital para pensarem em iniciativas para além de atender aos requisitos.

Este achado direciona para o entendimento de que uma organização que está em processo de implantação de uma acreditação pode ser mais conservadora ao elaborar propostas para cumprir com os requisitos de um programa, considerando a inexperiência no processo e a pouca visibilidade de como pode ser a interpretação dos auditores em relação às iniciativas apresentadas.

Uma instituição que está implantando um programa de acreditação possui maior necessidade de correção, adequação e revisão de processos e estruturas mais básicas, o que faz com que as equipes foquem no nivelamento do cenário atual atingindo pelo menos o mínimo que é exigido por estes programas, para só então, se propor a pensar em ações mais ousadas para contemplar os requisitos.

Por mais que a análise de conteúdo dos manuais de acreditação tenha evidenciado maior oportunidade para as organizações de saúde inovarem por meio dos requisitos dos capítulos administrativos, as iniciativas encontradas na análise documental deste hospital revelaram que a maioria expressiva foi para atender a algum requisito dos capítulos assistenciais.

Um exemplo de iniciativa inovadora na unidade é a utilização de uma ferramenta (customizada de sua versão original para a rede de hospitais da qual este hospital faz parte) para comunicar todos os casos suspeitos de Acidente Vascular Cerebral em uma plataforma de telessaúde. Deste modo, os neurologistas de São Paulo podem avaliar e fazer o diagnóstico rapidamente podendo dar início precoce ao tratamento.

Essa iniciativa não foi originada para cumprir com o programa de acreditação, mas teve alinhamento para atender a um requisito relacionado à comunicação rápida para uma assistência mais bem-sucedida. Apesar da inexistência de mensuração do impacto dos resultados, este projeto apareceu na seção de entrevistas, sendo mencionado pelos participantes, desde o nível operacional até o estratégico, inclusive, revelando que, nesta unidade, ações ou projetos envolvendo tecnologia são mais comuns de serem associados à inovação. Isso dificulta que a elaboração de mudanças processuais, por exemplo, também seja interpretada como inovação.

Quadro 3: Planos e projetos realizados referentes ao Hospital 1 (Caso 1)

Planos e projetos para cumprir com os requisitos	Para atender a qual requisito da acreditação?	Representa qual tipo de inovação?
Rever o mapeamento iniciado no Pronto Socorro (PS), UTI (Unidade de Terapia Intensiva, CC (Centro Cirúrgico) e realização do mapeamento do SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica).	Gestão Integrada da Qualidade	Não representa
Compartilhar sistematicamente com as lideranças referentes aos principais tópicos negativos da pesquisa.	Gestão Integrada da Qualidade	Não representa
Reorganizar o fluxo da equipe de anestesia, CC e da farmácia para garantir os processos de qualidade e segurança.	Gestão Integrada da Qualidade	Não representa
Realizar a aplicação da pesquisa de cultura de segurança.	Gestão Integrada da Qualidade	Não representa
Estruturar o plano de resposta a situações de emergência.	Preparação para Emergência e Desastres	Não representa
JOIN - ferramenta para notificar AVC (Acidente Vascular Cerebral) e o paciente ser assistido por telemedicina em qualquer lugar do país.	Comunicação	Produto/serviço
Realizar integração específica de atendimento e integração médica. Treinamento de habilidades cognitivas e interpessoais - Lideranças.	Capital Humano	Não representa
Utilizar os <i>rounds</i> multidisciplinares para direcionar o planejamento assistencial e de alta.	Episódio do Cuidado	Processo
Instituir o protocolo de dor e analgesia adulto e pediátrico.	Episódio do Cuidado	Não representa
Implantar o desfecho clínico em fase inicial com os protocolos gerenciados (AVC, Dor Torácica (DT) e SEPSE).	Gestão Clínica	Não representa
Fazer o levantamento do número de itens prescritos com frequência "A Critério Médico" nas unidades do hospital. Construir o Procedimento Operacional Padrão (POP) com orientação sobre prescrição de medicamentos ACM, "se necessário".	Gestão de Medicamentos	Não representa
Avaliar o dispensário Oncologia. Revisitar o fluxo na Hemodinâmica e fazer a montagem de <i>kit</i> para Hemodinâmica.	Gestão de Medicamentos	Não representa
Card - Lista de dupla checagem no Beira Leito. Sinalização do medicamento de dupla checagem - invalidado. Posicionar a prescrição de medicamentos de alta vigilância.	Gestão de Medicamentos	Processo
Analisar os encaminhamentos de pacientes da unidade de internação para a terapia intensiva, identificando as oportunidades de melhoria. Formulário de notificação criado. Analisar todos os casos que precisam ser estruturados.	Serviço de internação	Não representa

Fonte: Elaborado pelos colaboradores do Hospital e ajustado pela autora, com base nos dados coletados.

Esse intercâmbio de iniciativas (sem origem na acreditação, mas que permite ser uma evidência para cumprir com os requisitos) poderia ser estimulado tanto pelas auditorias internas, quanto pelas discussões dos projetos, fomentando oportunidades para práticas inovadoras pelos times e estimulando as equipes a pensarem outras formas de atenderem às solicitações dos programas de acreditação.

Outros elementos observados nas documentações são quanto aos prazos de implantação das iniciativas. A brevidade com que as ações precisam ser implantadas para serem evidenciadas nas auditorias, muitas vezes, leva a soluções mais superficiais e/ou mais práticas.

Os arquivos dos planos analisados possuem descrições sucintas do que seria realizado para atender aos requisitos e quem seriam as pessoas que comporiam os times responsáveis por cada execução. Nas reuniões de acompanhamento realizadas pela área da Qualidade do hospital, apenas os *status* são atualizados. Não foram recebidas evidências adicionais da caracterização de cada plano de ação.

Um aspecto de destaque desta análise documental é que nos relatórios de auditoria enviados ao hospital pela empresa que realizou as avaliações de diagnóstico situacional e de educação (esta acompanhada pela pesquisadora), os pontos de não conformidade foram reportados, muitas vezes, de forma ampla e pouco explicativa. Por exemplo: “Implementar as ações definidas para o desenvolvimento das lideranças”. Esse tipo de devolutiva, além de pouco direcionadora, implica em uma falta de clareza por parte das equipes sobre o que deve/pode ser feito para atender e, conseqüentemente, leva à insegurança para atribuir ações menos conservadoras ao cumprir com cada uma das exigências. Soma-se a isso, um baixo apetite por testar coisas novas quando não se sabe exatamente como cada requisito será avaliado.

Em contrapartida, nos relatórios foram encontrados apontamentos relacionados à necessidade de desenvolver melhorias pelo auditado (termo este identificado nas análises de conteúdo como elementos de um potencial estímulo à inovação). Apontamentos como: “Desenvolver as lideranças dos processos assistenciais para analisar os indicadores e definir os planos de melhoria” e “Analisar os encaminhamentos de pacientes da unidade de internação para a terapia intensiva, identificando as oportunidades de melhoria” exemplificam como a Qmentum requer de seus avaliados a realização contínua de melhorias nos processos da organização. Corroborando o achado na análise de conteúdo, o termo “melhoria” no manual da Qmentum fez-se presente de forma recorrente tanto nos capítulos administrativos, quanto nos assistenciais.

Por fim, o fato de não haver um método organizacional para o gerenciamento de projetos implicou em registros mais superficiais sobre o andamento das ações desenvolvidas. Esse tópico foi abordado em profundidade nas entrevistas.

#### 6.1.2 Observação da auditoria – Caso 1

Em relação à observação *in loco*, foi possível acompanhar a auditoria denominada “auditoria de educação” realizada como parte do processo de implantação da acreditação Qmentum. Este formato de auditoria foi realizado por avaliadores brasileiros, certificados pelo método da Qmentum, como forma de simular uma auditoria de acreditação. Neste momento, foram levantados os pontos que poderiam ser questionados pelos avaliadores na auditoria principal, neste hospital, prevista para o primeiro semestre de 2023.

A visita ocorreu nos dias 23 e 24 de agosto de 2022 e contou com duas avaliadoras, sendo uma enfermeira e uma farmacêutica. Com algumas semanas de antecedência à auditoria, foi enviado ao hospital o plano de avaliação no qual constavam as reuniões e as áreas que seriam auditadas.

Um aspecto que chama a atenção nos planos de auditoria é o tempo limitado que cada auditor possui durante as etapas de avaliação, de modo que, muitas vezes, a auditoria é conduzida como uma espécie de *checklist*, sem muitas oportunidades de trocas entre avaliador e avaliado.

As principais etapas deste processo de auditoria foram destrinchadas a seguir, conforme observação da pesquisadora.

O primeiro dia de avaliação contou com uma apresentação institucional da liderança do hospital, bem como com uma reunião das avaliadoras com a liderança executiva. As seções “Gestão de pessoas”, “Preparação para emergências e desastres”, “Oncologia” e “Gestão de medicamentos” também fizeram parte deste dia de avaliação.

##### 6.1.2.1 Reunião de abertura com as auditoras e a alta liderança do hospital – Caso 1

As auditoras deram início à reunião, explicando o objetivo daquela avaliação e mencionando o objetivo de verificar o quanto o hospital estava aderente ao método da Qmentum.

Ao longo da apresentação do hospital e do ecossistema de saúde do qual ele faz parte, foi observado pela pesquisadora que, apesar de um dos valores da empresa ser “Ousadia para

inovar”, esta temática não apareceu de forma explícita entre os objetivos estratégicos da rede ou mesmo entre os projetos estratégicos definidos pelo hospital.

Nesta reunião, as auditoras também questionaram sobre as práticas de governança, os comitês de ética, a bioética e os indicadores que monitoravam os processos de forma integrada, mas não citaram a temática de inovação.

Em relação à “Excelência”, um dos pilares avaliados pela Qmentum e que preconiza a avaliação de pertinência das melhorias implantadas com base em impactos, o hospital apresentou indicadores de desempenho assistencial e segurança do paciente, mas não apresentou informações em relação às práticas que pudessem ser consideradas inovadoras para a melhoria dos processos mensurados por estes indicadores. Como foi possível analisar na etapa documental, apenas três projetos/planos deste hospital puderam ser classificados com algum tipo de inovação.

As auditoras questionaram os profissionais sobre como os objetivos estratégicos eram desdobrados do nível corporativo para o nível operacional, mas não questionaram sobre as ações ou métodos para garantir o cumprimento destes.

A reunião encerrou-se sem questionamentos adicionais e as auditoras separaram-se, deslocando-se para as demais reuniões do dia. Apesar da constante disponibilização para esclarecer as dúvidas, não houve questionamentos por parte dos participantes do hospital. Percebia-se uma ansiedade para iniciar as visitas às unidades.

#### 6.1.2.2 Interação entre as auditoras e as equipes: visita às unidades e reuniões para avaliar as temáticas relacionadas à Oncologia e à Gestão de Medicamentos – Caso 1

Nas visitas que ocorreram para cumprir com as demais seções do primeiro dia, foi observado que os questionamentos realizados visavam atender objetivamente aos requisitos do manual, focando e restringindo-se a aspectos básicos de segurança dos pacientes e de rastreabilidade dos processos. Cabe salientar que, nos momentos em que as auditoras se separavam nas avaliações, a pesquisadora precisava selecionar as seções das quais participaria. No entanto, a percepção da pesquisadora foi validada pelos entrevistados do hospital (explorada no próximo item).

A auditora acompanhada pela pesquisadora pediu para ver os documentos dos prontuários, a organização dos medicamentos no setor de enfermagem, os registros dos cuidados prestados no sistema da unidade, os protocolos de administração de quimioterápicos e a análise de óbitos.

Mesmo com a temática assistencial, durante as entrevistas com os colaboradores não foram realizadas perguntas sobre como as oportunidades de melhorias dos processos eram identificadas e trabalhadas pelas equipes ou mesmo quais projetos estavam sendo executados por elas. Pôde-se perceber que a avaliadora estava seguindo o roteiro de requisitos daquele capítulo do manual de acreditação, limitando os conteúdos das discussões ao cumprimento, ou não, das exigências requeridas pelo mesmo.

No segundo dia de avaliação, as seções envolveram “Emergência adulto”, “Diagnóstico por imagem” e “Hemodinâmica” e foram repassados os achados obtidos no dia anterior da auditoria à liderança do hospital. Novamente, os aspectos de auditoria ficaram centrados em requisitos assistenciais, sem questionamentos por parte dos auditados, por exemplo, sobre como o hospital cumpria, pretendia ou mesmo poderia cumprir com determinadas exigências, dando espaço para ideias para gerar inovação.

Na visita à “Emergência Adulto”, a auditora acompanhada pela pesquisadora fez o mesmo trajeto dos pacientes nas áreas assistenciais. Ela entrevistou colaboradores e, em determinado momento, pediu à equipe que a acompanhava na avaliação (inclusive, a pesquisadora) que se afastasse para que ela pudesse auditar a sós uma técnica de enfermagem. Naquele momento, não foi possível saber o que havia sido perguntado.

Percebeu-se que esse tipo de conduta gerou desconforto nos auditados, que ficaram inseguros sobre o que estava sendo perguntado, restringindo, ainda mais, a proatividade por parte deles para exporem algo além do que o manual solicita.

Por mais que o clima da auditoria tivesse um caráter educativo e abrisse possibilidade para realizar trocas de experiências, fomentando ideias para novos projetos, as auditoras tinham uma visão focada no manual e os colaboradores estavam cautelosos em relação ao que conseguiriam evidenciar como conformidade ao processo de avaliação. Essa relação “engessada” limitava os espaços de conversas que iam além da exibição de evidências.

#### 6.1.2.3 Reunião de encerramento – Caso 1

Na reunião de encerramento da auditoria, todas as seções e seus respectivos apontamentos foram repassados pelas avaliadoras para aos membros do hospital, trazendo aspectos como “padronização de protocolos e procedimentos na Oncologia”, “análise de óbitos”, “estabelecimento de critérios para alta segura do Pronto Socorro”, “definição de um fluxo seguro de medicamentos psicotrópicos na hemodinâmica” e “monitoramento dos sinais vitais dos pacientes que utilizaram contraste para a realização de exames de imagem”.

Pelas orientações trazidas pelas avaliadoras para que a equipe do hospital pudesse se preparar para a avaliação de acreditação, foi percebido pela pesquisadora que não houve exploração de requisitos identificados como contendo potencial para estímulo à inovação, mas foram abordados os requisitos voltados às estruturas e aos processos básicos para gestão e segurança dos pacientes e dos processos de atendimento.

Ao término da avaliação e da reunião de encerramento, os auditados estavam temerosos sobre o quão aderente estavam em relação ao manual da Qmentum. As auditoras por sua vez, elogiaram a transparência dos times ao exporem as evidências e a cordialidade com que foram tratadas, mantendo-se disponíveis para sanar eventuais dúvidas sobre a auditoria.

### 6.1.3 Entrevistas: Nível Operacional, Tático e Estratégico – Caso 1

Para realizar as entrevistas, foram utilizados os Roteiros 1 e 3 (Apêndices 1 e 3, respectivamente). Participaram deste estudo 4 entrevistados, a saber: o gestor da qualidade local e um colaborador de uma das áreas de apoio, que oferecem suporte às áreas assistenciais com participação efetiva no desenvolvimento das ações relacionadas à acreditação; e, considerando-se o contexto de hospitais, o gestor corporativo da qualidade e um representante da alta liderança da vertical de hospitais.

Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?**, buscou-se compreender, no **contexto geral**, uma eventual **relação entre acreditação e inovação**, sob o ponto de vista dos participantes. Todos os entrevistados responderam que sim. No entanto, a visão diferiu entre os diferentes níveis hierárquicos quanto a esse potencial de inovação trazido pelos programas de acreditação em relação ao tipo de estímulo provocado.

Para os colaboradores da unidade e para o representante da alta liderança da vertical de hospitais, a acreditação traz mudanças na estruturação dos processos que, por sua vez, desembocam em melhorias, quando comparadas a um cenário sem acreditação. Os requisitos determinam que algumas práticas devem ser estruturadas e monitoradas para incrementos contínuos, por exemplo. O gestor da qualidade local relatou: “Uma vez que foi predeterminado que a gente iniciasse um processo de acreditação [...] em um ano, a gente viu uma transformação muito grande no hospital, né? Então tanto em processos, como algo que a gente não tinha dentro do hospital e passou a ter” (Gestor da qualidade local – Caso 1). O representante da alta liderança da vertical de hospitais – Caso 1 relatou:



Essa é uma resposta que eu não tenho nenhuma dúvida, tá? [...] E muitas vezes, pode ser uma dor, tá? Há uma necessidade, inclusive, de você aumentar corpo de trabalho. Você aumentar e mudar processos, tornar a operação mais burocrática e eu acho que hoje a gente está vivendo, no setor, um momento que é: você não pode deixar de fazer, esse é um bom exemplo, tá? [...] E aqui, eu acho que a inovação é chave nos mesmos drivers buscando eficiência, né? Como é que você pode fazer isso, mas trazendo qualidade pro cuidado? [...] Então, o que eu acho que a qualidade das certificações hoje busca inovação. Exatamente como a gente pode fazer diferente, trazendo esse patamar de qualidade, mas mantendo eficiência e efetividade que acho que é uma coisa importante nessas organizações ambidestras, né?” (Representante da alta liderança da vertical de hospitais – Caso 1),

No entanto, o gestor corporativo da qualidade, apesar de concordar que a melhoria trazida pelos programas de acreditação pode estimular a inovação nos hospitais, fez uma ressalva:

“[...] Eu acho que, sem dúvida nenhuma, as metodologias de acreditação, umas mais, outras menos, elas têm esse propósito sim. Eu acho [...] que ela consegue concluir, talvez, o seu principal objetivo, que é garantir a segurança dentro de uma organização. Mudança e melhoria porque na realidade, eu estou pensando mais só na melhoria, né? E aí, vem a questão do IHI (Institute of Healthcare Improvement) dizendo que nem toda mudança é uma melhoria. Então, o fato de você mudar não necessariamente, faz com que você melhore, né?” (Gestor corporativo da qualidade de hospitais – Caso 1).

Além disso, o representante da alta liderança de hospitais elencou as acreditadoras como parceiras das organizações de saúde na busca por inovação e as acreditações como uma forma de diferenciação entre serviços de saúde no Brasil e no mundo.

Pensando no contexto específico de cada unidade, em relação à pergunta: **Você percebe maior disposição da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?**, buscou-se compreender, **dentro de cada contexto, se esse estímulo à inovação poderia ser potencializado**. As opiniões dos entrevistados divergiram. Enquanto os colaboradores internos do hospital entenderam que mudanças originadas pelos programas de acreditação têm maior potencial para serem chanceladas pela direção da organização; na visão do gestor corporativo da qualidade, em um nível maior de liderança, ou seja, olhando para a visão estratégica da vertical como um todo, os programas de acreditação não têm a mesma força quando comparados com o nível de unidade. Ele comentou:

Mas se a gente for pensar assim, há dois anos atrás o board da (empresa) da operação hospitais, ele não era muito próximo a conceitos e ao propósito das metodologias de acreditação. E aí, hoje, a gestão dos nossos hospitais ela é pautada por a gente implementar conceitos de cultura de segurança, os pilares das organizações de auto confiabilidade. Então, a gente tem uma autonomia pra promover mudanças e melhorias que estejam ligadas à sustentação desses e por si, a construção da cultura [...] Porque num universo menor, ela (a acreditação) pode ser a origem. Então, se eu estou num hospital muito pequenininho que não tem uma dimensão maior fora dele, que ele está se vendo por si próprio, aí eu acho que a acreditação pode ser origem (das mudanças) (Gestor corporativo da qualidade – Caso 1).

Considerando a percepção dos entrevistados, no que tange à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?**, buscou-se compreender como pode ser estreitada essa relação entre acreditação e inovação dentro da rede. As opiniões dos entrevistados divergiram. Os colaboradores do Hospital 1 acreditam que os projetos desenvolvidos por eles são locais e, em alguns casos, podem extrapolar os limites da organização, sendo expandidos para a regional ou para a rede como um todo. Eles não se veem integrados ou orientados a terem as áreas corporativas como recurso no desenvolvimento dos projetos. O gestor da qualidade local relatou:

Geralmente, essas primeiras mudanças, elas são locais. Então, a gente, a princípio, monta a estratégia pra ajuste e processo ou até próprios projetos, isso é local, mas nada impede de que se for um de sucesso, a gente conseguir expandir isso pra nível regional, nacional, mas a princípio a criação de projetos é interna. A gente tem um modelo corporativo pra fazer esse tipo de exposição, mas assim, eu acho que assim, isso sendo bem sincero, (falta) mais divulgação, né? Sim, pra que a gente consiga solicitar apoio (Gestor da qualidade local - Caso 1).

O colaborador operacional relatou: “Sim, eu particularmente não conheço. Se eu preciso pra minha área, pro meu setor, eu não sei nem recorrer. Eu fico fechadinho aqui” (Colaborador operacional – Caso 1).

Na visão do gestor corporativo, as iniciativas são integradas quando envolvem um contexto mais amplo, comum a todos os hospitais. Por exemplo, as temáticas relacionadas à segurança do paciente. No entanto, para situações pontuais de cumprimento dos requisitos de acreditação por cada unidade, a integração não é tida como um aspecto presente entre as unidades e a vertical de hospitais.

Então, assim, um tema hoje muito presente nos serviços de saúde é como identificar e manejar uma deterioração clínica, que não está ali no curso natural da doença. E aí, se a gente for fazer um paralelo aqui, a última edição do manual da Joint no capítulo de cuidado ao paciente, colocou uma sessão só sobre deterioração clínica. Então, se eu for olhar essa edição do manual, da nova edição do manual, com as necessidades de dado e com os projetos que a gente vem desenvolvendo, aí eles estão se conversando, entendeu? (Gestor corporativo – Caso 1).

O representante da alta liderança de hospitais, por sua vez, considerou que as iniciativas de qualidade e de inovação estão integradas. Ele entende que a segurança do paciente é um dor do negócio e que as equipes que trabalham com inovação no Ecossistema dão suporte para resolvê-la.

Porque as dores que a gente tem de negócio hoje, e de novo, o nosso negócio é prestar atenção à saúde, né? Cuidar das pessoas, né? E acho que é muito legal isso na área médica, né? Acho que as diretorias, as nossas dores alimentam a área de operações médicas que é a que tem lá dentro a inovação, né? [...] Esses projetos que rodam hoje

endereçam, são endereçados pelas dores de negócio. Então, acho que tem uma conexão aqui muito boa. [...] Tanto que a gente fez, olha que legal, estamos usando uma ferramenta que já existia que era o Join, montou um tele stroke [...] de que o nosso neurologista que fica no Hospital (em São Paulo) atende códigos AVC de sete hospitais nossos hoje da rede. Eu estou oferecendo o melhor cuidado sem colocar e aumentar o número de médicos e número de carga horária, e não é nem só colocar médico, né? [...] Então esse é um baita exemplo, tá? De como que a inovação endereça a dor de negócio de trazer eficiência e qualidade, né?” (Representante da alta liderança da vertical de hospitais – Caso 1).

Esse projeto, comentado pelo diretor de hospitais, foi evidenciado na análise documental como um dos que podem ser considerados como prática inovadora. O Hospital 1 o utilizou para atender a um dos requisitos do Manual de Acreditação Qmentum, corroborando o relato do representante da alta liderança, como um aspecto de mudança relevante do tipo de serviço oferecido aos pacientes que sofreram AVC.

No que tange à pergunta: **De que forma, a empresa se organiza para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?**, buscou-se compreender como ocorre a **gestão das ações para esse cumprimento**. Os colaboradores do Hospital 1 explicaram que existe uma centralização da gestão de iniciativas pela área da qualidade local que, a partir da listagem de todos os requisitos, distribui entre as demais áreas (assistenciais, operacionais, administrativas etc.), o que é requerido para cada uma delas. Assim, exerce um papel tanto de suporte, para esclarecer dúvidas sobre o que está sendo pedido pelo manual, quanto de acompanhamento do cumprimento e do *status* das ações. Esse formato de organização respondeu também às perguntas: **Como se dá o processo de desenvolvimento de um projeto originado para cumprir com um ou mais requisitos de acreditação? Quais são as áreas envolvidas? Poderia comentar a respeito?**

Em relação à percepção dos entrevistados quanto à pergunta: **As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia me dar exemplos?**, tanto os colaboradores do Hospital 1 quanto o gestor corporativo da qualidade entenderam que essa ocorre de forma institucional, uma vez que, atendendo aos processos setoriais e intersetoriais, os resultados são vistos em diversos processos da organização.

Então, ao mesmo tempo que a gente resolveu um problema do centro cirúrgico e esse terceiro, a gente resolveu um problema de atendimento, a gente resolveu um problema de toda a cadeia ali, né? Da entrada daquele paciente até a saída. Então, gestão de acesso, a própria gestão de leito pra conseguir adequar um local seguro pra aquele paciente. Então, foi um ponto de melhoria que acabou ressoando aí em várias áreas (Gestor da qualidade total – Caso 1).

Em relação à pergunta: **Com base na sua experiência, quais os requisitos ou padrões de acreditação que geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?**, os colaboradores da unidade citaram o processo de realização da dupla checagem por diferentes profissionais antes da administração de medicamentos de alta vigilância (aqueles que apresentam maior periculosidade) e o processo de monitoramento da deterioração clínica do paciente, que se refere à quando o estado de saúde do paciente agrava-se abruptamente ao longo da internação. Este impacto também foi citado pelo gestor corporativo da qualidade de hospitais, ao responder a outras perguntas anteriores. Ambos os requisitos e os projetos mencionados nestas duas questões foram evidenciados na análise documental como inovações de processos elencadas a partir da necessidade de cumprir com os requisitos da Qmentum.

Em relação à pergunta: **Que tipo de avaliação é feita sobre os impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos**, considerando-se a premissa de que para ser considerada inovação, uma prática precisa acarretar melhoria mensurável, todos os entrevistados afirmam que essa prática não é padronizada e requer atenção. Os colaboradores do hospital afirmaram que a visão de melhoria é mais empírica do que quantificada. O gestor corporativo, por sua vez, entendeu que isso varia entre os hospitais da rede e, inclusive, alguns ainda não medem de forma confiável os impactos das mudanças implantadas.

[...] e tem hospital que tá lá na planilha do computador de gestores, se ele quiser alterar o dado ele vai alterar. Então, eu acho que não tem muito pra onde correr, são bons sistemas de medição. Quanto mais essa medição ela for capturada diretamente do prontuário do paciente, melhor vai ser a foto da realidade (Gestor corporativo da qualidade de hospitais – Caso 1).

Em relação à pergunta: **Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, foi descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?**, os colaboradores do hospital afirmaram desconhecê-las, pois o processo ainda é de implantação da acreditação. O gestor corporativo da qualidade citou o exemplo do Programa de Gestão do Corpo Clínico, que é uma exigência das acreditadoras, mas uma prática difícil de sustentar, pois envolve critérios de avaliação dos profissionais médicos que variam, consideravelmente, entre equipes de um mesmo hospital.

No que tange à pergunta: **O que você poderia comentar sobre outros projetos que não focam diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?**, os colaboradores do Hospital 1 citaram o uso de tecnologia para

automatizar os processos de acionamento em caso de suspeita de incêndio, ou mesmo para atendimento em caso de catástrofes com múltiplas vítimas.

Seguindo esta linha, em relação à pergunta: **Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas aos programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?**, os colaboradores da unidade afirmaram que, dificilmente, estas iniciativas partem do próprio hospital, sendo algo mais atrelado a um movimento corporativo entre os hospitais. Segundo eles, muitas vezes, questões críticas relacionadas à qualidade e à segurança são pouco consideradas no desenvolvimento de inovações, pois, apesar da gravidade, representam um número pequeno de casos. Nesta mesma linha, na visão do representante da alta liderança de hospitais, **os estímulos para inovação e as origens desses projetos** são justamente a busca pela eficiência e pela excelência operacional (evidenciada quando há grandes números envolvidos).

Hoje eu acho que o maior estímulo pra buscar inovação. Dá pra citar dois aqui ao menos. O primeiro, principalmente eficiência operacional, tá? [...] Então com estímulos inclusive de rentabilidade, eu vejo a inovação como uma grande ferramenta em busca de primeiro buscar eficiência no sentido de reduzir custos fixos, então acho que esse é um bom ponto, tá? [...] Que boa parte hoje das funções nossas dentro da operação hospitalar são extremamente burocráticos, né? Ficar preenchendo papel. [...] Qualidade, embora ela seja chave pra crescimento de marca, ela é caracterizada pela criação e caracterização de processos, né? E quando você coloca isso, né? No ambiente analógico, isso significa preencher o papel, né? Então, esse é um baita ponto que eu acho que a inovação e aqui pode ser olhando pro futuro né? [...] Então, eu acho que a inovação, ela é chave aqui pra buscar eficiência pra fazer um cuidado centrado no paciente, diminuindo a burocracia, e um terceiro trazendo qualidade pro cuidado. [...] No sentido de DNA seria inovação, né? Acho que é uma coisa superinteressante, é um valor da companhia, né? Porque é um valor, né? É “ousadia pra inovar”, né? (Representante da alta liderança de hospitais – Caso 1).

Este valor da companhia citado pelo representante da alta liderança de hospitais foi um dos aspectos observados na auditoria de educação e foi apresentado pela equipe do hospital para as auditoras. No entanto, não foi algo que tenha gerado questionamentos ou desdobramentos por parte delas.

Cabe salientar que, quando questionado sobre outras origens e práticas inovadoras desenvolvidas na organização como um todo, o representante da alta liderança foi o único respondente que soube citar projetos, evidenciando que talvez essas informações, ou essas iniciativas, não sejam desdobradas para o nível de cada unidade hospitalar. Ele conseguiu desdobrar desde o valor explícito da companhia até a forma como isso é traduzido em inovação, na prática. Os colaboradores da unidade não souberam comentar nada sobre isso.

Você faz um exame. Aí, de repente, era um câncer e você perdeu o timing de tratamento. Que que a gente está fazendo, né? A gente tem um algoritmo de NLP, que ele lê todos os laudos, então vários dos exames que a gente faz hoje na operação diagnóstica de campo aberto... Esse algoritmo NLP tudo ele lê o laudo, o que que está alterado ele identifica como laudo alterado e isso vai pro nosso time do NAM de assessoria médica. Ele identifica, liga pro médico, pra navegação do doente. Então, hoje eu acho que dá pra te colocar nesses dois pontos né? Inovação como eficiência que eu acho que é um grande ponto aqui hoje pra empresa. A utilização de sistemas, softwares pra escala, por exemplo, de profissionais de enfermagem no pronto socorro ou algo parecido, então a gente já sabe, já são coisas que estão atuando, tá? Estão ativas. Segundo: inovação pra descomplicar o que está rolando na base quando surgiu, né? A jornada, por exemplo, de equipes cirúrgicas, que é extremamente burocrática. Então, a gente tá fazendo essa jornada pro cirurgião. Terceiro: inovando pra paciente, né? [...] Na essência, que é fazer o melhor cuidado pro paciente pode ser que acabou de fazer um exame, está alterado, solta o laudo e o médico é avisado (Representante da alta liderança de hospitais – Caso 1).

Quanto à pergunta feita aos colaboradores do nível tático e operacional: **Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?**, eles afirmaram que não são envolvidos para validar se tal ação vai contra ou a favor dos requisitos propostos pelos programas de acreditação. Isso ajuda a entender o porquê do desconhecimento desses grupos sobre projetos maiores dentro da vertical de hospitais.

Quanto à pergunta: **A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?**, todos concordaram que os manuais poderiam ser mais claros e objetivos quanto ao que requerem, facilitando, na visão deles, o que deve ser feito para atender a cada requisito.

Não é um manual fácil, você entrega pra uma pessoa que assim, tem um conhecimento básico do que é qualidade, do que é gestão, do que é ferramentas. A pessoa vai ficar totalmente perdida. E foi o que aconteceu comigo. A maioria vem aqui procurar, né? Pra explicar, pra tentar, (...) vai tipo falando um por um pra pessoa entender, porque a maioria realmente não consegue entender. Não sei se é pela forma como traz, mas eu acho que não fica tão claro (Colaborador operacional - Caso 1).

Então, eu acho que o jeito mais fácil de se organizar, é quando a gente tem parâmetros objetivos pra dizer pras pessoas o que que elas precisam fazer e o que que a gente espera dela sobretudo. [...] (Gestor corporativo da qualidade de hospitais. – Caso 1).

Apesar disso, a visão do representante da alta liderança dos hospitais é que os times operacionais e assistenciais conseguem inovar independentemente da acreditação ou ainda dos times do Ecossistema, conforme relatou:

O que eu acho que é interessante aqui, a gente fala muito sobre isso, inovação, a gente pensa que é um negócio, ‘pô, tem que chegar num robô da NASA aqui, né?’. Eu acho que inovação é um jeito de pensar diferente, né? E quando a gente declara hoje na nossa cultura essa “ousadia pra inovar”, isso é uma coisa que é bastante relevante, que

eu acho que provoca a todos a se provocarem dessa forma. Pô, se eu tenho um problema pra resolver e um exemplo aqui em relação à qualidade de segurança [...]. Às vezes, você está tendo caso de lesão por pressão no hospital X, alguém pensa lá em algo diferente, alguma coisa pra deixar o doente melhor posicionado, coisa simples, que não tem custo. Mas, isso vai ter o fato de desafiar o status quo, acho que já permite a possibilidade de inovar. [...] Que eu acho que é esse o valor core aqui de inovação, eu vejo isso capilarizado, tá? (Representante da alta liderança de hospitais – Caso 1).

Por fim, ao serem **questionados sobre como a inovação e a premissa de dano zero e risco mínimo à segurança dos pacientes, que regem o setor de saúde, poderiam ser conciliadas**, os entrevistados tanto do nível estratégico quanto do nível tático mencionaram que acreditam que seja necessário ter processos mais estruturados de implantação e testagem, aplicando procedimentos relacionados ao processo de inovar.

Eu acho que aí vem o conceito aqui dessas organizações de alta confiabilidade, né? Como é que alguém inova numa usina nuclear, né? Como é que você inova no avião, né? A pergunta é exatamente a mesma, mas provavelmente você vai fazer. Então tem jeito de fazer isso, né? Tem método, né? Então, obviamente, é exatamente aonde você testa, né? São organizações extremamente complexas, onde o erro pode ser uma catástrofe. No cenário do hospital, o erro pode custar uma vida, né? [...] Então, acho que o grande espaço pra inovação aqui tá em processos, né? Então, acho que esse é um bom ponto assim, né? Como entregar valor numa parte da cadeia, obviamente que não coloca qualidade de segurança do paciente em risco, mas pra prover valor a cadeia, né? [...] Quando você vai estudar as causas raízes relacionadas a este evento e propor planos de ações fortes pra prevenir que isso ocorra, em via de regra eles não estão vinculados à ação humana né? Estão vinculados a melhoria de processos. Acho que a inovação tem um baita papel aqui, né? Da gente se provocar em como construir processos que já não colocam o paciente em risco, né? (Representante da alta liderança – Caso 1).

O gestor corporativo da qualidade destacou o papel que a acreditação poderia exercer nestes processos, mas, atualmente, ainda não exerce.

Então, aí que vem a questão dos testes de melhoria, né? Dos indicadores de equilíbrio, de como testar uma melhoria, como acompanhar uma melhoria e eu acho que isso aí é a acreditação não diz como. Acho que isso é uma falha. Ela diz “o que”, mas ela não diz “como”. E aí, a gente tem que se valer de outros recursos pra fazer (Gestor corporativo da qualidade – Caso 1).

O Quadro 4 resume as respostas de todos os entrevistados envolvidos no Hospital 1 (Caso 1).

Quadro 4: Resumo das respostas dos entrevistados do Hospital 1 (Caso 1)

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>	<b>Visão do representante da alta liderança</b>
1 e 3	De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)	Todos concordam que sim.	Entende que sim Visão da melhoria para agregar eficiência (estratégia).
1	Você percebe alguma disposição maior por parte da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)	Visão operacional: Sim, pensando na direção do hospital; Visão tática: Não, pensando na visão do Ecossistema.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1 e 3	De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)	Visão operacional: Não, pois os projetos são locais e eles não se veem integrados às áreas corporativas; Visão tática: Sim, para um contexto mais amplo.	Visão estratégica: são integradas, pois as áreas corporativas consideram as dores do negócio (como qualidade e segurança do paciente) para inovar.
1	A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?	Conteúdo dos manuais de acreditação: Estímulo para mudança/inovação (Contexto geral)	Visão operacional e tática: pouca objetividade, dificuldade de entendimento e falta de parâmetros práticos. Nem todo mundo entende o que está sendo pedido, logo, não sabe o que pode ser feito para cumpri-lo.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Com base em sua experiência, quais requisitos ou padrões de acreditação geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?	Estímulo dos manuais de acreditação para mudança/inovação (Contexto específico)	Visão operacional: deterioração clínica e implantação da dupla checagem antes da administração de medicamentos de alta vigilância. Visão tática: segurança do paciente cirúrgico.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado



Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
3	De acordo com sua percepção, como as empresas de saúde diferenciam-se, atualmente, no mercado brasileiro?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Citou a construção de processos e de práticas muito sólidas. Padrões por governança, auditoria e melhoria contínua. Apresentou a acreditação como uma forma de diferenciação entre as organizações de saúde brasileiras.
3	Quais os estímulos que as organizações de saúde têm para inovar?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Eficiência, rentabilidade e cuidado centrado no paciente.
3	De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecosistema?	Inovação (contexto específico)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Inovação como eficiência, inovação para descomplicar o que já existe na operação e na inovação para o paciente.
3	De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras a partir de necessidades próprias? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Sim, inovação capilarizada entre os times que são continuamente provocados a pensar como fazer para que os processos sejam melhores. Inovação na simplicidade.
3	Quais são os parceiros das organizações de saúde para o estímulo à inovação e à melhoria contínua?	Ecossistema de inovação segmento saúde	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	<i>Startups</i> , acreditadoras, concorrentes/parceiros no mercado.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.1.4 Resultado Consolidado das Análises: Caso 1

Os dados apontam que, apesar de os programas de acreditação serem entendidos pelos participantes da análise do Caso 1 como um potencial estímulo para inovar dentro das organizações de saúde, na prática, isso não acontece, como evidenciado na análise documental.

Existe um reconhecimento das melhorias percebidas a partir da implantação de uma acreditação, principalmente, nos processos da organização. Porém, constatou-se que essas inovações de processo não são vistas como “inovações”, e sim como meras melhorias contínuas pontuais, perdendo assim um potencial de sistematização, ampliação e motivação maior.

Além disso, o fato de ser uma instituição em processo de implantação da acreditação faz com que seja maior a necessidade de adequação dos processos e das práticas vigentes aos requisitos do manual de acreditação, reduzindo as melhorias implantadas à visão de “fazer o básico bem-feito”. Estas evidências foram encontradas tanto nas entrevistas quanto na documentação analisada.

O descolamento entre as percepções de inovação e a melhoria contínua estiveram presentes nos relatos dos colaboradores locais. Somado a isso, a ausência de uma sistemática de implantação de projetos e do monitoramento dos impactos também resulta em um ponto cego para os colaboradores da unidade no que se refere às oportunidades de executar práticas inovadoras a partir do que é requisitado pela acreditação.

Além disso, a dificuldade de compreender o manual de acreditação e o fato de, no momento das avaliações, os auditores explorarem pouco os potenciais de inovação trazidos nos requisitos – como observado na auditoria - faz com que, na prática, os programas de acreditação não sejam tidos, necessariamente, como parceiros no processo de implantar uma inovação.

A postura de avaliar a unidade restringindo-se aos requisitos do manual como uma espécie de *checklist* (ainda que não formal), o curto tempo da avaliação em cada área e o receio dos avaliados de proporem algo que possa comprometer o entendimento do auditor sobre a conformidade com relação àquele requisito, limitam as oportunidades de troca de experiências que podem gerar ideias para práticas inovadoras.

Na observação da auditoria, foi percebido pela pesquisadora que as auditoras não se aprofundavam nos requisitos, assim, não estimulavam o hospital a pensar em formas diferentes de cumpri-los. A isso, somava-se a falta de entendimento por parte dos colaboradores sobre o que é solicitado pelo manual e, conseqüentemente, o pouco entendimento sobre todas as possibilidades de inovação que poderiam ser aplicadas para cada padrão de avaliação.

Além disso, atrelar o desenvolvimento de ações somente ao que foi apontado no relatório de auditoria externa atribui a este processo somente a intenção de evidenciar alguma iniciativa para algo classificado como não conformidade pelos auditores.

Uma sistemática de avaliações constantes pela equipe da Qualidade, por exemplo, seja em auditorias internas, seja em discussões entre os colaboradores com foco na promoção de inovação, poderia agregar estímulos e confiança para que as equipes se sintam confortáveis para sugerir mudanças com base no que é requerido pela acreditação. Na situação atual, possivelmente, seria difícil incorporar esta prática à rotina deste time, pois o mesmo ainda se caracteriza como responsável por avaliar se as iniciativas atendem, ou não, aos requisitos, assim como fazem os auditores externos.

Apesar de a alta liderança entender a segurança do paciente como um estímulo para os times de inovação atuarem, e soma a isso o fato de as acreditações serem grandes promotoras dessa cultura de segurança em saúde, esses times não participam de forma conjunta com o time de qualidade local apoiando o desenvolvimento dos projetos para cumprir com os requisitos de cada manual.

Além de apenas cumprir com os requisitos, a inovação é entendida pela alta liderança como uma oportunidade para desburocratizar e para automatizar os novos processos originados para atender às acreditações. Na prática, em um nível local, existe uma linha mais conservadora de atribuição de ações para gerar conformidade com o que está sendo pedido, gerando inclusive, mais etapas aos processos existentes visando à garantia de evidências para as auditorias.

Percebeu-se, assim, a falta de alinhamento entre as percepções dos diferentes níveis dos entrevistados quanto ao fato de aproveitarem os pontos da auditoria para formarem um programa de inovação na unidade, alinhado com o corporativo.

É consenso que as acreditações podem trazer inovações nos processos, mais do que qualquer outro tipo. Mas, as inovações que são trabalhadas para a vertical de hospitais não chegam necessariamente a serem usufruídas por todas as unidades hospitalares (como demonstrou a análise do Caso 1).

Portanto, conclui-se que, para o Hospital 1, a acreditação é vista de forma teórica como parceira na inovação, uma vez que agrega em melhoria dos processos e requer que os times trabalhem com processos monitorados para entender pontos de fragilidade que devem ser corrigidos. No entanto, este hospital ainda não possui um sistema de medição que permita um ciclo de melhoria contínua mensurável, deixando práticas que poderiam ser consideradas

inovadoras sem visibilidade real de impacto. O Quadro 5 apresenta a síntese dos achados referentes ao Hospital 1 (Caso 1).

Quadro 5: Síntese dos achados referentes ao Hospital 1 (Caso 1)

Dados coletados	Origem deste achado	Oportunidades para inovação
Os planos de ação analisados foram elaborados para cumprir estritamente com os padrões ou os requisitos dos manuais de acreditação.	Análise documental Observação da auditoria	Por meio de auditorias internas e do acompanhamento dos resultados dos planos implantados, os gestores envolvidos devem discutir com as equipes as oportunidades de agregar melhorias, valor e inovação que podem ser desenvolvidas a partir do que é solicitado por cada requisito (ou conjunto deles) do manual de acreditação utilizado.  Além disso, esses resultados e eventuais não conformidades identificados de forma externa podem ser compartilhados com as equipes relacionadas à inovação para geração de ideias com uma visão mais sistêmica.
Ausência de estímulos na auditoria externa para discutir oportunidades de melhorias e experiências que vão além de cumprir literalmente com os requisitos do manual.	Análise documental Observação da auditoria Entrevistas	Os times internos podem requerer dos auditores externos e das empresas acreditadoras maiores explicações quanto às possibilidades de se cumprir com um requisito, contribuindo assim para originar ideias que promovam inovação.
Postura dos auditores externos restrita ao manual da acreditação e sem aprofundamento na troca de experiências com os colaboradores envolvidos no processo.	Observação da auditoria	Ter mais momentos de troca de boas práticas e de conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.
Necessidade de os processos e as práticas mais básicas serem regularizados na unidade, antes de serem pensadas formas inovadoras de atender à acreditação.	Análise documental	Utilizar a acreditação como um catalisador de mudanças e melhorias desde a implantação, ampliando as práticas além do que é literalmente pedido pelos requisitos, focando nos objetivos maiores que envolvem cultura de segurança dos pacientes.  Acompanhar a evolução de iniciativas para que possa evoluir também o alcance dos resultados e a geração de impacto.
O programa de acreditação estimula que melhorias de processos sejam derivadas da mensuração dos resultados anteriores.	Análise documental Observação da auditoria Entrevistas	Promover um método homogêneo no Ecossistema de Saúde para medir processos e resultados, identificando continuamente as oportunidades para agregar melhorias ao serviço prestado (por meio, inclusive, de práticas inovadoras).
Os requisitos dos manuais de acreditação e dos relatórios de auditoria externa possuem, em diversos momentos, um conteúdo amplo e pouco explicativo.	Análise documental Entrevistas	Ao mesmo tempo que conteúdos são abertos a múltiplas interpretações, geram receio de falha de cumprimento pelas equipes, o que acarreta ações mais literais.

<b>Dados coletados</b>	<b>Origem deste achado</b>	<b>Oportunidades para inovação</b>
Inexistência de um método estruturado para gestão de projetos na unidade que possa apoiar as ações relacionadas ao programa de acreditação.	Análise documental Entrevistas	Ter um método estabelecido com medições, acompanhamento contínuo e gestão do conhecimento sobre as iniciativas executadas na unidade podem render oportunidades para novas iniciativas (com oportunidade de inovação).
Existência da percepção entre os entrevistados de que os programas de acreditação estimulam a inovação nas organizações de saúde.	Entrevistas	Reconhecer os requisitos dos manuais de acreditação que estimulam a melhoria contínua.  Considerar a possibilidade de troca de experiências entre os serviços acreditados, aumentando assim a geração de ideias para iniciativas e competitividade entre as organizações.
Baixa integração entre as iniciativas voltadas aos programas de acreditação e às iniciativas de melhorias/inovação desenvolvidas no Ecosistema.	Análise documental Entrevistas	Fomentar oportunidades para desenvolver práticas inovadoras pelos times, estimulando as equipes a pensarem outras formas de atenderem ao que os programas de acreditação solicitam.  Envolver os times corporativos relacionados à inovação nesse desenvolvimento.
Existência da percepção entre os entrevistados de que a abrangência das melhorias implantadas com a acreditação é institucional.	Análise documental Entrevistas	Incentivar oportunidades de projetos mais integrados entre as unidades do hospital no processo de acreditação e os demais hospitais do Ecosistema, promovendo inovação entre todos.
Outras iniciativas de inovação classificadas como melhorias de processo ou de qualidade originam-se de fontes diferentes dos programas de acreditação.	Entrevistas	Promover integração entre as diferentes origens da inovação com as melhorias requeridas pelos programas de acreditação, visando identificar sinergias.

Fonte: Elaborado pela autora.

## 6.2 CASO 2: HOSPITAL 2 – REACREDITADO PELA *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL* (JCI)

Não foi possível obter dados sobre o Hospital 2 (Caso 2) por meio da observação da auditoria, pois o hospital foi acreditado pela JCI em 2021 e não tinha visita prevista para ser realizada em 2022, visto que as avaliações por este método são trienais. Os achados da análise documental e das entrevistas foram detalhados a seguir.

### 6.2.1 Análise documental – Caso 2

Foram solicitados ao Hospital 2 (Caso 2) os documentos relacionados aos relatórios de auditorias realizadas na unidade e dos planos e projetos atribuídos ao processo de acreditação ou mesmo os relacionados a outras melhorias na instituição.

O Hospital 2 (Caso 2) é acreditado há mais de 10 anos e, em 2021, vivenciou seu processo mais recente de avaliação. Os documentos analisados permitiram constatar que essa distinção da maturidade dos processos de acreditação também influenciou o desenvolvimento de práticas consideradas inovadoras.

Nos documentos avaliados, foram identificados 33 (trinta e três) planos e projetos atribuídos ao cumprimento de requisitos dos respectivos programas de acreditação. Destes, 5 (cinco) podem ser considerados com potencial para inovação, especificamente os relacionados à inovação de processos e originados por padrões de capítulos assistenciais. O Quadro 6 apresenta os planos e os projetos analisados referentes ao Hospital 2 (Caso 2).

Os materiais apresentados para esta análise documental representam iniciativas derivadas dos apontamentos da última auditoria interna, realizada de forma sistemática por colaboradores do hospital e orquestrada pela equipe da Qualidade. Os times avaliaram quais requisitos estavam descobertos de iniciativas e fizeram propostas de como solucioná-los, envolvendo busca por sugestões, inclusive, por parte dos colaboradores mais operacionais.

A organização dos conteúdos e o acompanhamento dos indicadores revelaram uma maturidade na gestão das demandas de acreditação. Pôde-se verificar que os times são incentivados a apresentar ideias de como solucionar problemas da instituição, sem estarem referenciando, objetivamente, um requisito.

Em relação à análise das práticas inovadoras não oriundas dos programas de acreditação, a documentação avaliada permitiu identificar 5 (cinco) que impactam diretamente os processos da unidade hospitalar e estão relacionadas à inovação de processos. Essas iniciativas foram

desenvolvidas, principalmente, a partir de um treinamento realizado com diversas áreas pela equipe da qualidade, sobre os conceitos relacionados à Ciência de Melhoria do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Depois disso, os profissionais foram convidados a formar grupos de trabalho para levantar os problemas e aplicar as ferramentas oriundas do treinamento, comprovando a geração de melhoria do processo revisado.

Pôde-se notar que os planos derivados dessa capacitação em Ciência da Melhoria tiveram uma forma de registro mais completa pois constavam: a apresentação do problema e os indicadores existentes; a proposta de ação com cronograma de implantação dos testes; os resultados dos testes para evidenciar se houve melhoria e impacto; e o cronograma de implantação da ação de forma definitiva.

Um exemplo considerado de inovação de processo foi a alteração das ferramentas e dos processos da farmácia central do hospital para reduzir 40% do tempo de entrega de medicamentos solicitados com “urgência”. Parte das melhorias envolveu a implantação de uma “prescrição protocolo” específica para urgências. Apesar de não ter tido como origem a exigência da acreditação, essa melhoria atende a alguns padrões do Capítulo Gerenciamento de Medicamentos (MMU) do Manual de Acreditação JCI.

Além destas, a implantação de uma central de diluição que entrega o medicamento pronto para ser administrado no paciente, diminuindo tempo e risco do preparo, e a revisão do monitoramento de pacientes em UTI neurológica, que permite menor número de quedas e de agravamento do quadro clínico, são outros projetos que compõem esse escopo.

Todas essas iniciativas podem ser atreladas a algum requisito do Manual de Acreditação JCI, mas sua origem não está relacionada com o cumprimento de nenhum desses requisitos específicos, o que denota que a instituição trabalha o conceito de melhoria independentemente da proximidade de realização da auditoria.

Além disso, cabe salientar que, em 2021, o relatório de auditoria externa não apresentou nenhum apontamento que demandasse correção e nem mesmo novos planos de ação por parte da unidade. Por isso, os documentos avaliados estavam relacionados à preparação para a auditoria de 2021.



Quadro 6: Planos e projetos analisados referentes ao Hospital 2 (Caso 2)

<b>Planos e projetos para cumprir com os requisitos</b>	<b>Para atender a qual requisito da acreditação?<sup>4</sup></b>	<b>Representa qual tipo de inovação?</b>
Estabelecer processo para identificar as máscaras faciais na radioterapia.	Meta 1	Não representa
Elaborar protocolos de reposição de eletrólitos para tratar hipocalemia, hiponatremia e hipofosfatemia.	Meta 3	Não representa
Garantir procedimentos de lavagem e desinfecção das mãos.	Meta 5	Não representa
Assegurar o cumprimento da NR 32 em relação ao uso de adornos.	Meta 5	Não representa
Identificar e monitorar a eficácia dos processos de fluxo do paciente e apoiar a melhoria dos mesmos.	ACC.2	Não representa
Identificar os pacientes externos cujo diagnóstico e/ou cuidados complexos requerem um perfil/sumário de paciente externo. Descrever, implementar e avaliar a eficácia deste processo.	ACC.4.3	Não representa
Realizar o sumário clínico do paciente transferido contendo informações necessárias, conforme o manual.	ACC.5.1	Não representa
Processo de levantamento das necessidades em relação aos valores e às crenças do paciente e da família.	PCC.1.2	Não representa
Garantir a privacidade do paciente e a confidencialidade do cuidado nas salas de triagem do Pronto Socorro (PS).	PCC.1.3	Não representa
Estabelecer novo conceito de população de pacientes vulneráveis.	PCC.1.5	Não representa
Determinar uma área prioritária para melhorar a experiência do paciente.	PCC.3	Processo
Criar um processo para utilizar o resultado da análise dos dados e das informações sobre a experiência do paciente para otimizar a qualidade dos cuidados.	PCC.3	Processo
Garantir o correto e completo preenchimento dos termos de consentimento.	PCC.4.2	Não representa
Garantir que haja registro das alterações ou de "nenhuma alteração".	AOP.1.3	Não representa
Incluir na relação de pacientes que necessitam de uma avaliação individualizada os pacientes com doença terminal ou em final de vida, os pacientes que recebem quimioterapia ou radioterapia e os pacientes cujo sistema imunológico está comprometido.	AOP.1.6	Não representa.
Estabelecer uma política de avaliação, ou outro documento, que mencione as situações ou os perfis de pacientes cujo planejamento de alta é crítico.	AOP.1.7	Não representa.
Assegurar que o laboratório se reporte à estrutura de segurança hospitalar e ao programa de prevenção e controle de infecções.	AOP.5.3	Não representa

<sup>4</sup> Todas as siglas utilizadas apresentam-se, por extenso, na Lista de Abreviaturas e Siglas, no parte pré-textual deste trabalho.

Planos e projetos para cumprir com os requisitos	Para atender a qual requisito da acreditação? <sup>4</sup>	Representa qual tipo de inovação?
Dever do serviço de radiologia e de diagnóstico por imagem de elaborar relatório anual para os programas de gestão e de prevenção e controle de infecções hospitalares.	AOP.6.2	Não representa
Elaborar um programa de gerenciamento de sistemas de alarme.	COP.3.1	Não representa
Elaborar protocolos e procedimentos para mitigar o risco de suicídio e/ou automutilação do paciente.	COP.3.5	Processo
Elaborar um programa para o uso seguro de lasers e de dispositivos de radiação óptica, baseado em padrões da indústria e em diretrizes profissionais, e fornecer relatórios, sempre que ocorrerem eventos.	COP.4	Não representa
Fazer o monitoramento da ocorrência de infecções em pacientes que receberam dispositivos implantáveis.	ACS.7.1	Processo
Aprimorar o documento que descreve como o uso de medicamentos no hospital é organizado e gerenciado.	MMU.1	Não representa
Elaborar um programa para o uso racional de antibióticos e monitoramento de sua eficácia.	MMU.1.1	Não representa
Rever o armazenamento dos medicamentos de pesquisa de forma a garantir o cumprimento da Portaria 344.	MMU.3	Não representa
Planejar a implantação da dispensação de medicamentos na forma mais pronta possível.	MMU.5.2	Processo
Dever do hospital de incluir na definição de eventos sentinelas todos os citados no propósito do padrão.	QPS.7	Não representa
Gerenciar os riscos e os impactos da demolição, reforma ou construção, para proteger da contração de infecções.	PCI.11	Não representa
Considerar nas avaliações de desempenho de outros profissionais de saúde a participação em atividades de qualidade e os resultados das atividades de medição.	GLD.11.1	Não representa
Dever do hospital de implantar uma avaliação de risco de proteção documentada, anualmente, identificando e priorizando esses riscos.	FMS.6	Não representa
Estabelecer critérios para avaliar quando e quais medidas temporárias devem ser implementadas para garantir a segurança dos pacientes, dos profissionais e dos visitantes.	FMS.8	Não representa
Estabelecer um processo para incluir os achados das atividades de melhoria da qualidade na revisão das avaliações de desempenho dos outros profissionais de saúde.	SQE.16.1	Não representa
Definir uma amostra representativa para revisão de prontuários, que deve incluir os pacientes que saíram do hospital e os ambulatoriais.	MOI.10	Não representa

Fonte: Elaborado pela autora.

### 6.2.2 Observação da Auditoria – Caso 2

Não foi possível obter dados por meio da observação da auditoria, pois o Hospital 2 acreditado pela JCI foi avaliado em 2021 e não havia visita prevista para o ano de 2022, visto que as avaliações por este método são trienais, como mencionado.

### 6.2.3 Entrevista: Nível Operacional, Tático e Estratégico – Caso 2

Para realizar as entrevistas, foram utilizados os Roteiros 1 e 3 (Apêndices 1 e 3, respectivamente). Participaram deste estudo 4 entrevistados, a saber: o gestor da qualidade local e um colaborador de uma das áreas assistenciais com participação efetiva no desenvolvimento das ações relacionadas à acreditação, que oferece suporte às áreas assistenciais com participação efetiva no desenvolvimento das ações relacionadas à acreditação; e, considerando-se o contexto de hospitais, o gestor corporativo da qualidade e um representante da alta liderança da vertical de hospitais (Tabela 2).

Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?**, buscou-se compreender, em um **contexto geral, uma eventual relação entre acreditação e inovação, sob o ponto de vista dos participantes**. Todos os participantes entenderam que sim. Para os colaboradores da unidade, os programas de acreditação são uma oportunidade para apresentar uma visão externa, que consolida boas práticas de instituições internacionais, e que ajuda a aprimorar processos e a enxergar oportunidades que, para aqueles que estão inseridos na operação, podem não ser tão evidentes, acarretando assim, em inovações. O colaborador assistencial relatou:

Eu acredito totalmente, vem pra somar e melhorar os nossos processos, né? Às vezes, a gente tá com um olhar viciado e quando a acreditação vem, faz alguns apontamentos e a gente vê aonde a gente tem que melhorar. Porque saúde sempre tem que ter melhorias, né? E com a acreditação acho que a gente consegue (Colaborador assistencial – Caso 2).

Como mencionado na análise do Caso 1, esta visão do colaborador assistencial está alinhada com a do representante da alta liderança da vertical de hospitais.

[...] Então, o que eu acho que a qualidade das certificações hoje busca inovação. Exatamente como a gente pode fazer diferente, trazendo esse patamar de qualidade, mas mantendo eficiência e efetividade que acho que é uma coisa importante nessas organizações ambidestras, né?” (Representante da Alta liderança da vertical de hospitais – Caso 2).

Além disso, a alta liderança de hospitais elencou as acreditadoras como parceiras das organizações de saúde em busca de inovação e as creditações como uma forma de diferenciação entre os serviços de saúde no Brasil e no mundo. Essa percepção foi compartilhada pelo gestor da qualidade local.

Então é um compilado de boas práticas de hospitais do mundo inteiro, mais especificamente falando da JCI. E com isso, vem esse ganho, né? Onde a gente tem a oportunidade de inovar através dos padrões, dos requisitos contidos no nos manuais de creditações, né? (Gestor da qualidade local – Caso 2).

Pensando no contexto específico de cada unidade, em relação à pergunta: **Você percebe maior disposição da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da creditação? Por quê?**, buscou-se **compreender, dentro de cada contexto, se esse estímulo à inovação pode ser potencializado**. Assim como no Caso 1, as opiniões dos entrevistados divergiram. Os colaboradores internos do hospital entenderam que mudanças que têm origem nos programas de creditação, têm maior potencial para serem chanceladas pela direção da organização. Na opinião do gestor corporativo da qualidade, em um nível maior de liderança, ou seja, olhando para a visão estratégica da vertical como um todo, os programas de creditação não têm a mesma força quando comparados com o nível de unidade.

Considerando a percepção dos entrevistados, no que tange à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?**, foi possível perceber que, no entendimento dos colaboradores do Hospital 2, os projetos por eles desenvolvidos estão integrados às ações de melhoria e de inovação dentro da instituição, com as diferentes áreas. Eles entenderam que as ações de melhorias não chegam a um nível de integração com todo o Ecossistema, mas que vão além do que é requerido nos padrões do manual da creditação.

Sim, sem dúvidas, né? Então, alguns projetos se cruzam aí, né? A partir dessas exigências de boas práticas. Um exemplo, serviço de anestesiologia. A gente sempre teve aquele famoso 'folhão' que o serviço de anestesiologia usa e o manual da JCI é muito exigente com serviço, que é um serviço extremamente crítico, centro cirúrgico junto com anestesia. E a gente conseguiu caminhar com um projeto que é essa ficha anestésica de forma digital, através de um tablet, né? Que a gente conseguiu implementar recentemente, graças a esse braço aí do manual JCI. Então, se cruzando aí, né? A inovação e esse processo de melhoria a partir dos requisitos do manual que extrapola aí, né? A JCI não exige que tenha essa ficha, mas a gente conseguiu enxergar através daqueles requisitos do e padrões do manual que a gente poderia dar esse passo maior pra ter um processo mais seguro, mais correto ali nesse processo anestésico (Gestor da qualidade local – Caso 2).

O colaborador da área assistencial apresentou um ponto de vista muito similar. Ele exemplificou a integração entre iniciativas de qualidade e de inovação na área em que atua.

A gente quer reduzir o tempo de entrega de medicamento de urgência. Então, a gente observou outras oportunidades de melhoria. Então, não só vendo com o manual da JCI, mas a gente percebe que a gente às vezes fica muito mascarado, né? [...] Você abrange falando “Ó, dá pra melhorar outros setores” e não só pensando “Ah, vai melhorar o meu tempo”, não. Então aqui na instituição a gente pensa muito quem está no meio, no nosso centro que é o paciente (Colaborador da área assistencial – Caso 2).

Alinhado com essa percepção, mas com uma visão mais abrangente do que é feito em todos os hospitais da rede, o gestor corporativo relatou que as iniciativas são integradas quando envolvem um contexto mais amplo, comum a todos os hospitais, como as temáticas relacionadas à segurança do paciente.

No que tange à pergunta: **De que forma, a empresa se organiza para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?**, buscou-se compreender como ocorre a **gestão das ações para esse cumprimento**. De forma semelhante ao que foi observado no Hospital 1 (Caso 1), os colaboradores do Hospital 2 explicaram que existe centralização da gestão de iniciativas pela área da qualidade local que, a partir da listagem de todos os requisitos, distribui entre as demais áreas (assistenciais, operacionais, administrativas etc.), o que é requerido para cada uma delas, exercendo um papel tanto de suporte para esclarecer dúvidas sobre o que está sendo pedido pelo manual, quanto de acompanhando do cumprimento e do *status* das ações. Esse formato de organização respondeu também às perguntas: **Como se dá o processo de desenvolvimento de um projeto originado para cumprir com um ou mais requisitos de acreditação? Quais são as áreas envolvidas? Poderia comentar a respeito?**

Cabe destacar que, no Hospital 2 (Caso 2), apesar da área da qualidade também exercer esse papel de “escritório de projetos”, dando suporte às demais equipes no desenvolvimento das ações, foram relatadas autonomia e maior experiência pelas áreas quanto à execução.

A qualidade nos apoia. Eles falam ‘Ah, a gente precisa...’. Aí, a gente vai... Na verdade, a gente monta a ferramenta junto com a Qualidade: o indicador, protocolos, diretrizes; apresenta e aí eles vão nos ajudando a melhorar o que tem que melhorar. Se estamos no caminho certo ou não, porque eles têm mais expertise (Colaborador assistencial – Caso 2).

Mesmo com essa percepção de integração das ações até um nível tático, as entrevistas com os colaboradores do Hospital 2 também permitiram entrever tanto a ausência de entendimento das áreas corporativas do Ecossistema como o apoio para o desenvolvimento de projetos e de práticas inovadoras, revelando uma oportunidade para que a rede potencializasse

ainda mais as melhorias produzidas no/pelo hospital: “A minha referência é a qualidade corporativa. Inicialmente, né? Então eu sempre recorro, né? É uma empresa muito grande, com muitas pessoas, né? Muitas vezes até um turn over alto, né? [...] Se eu falar que a gente não tem dificuldade, estou mentindo” (Gestor da qualidade local – Caso 2).

Em relação à percepção dos entrevistados quanto à pergunta: **As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia me dar exemplos?**, tanto os colaboradores do Hospital 2 quanto o gestor corporativo da qualidade entenderam que essas ocorrem de forma institucional, uma vez que, atendendo aos processos setoriais e intersetoriais, os resultados são vistos em diversos processos da organização.

Em relação à pergunta: **Com base na sua experiência, quais os requisitos ou padrões de acreditação que geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?**, os colaboradores da unidade citaram o processo de avaliação dos pacientes pelos diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, referindo-se a critérios, a ferramentas de avaliação, à definição de controles etc., assim como à adoção do farmacêutico clínico, como membro da equipe de profissionais que prestam assistência. Anteriormente, o farmacêutico ficava somente na farmácia central do hospital, mas, atendendo aos requisitos da JCI, esse profissional também foi integrado à equipe assistencial do Hospital 2. Os entrevistados relataram:

Então, é... ferramentas de avaliação por especialidade, né? Então, o enfermeiro lá, ele tem um combo de ferramentas específicas que ele deve trabalhar; o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, né? Então, isso fez com que a gente evoluísse, tendo um cuidado maior ali e mais completo, com a oportunidade de avaliar o paciente. Então, isso mudou com esses padrões aí de avaliação em todas as equipes assistenciais do hospital e consequentemente assim, agregando vários processos, né? (Gestor da qualidade local – Caso 2).

Assim que iniciou a JCI [...] foi a partir da acreditação que teve a figura. Assim profissional que é um requisito específico pra isso, falando de farmacêutico clínico, né? [...] Foi o que potencializou isso também de ter farmácia clínica porque até então, eram duas farmacêuticas que faziam tudo de tudo. Disso, a gente planilhou quanto que o farmacêutico reduziu com a parte de análise farmacêutica dentro da prescrição. Financeiramente falando. De um médico prescreveu muita coisa que não precisava. [...] (Colaborador assistencial – Caso 2).

Em relação à pergunta: **Que tipo de avaliação é feita sobre os impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos**, considerou-se a premissa de que para ser considerada inovação, uma prática precisa acarretar melhoria mensurável. Os colaboradores abordaram, com segurança, o processo de medição e de indicadores existentes na organização. Ao analisar o Caso 1, foi observado que o gestor

corporativo da qualidade dos hospitais mencionou que os sistemas de medição possuem padrões divergentes de confiabilidade entre as unidades hospitalares. No entanto, no Hospital 2 (Caso 2), esse sistema mostrou-se maduro e disseminado por todo o hospital, como os entrevistados comentaram:

Bom, a gente parte da premissa de que ‘o que não é medido a gente não sabe o que tá acontecendo’, né? Então, uma forma da gente acompanhar é através dos indicadores. Então, obviamente, não é que a gente cria um indicador pra todos os problemas, mas a gente mede, né? A gente usa uma ferramenta pra gravidade, urgência e tendência (Gestor da qualidade local – Caso 2).

É, a gente tem como medir com indicador, auditoria. Tudo é medido, senão você não consegue saber em que ponto que você estava e o ponto de melhoria depois da implantação. A Joint trouxe muito isso pra gente na ponta. Como que eu sei que melhorou? Implantei e aí? (Colaborador assistencial – Caso 2).

Esses trechos extraídos dos relatos dos entrevistados do Hospital 2 refletem dois aspectos importantes: o avanço que a acreditação trouxe ao fazer com que a instituição implantasse um sistema de medição de resultados disseminado entre todas as áreas, o que por si só já poderia ser considerado uma inovação de processo, e ainda, o quanto esta prática permite o levantamento de oportunidades para desenvolver outras melhorias que podem acarretar novas inovações.

Em relação à pergunta: **Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, foi descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?**, o gestor da qualidade local afirmou que deve ter ocorrido alguma descontinuação, mas não soube dar exemplos. O colaborador da área assistencial revelou que as desconhece.

No que tange à pergunta: **O que você poderia comentar sobre outros projetos que não focam diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?**, o gestor da qualidade local comentou sobre a implantação na unidade das premissas de Ciência da Melhoria promovida pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), revelando, inclusive, que esta é uma fonte das melhorias praticadas na organização.

Bom, uma delas a gente trabalhou um tempo atrás com o IHI, um órgão de qualidade do mundo aí que não tá vinculado à acreditação. Então, essa é uma fonte que a gente bebe aí e que é essencial, né? Acho que o hospital hoje que não tem a o IHI como referência, eu ousar dizer que talvez, não esteja no melhor caminho. Tão pautados em evidências, né? Com as maiores evidências. Então, hoje, a gente caminha, atualmente, com um projeto no hospital, trabalhando a ciência da melhoria, que é uma metodologia disponibilizada pelo IHI, tá? E que nos ajuda a melhorar os nossos processos de qualidade e segurança. Então, isso é uma fonte muito grande que a gente busca além da acreditação, né? (Gestor de qualidade local – Caso 2).

Vale citar que o gestor corporativo da qualidade também citou o IHI como origem de melhorias na rede e que o Hospital 2 mostra-se mais alinhado com as premissas do corporativo.

Seguindo esta linha, em relação à pergunta: **Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas aos programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?**, os entrevistados mencionaram a busca pela eficiência e pela excelência operacional (evidenciadas quando há grandes números envolvidos), assim como mencionado no Caso 1.

Quanto à pergunta feita aos colaboradores do nível tático e operacional do Hospital 2: **Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?**, eles afirmam que sim e compartilharam a visão de que a preocupação com a conformidade junto à JCI é algo presente na instituição.

[...] a gente sempre tem cuidado e os gestores têm essa consciência de que ‘Como que eu vou fazer uma mudança?’ Recentemente não, há algum tempo, eles queriam tirar a... Queriam mexer nas catracas de entrada do hospital. Isso fere um dos princípios ali que é controle de entrada e saída. Controle de acesso, né? Tem uma parte do manual que foca muito nisso, na segurança dos colaboradores, não segurança assistencial, mas a segurança patrimonial. E então, houve uma discussão grande, né? E essa ocasião, na verdade, não era nem que o manual era o contrário... na verdade, algumas pessoas usaram o manual da JCI pra justificar a não retirada. E existe esse cuidado e consciência e senso dos gestores quando precisa mudar algo assistencial terá impacto nos requisitos do manual (Gestor da qualidade local - Caso 2).

[...] A gente vai na área, estuda a área, conversa com o gestor da área, conversa com a ponta, tenta entender todo o processo, se realmente aquele plano de ação que há, a cadeia achou pertinente? Mas a área levanta a mão e fala: ‘gente, olha pro manual da Joint, porque eu acho que isso aqui pode dar problema, não?’ (Colaborador assistencial - Caso 2).

Quanto à pergunta: **A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?**, todos os entrevistados concordaram que os manuais poderiam ser mais objetivos quanto ao que requerem. Mais do que isso, eles mencionaram o quanto a qualidade da abordagem do avaliador interfere diretamente na forma como as correções são desenvolvidas depois da auditoria.

O fato de ser um manual complexo, grande, extenso, né? Com mil e quatrocentos elementos de mensuração. [...] Então, eu vejo que a forma de condução muda muito de acordo com os avaliadores, né? E em determinadas visitas a gente acaba perdendo oportunidades ali, oportunidades de ter uma visita mais consistente, né? (Gestor da qualidade local – Caso 2).

E aí, às vezes, na auditoria da acreditação, às vezes, eu sinto falta de algumas situações que eles não perguntam. O que a gente fala, eles falam “Ok”, mas não dá, sabe? Às vezes, eu sinto isso de alguns auditores. Não só tem uns que vêm e brilham os olhos pra nós. E aí, se prepara tanto, né? (Colaborador assistencial – Caso 2).



Como observado ao analisar o Hospital 1 (Caso 1), o ponto de vista da alta liderança de hospitais é que os times operacionais e assistenciais conseguem inovar independentemente da acreditação ou mesmo dos times do Ecossistema. Pelos achados referentes ao Hospital 2 (Caso 2), foi possível identificar que as equipes são constantemente estimuladas a pensarem em melhores formas para executarem seus processos e/ou entregarem a assistência aos pacientes.

Por fim, ao serem questionados sobre como a inovação e a premissa de dano zero e risco mínimo à segurança dos pacientes, que regem o setor de saúde, poderiam ser conciliadas, os entrevistados tanto do nível estratégico quanto do nível tático mencionaram que acreditam que é necessário ter processos mais estruturados de implantação e testagem, aplicando procedimentos relacionados ao processo de inovar. O Quadro 7 resume as respostas dos entrevistados envolvidos no Hospital 2 (Caso 2).

Quadro 7: Resumo das respostas dos entrevistados do Hospital 2 (Caso 2)

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>	<b>Visão do representante da alta liderança</b>
1 e 3	De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)	Todos concordam que sim.	Entende que sim Visão da melhoria para agregar eficiência (estratégia).
1	Você percebe alguma disposição maior por parte da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)	Visão operacional: Sim, pensando na direção do hospital Visão tática: Não.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1 e 3	De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecosistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)	Visão operacional: sim, consideram que as ações de qualidade são integradas com as inovações, mas dentro do próprio hospital e não do Ecosistema. Visão tática: Sim, para um contexto mais amplo.	Visão estratégica: são integradas, pois as áreas corporativas consideram as dores do negócio (qualidade e segurança do paciente) para inovar.
1	De que forma a empresa organiza-se para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?	Gestão das ações para cumprir com os requisitos da acreditação	Visão operacional: são distribuídos os padrões de cada capítulo do manual entre gestores das áreas correspondentes do hospital, mas com a gestão das ações centralizada na área da qualidade.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado

Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
1	A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?	Conteúdo dos manuais de acreditação: Estímulo para mudança/ inovação (Contexto geral)	Visão operacional e tática: citam a complexidade e a extensão do manual da JCI e comentam sobre a falta de aprofundamento de alguns auditores no momento da avaliação oficial.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Com base em sua experiência, quais requisitos ou padrões de acreditação geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?	Estímulo dos manuais de acreditação para mudança/ inovação (Contexto específico)	Visão operacional: formato de avaliação do paciente pela equipe multidisciplinar (parâmetros, ferramentas etc.) e a incorporação do farmacêutico clínico na assistência. Visão tática: segurança do paciente cirúrgico.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia citar exemplos?	Abrangência das melhorias (Origem acreditação)	Visão operacional e tática: a abrangência das ações é institucional.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, tenha sido descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Origem acreditação)	Visão operacional: opiniões divergem. Visão tática: programa de gestão do corpo clínico.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Que tipo de avaliação é feita com relação aos impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Origem acreditação)	Visão operacional: sistema de medição com indicadores de processos e de resultados implantados na instituição. Visão tática: não são todas as unidades hospitalares do Ecossistema que medem os resultados de forma adequada.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado

Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
1	O que você poderia comentar sobre outros projetos que não focaram diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?	Projetos de melhoria com relação indireta aos programas de acreditação	Visão operacional: iniciativas do IHI de ciência da melhoria e central de diluição da farmácia.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas com os programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?	Projetos de melhoria (Sem origem na acreditação)	Visão operacional: IHI e <i>benchmarks</i> . Visão tática: necessidade divergente da intenção de inovar.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/o na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem acreditação)	Visão operacional: todos concordam que sim. Visão tática: entende que na vertical de hospitais é uma oportunidade de melhoria.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
3	De acordo com sua percepção, como as empresas de saúde diferenciam-se atualmente no mercado brasileiro?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Cita a construção de processos e práticas muito sólidas. Padrões por governança, auditoria e melhoria contínua. Traz a acreditação como uma forma de diferenciação entre as organizações de saúde brasileiras.
3	Quais os estímulos que as organizações de saúde têm para inovar?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Eficiência, rentabilidade e cuidado centrado no paciente.

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>	<b>Visão do representante da alta liderança</b>
3	De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecosistema?	Inovação (contexto específico)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Inovação como eficiência, inovação para descomplicar o que já existe na operação e inovação para o paciente.
3	De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras a partir de necessidades próprias? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Sim, inovação capilarizada entre os times que são continuamente provocados a pensar em como fazer os processos serem melhores. Inovação na simplicidade.
3	Quais são os parceiros das organizações de saúde para o estímulo à inovação e à melhoria contínua?	Ecosistema de inovação segmento saúde	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	<i>Startups</i> , acreditadoras, concorrentes/parceiros no mercado.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.2.4 Resultado consolidado das análises – Caso 2

Os dados analisados apontaram que, no caso do Hospital 2 (Caso 2), existe a compreensão de que os programas de acreditação possuem um potencial estímulo para inovar nas organizações de saúde, o que refletiu na identificação dos planos e dos projetos avaliados na análise documental.

Apesar de não terem sido identificadas nas documentações analisadas muitas práticas inovadoras e de estas serem, predominantemente, inovações de processos, elas estão presentes tanto nos materiais relacionados ao cumprimento dos requisitos de acreditação, quanto nos projetos de melhorias derivados de outras origens, por exemplo, nas premissas do IHI do Caso 2.

Relacionando os trechos das entrevistas com os colaboradores do Caso 2 com os do gestor corporativo da qualidade e com os do representante da alta liderança da vertical de hospitais, foi possível confirmar que existe maior proximidade das práticas encontradas no Caso 2 com a compreensão de inovação trazida pelos níveis tático e estratégico.

Apesar de os colaboradores da unidade terem uma percepção de que as áreas corporativas do Ecossistema não são um apoio na execução de projetos de melhorias, eles reconhecem uma integração com a gestão corporativa da qualidade, assim como consideram integradas as ações de qualidade para cumprir com os processos relacionados à acreditação e às práticas inovadoras existentes no hospital.

Além disso, a JCI é tida pelas equipes como uma validação para implantar mudanças no hospital, de modo que não firmam os requisitos já considerados conformes.

O entendimento da necessidade de mensurar o impacto para comprovar as melhorias resultantes dos projetos estava presente em todas as evidências coletadas. Inclusive, durante as entrevistas, a existência de um sistema de medição estruturado e perene pela organização foi atribuída à implantação da acreditação. Ter este sistema implantado na organização caracteriza-se como uma das fontes para identificar oportunidades de melhorias em que as práticas inovadoras podem ser aplicadas.

Assim como evidenciado no Caso 1, também no Caso 2, a forma como os auditores avaliam as instituições é um dos aspectos entendidos pelos colaboradores como determinante para maior conhecimento do manual e para o reconhecimento de como os requisitos podem gerar mudanças mais impactantes nos processos da organização. Os entrevistados também mencionaram o quanto uma postura do auditor mais associada ao manual, com menos troca

durante a avaliação, interfere na confiança para dirimir dúvidas e entender o que está sendo solicitado.

De qualquer forma, foi possível evidenciar que o Hospital 2, por ter mais de 10 anos de acreditação, utiliza-se de outras origens para promover melhorias constantes, assim como seus colaboradores já estão imbuídos do papel de avaliarem, continuamente, seus resultados visando entregas cada vez mais expressivas.

Por fim, concluiu-se que os achados do Hospital 2 (Caso 2) estão em linha com as visões dos níveis tático e estratégico de hospitais, mas ainda há necessidade por parte dos colaboradores operacionais de maior compreensão dos conceitos de inovação e de suas tipologias. O Quadro 8 apresenta a síntese dos achados referentes ao Hospital 2 (Caso 2).

Quadro 8: Síntese dos achados referentes ao Hospital 2 (Caso 2)

Dados coletados	Origem deste achado	Oportunidades para inovação
Os planos de ação analisados foram elaborados para cumprir com os padrões ou requisitos, mas também para solucionar outras problemáticas da instituição que podem atender também ao que é esperado pela auditoria.	Análise documental	Implantar práticas inovadoras com apoio da acreditação.
Houve conquista de maturidade na gestão de demandas da acreditação por parte dos times envolvidos.	Análise documental Entrevista	Possibilidade de criar maior sinergia entre ações de melhoria que podem gerar inovação e o que é cobrado pelo manual de acreditação.
Foram identificadas inovações predominantemente de processo na unidade.	Análise documental Entrevista	Disseminar entre os colaboradores de todos os níveis hierárquicos quais são os diferentes conceitos e conhecimentos de inovação, para que assim sejam entendidas, por exemplo, as diferentes tipologias.
Adoção de alguns requisitos dos programas de acreditação como validação para implantar mudanças.	Entrevista	Apesar de representar uma regulação, a acreditação não inibe a adoção de práticas inovadoras.
Postura dos auditores externos restrita ao manual da acreditação e sem aprofundamento na troca de experiências com os colaboradores envolvidos no processo.	Entrevista	Ter mais momentos de troca de boas práticas e conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agregam valor à organização.
O programa de acreditação estimula que melhorias de processos sejam derivadas da mensuração dos resultados anteriores.	Análise documental Entrevista	Promover um método homogêneo no Ecosistema de Saúde para medir processos e resultados, identificando continuamente as oportunidades para agregar melhorias ao serviço prestado (por meio, inclusive, de práticas inovadoras).
Existência de um sistema de medição homogêneo dos resultados dos projetos na unidade.	Análise documental Entrevista	Ter um método estabelecido com medições, acompanhamento contínuo e gestão do conhecimento sobre as iniciativas executadas na unidade pode render



Dados coletados	Origem deste achado	Oportunidades para inovação
		oportunidades para novas iniciativas (com oportunidade de inovação).
Existência da percepção entre os entrevistados de que os programas de acreditação estimulam a inovação nas organizações de saúde.	Análise documental Entrevista	Reconhecer os requisitos nos manuais de acreditação que estimulam a melhoria contínua.  Considerar também a possibilidade de troca de experiências entre os serviços acreditados, aumentando assim a geração de ideias para iniciativas e competitividade entre as organizações.
Média integração entre as iniciativas voltadas aos programas de acreditação e as iniciativas de melhorias/inovação desenvolvidas no Ecosistema.	Análise documental Entrevista	Fomentar oportunidades para desenvolver práticas inovadoras pelos times, estimulando as equipes a pensarem outras formas de atenderem ao que os programas de acreditação solicitam.  Envolver, nesse desenvolvimento, os times corporativos relacionados à inovação.
Existência da percepção entre os entrevistados de que a abrangência das melhorias implantadas com a acreditação é institucional.	Análise documental Entrevista	Incentivar oportunidades de projetos mais integrados entre as unidades do Hospital 2 no processo de acreditação e os demais hospitais do Ecosistema, promovendo inovação entre todos.
Outras iniciativas de inovação classificadas como melhoria de processo ou de qualidade originam-se em fontes diferentes dos programas de acreditação.	Análise documental Entrevista	Promover integração entre as diferentes origens da inovação com as melhorias requeridas pelos programas de acreditação, visando identificar sinergias.

Fonte: Elaborado pela autora.

### 6.3 CASO 3: CUIDADOS INTEGRADOS - PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Nos Cuidados Integrados (Caso 3), foi possível obter dados de todas as origens propostas neste estudo: documentos obtidos com a unidade, observação *in loco* da auditoria e entrevista com os colaboradores da unidade.

A vertical de Cuidados Integrados responde por alguns programas de monitoramento e assistência a pacientes crônicos. Há mais de 10 anos, seu Programa de Atendimento Domiciliar é acreditado pela ONA. Esta acreditação possui um capítulo exclusivo para “serviços de atendimento domiciliar”, mas considera capítulos administrativos como “liderança”, “gestão de pessoas” e “gestão de tecnologia da informação” em todas as avaliações, independentemente do escopo do serviço auditado. Os dados coletados em cada uma das fontes foram detalhados a seguir.

#### 6.3.1 Análise Documental – Caso 3

Foram solicitados aos Cuidados Integrados (Caso 3) os documentos relacionados aos relatórios das auditorias realizadas na unidade e dos planos e projetos atribuídos ao processo de acreditação.

A equipe da “gestão da qualidade e processos” realiza, anualmente, auditorias internas para avaliar a manutenção da conformidade do Programa de Atendimento Domiciliar aos requisitos da ONA. A partir disso, revisa, periodicamente, os documentos normativos que tratam deste serviço, como os procedimentos operacionais, as políticas institucionais e os instrumentos de avaliação.

Ao analisar os documentos decorrentes dessa auditoria interna, percebeu-se que as iniciativas descritas tratam dos ajustes pontuais em processos de apoio ao atendimento aos pacientes e não são desenvolvidos projetos de melhorias com foco na geração de inovação.

Foi possível notar que, por ter sido um dos primeiros programas de atenção domiciliar acreditados no Brasil, e por ter sido auditado pela ONA diversas vezes, não restaram grandes desafios para os gestores. Por isso, as auditorias internas acabaram sendo mais um refinamento do que já estava implantado, sem grandes mudanças nos resultados.

Evidência disso é a relação de iniciativas em andamento na instituição como forma de preparo para a auditoria externa denominada pela Qualidade como “Melhorias no atendimento domiciliar” (Quadro 9).

No Quadro 9, é possível identificar que as melhorias propostas envolveram correções de erros nos processos ou ajustes finos em sistemas para melhorar a entrega da informação. Diferentemente de outras unidades que, por terem maior maturidade com a gestão de programas de acreditação, exercitam continuamente o levantamento de oportunidades para propagar melhorias, neste programa, a maturidade com a acreditação traz uma estabilidade para os processos sem, necessariamente, pensar em mudanças mais desafiadoras que possam ser consideradas inovadoras.

Em relação ao relatório de auditoria externa, observou-se que, em sua maioria, as seções avaliadas possuem um desempenho maior que 100% e que diversos requisitos foram classificados pelos auditores como “supera as expectativas”. No relatório, também está registrado que o serviço mantém seu *status* de “Acreditado com Excelência”. No requisito “Apresenta um modelo de gestão inovador, proativo, disseminado e integrado à estratégia”, por exemplo, a equipe avaliadora considerou que o Programa de Atendimento Domiciliar supera as expectativas.

Mesmo com este excelente desempenho, alguns itens foram pontuados como “parcialmente conforme”, sendo estes, majoritariamente, relacionados à necessidade de implantação de uma linha de cuidado voltada a Cuidados Paliativos para pacientes em atendimento domiciliar.

Cuidados paliativos envolvem assistência voltada à manutenção da qualidade de vida, controle de sintomas e alívio do sofrimento em pacientes que possuem alguma doença sem possibilidade de cura e que ameaça a vida (WHO, 2002).

Os apontamentos do relatório são mais explicativos, direcionando exatamente para o que se espera que seja realizado, como demonstra o exemplo abaixo:

Ainda que a política de cuidados paliativos esteja definida, se faz necessária a adaptação das ferramentas a serem utilizadas para avaliação da performance paliativa, considerando o perfil dos pacientes elegíveis em internação domiciliar, com o objetivo de avaliar todo o processo de paliativos, desde o diagnóstico até o processo de luto (Capítulo de gestão organização, item 17, n.p.).

Quadro 9: Relação das iniciativas em produção na instituição, referentes às “Melhorias no atendimento domiciliar”

<b>INICIATIVAS</b>
[Prescrição] Adequar as prescrições ao padrão internacional
[Relatório] Evolução estomaterapeuta - inserção
[Prontuário] Pacientes autorizados - <i>status</i> inativo
[Avaliação] Tela de avaliação - ajuste de regra
[Prontuário] Tela de aprovação - inclusão medicamento
[Prontuário] Tela de aprovação - suspensão de medicamento
[Faturamento] Atualizar Carteirinha nas Prorrogações de Orçamentos
[Prescrição] Ajustar texto padrão - frequências de Administração
[Prontuário] Tela de cadastro
[Prontuário] <i>Log</i> de cadastro
[Relatório] Evolução estomaterapeuta - consulta
[Relatório] Evolução estomaterapeuta - normal
[Chamados] Ajustar Remetente de <i>e-mail</i> de Implantação
[Chamados] Ajustar botões tela assistente social
[Chamados] Ao selecionar o botão voltar a tela evolução fica em branco
[Chamados] Migrar telas <i>manager</i> x p360
[Chamados] Ajustar botão voltar - evoluções fono
[Chamados] Implementar botão voltar na tela de orçamentos
[Chamados] Erro prescrição médica - medicamentos suspensos aparecendo indevidamente
[Chamados] Erro clicar no botão "salvar orçamento"
[Prescrição] Tela de alteração - preenchimento do campo obs.
[Prescrição] Ajustar <i>Layout</i> Prescrição Médica
[Prontuário] Filtro - dispositivos
[Prontuário] Cadastro de dispositivos - campo número
[Chamados] Cadastro de dispositivo - valor decimal
[Orçamento] Estorno orçamento
[Prontuário] Sequência de <i>status</i> - não implantado > óbito
[Chamados] Erro no cadastro de dispositivos - sonda vesical de demora
[Prescrição] Imprimir sim ou não
[Chamados] Tratar caracteres na impressão da nova prescrição médica
[Chamados] Retirar CPF dos <i>e-mails</i> de implantação
[Chamados] Ajustar <i>login</i> no <i>log</i> de cadastro de pacientes
[Chamados] Exibir corretamente o CPF no <i>log</i> de cadastros
[Chamados] Prorrogar corretamente equipamentos x pacotes
[Relatório] Formulário de estoma - tamanho da lesão
[Chamados] Tela de avaliação - alerta indevido

<b>INICIATIVAS</b>
[Chamados] Ajustar nomenclatura da profissão - evoluções
[Chamados] Implementar <i>trigger log</i> contatos
[Chamados] Ajustar tamanho máximo do campo <i>login</i> - tela avaliação
[Débito técnico] Ajustar mensagem de crítica - início da avaliação
[[Chamados] Ajustar botão voltar - evolução de enfermagem
[Chamados] Ajustar regras de inserção dos termos de implantação
[Prontuário] Tela de inclusão - inclusão de regra
[Chamados] Ajustar regras de valorização mat/med e dietas
[Prontuário] Acessos exclusivos - enfermagem e médicos
[Prontuário] Filtro de dispositivos - ajuste de regras
[Chamados] Ajustar regra de aprovação de medicamentos x orçamento
[Prontuário] Tela de suspensão - exibir motivo de suspensão
[Melhorias sistêmicas] Valorizar equipamentos <i>fusex</i> - preço mensal
[Prontuário] Rel. Gerencial - imagem de estoma

Fonte: Elaborado pela autora.

Para atender a este apontamento, a equipe desenvolveu uma proposta (Quadro 10).

Quadro 10: Plano/projeto analisado referente aos Cuidados Integrados (Caso 3)

<b>Plano/projeto para cumprir com os requisitos</b>	<b>Para atender a qual requisito da acreditação?</b>	<b>Representa qual tipo de inovação?</b>
Criar o modelo de gerenciamento de pacientes em cuidados paliativos a partir de um plano individualizado	Liderança organizacional - Cuidados paliativos Atenção domiciliar - Perfil assistencial e plano terapêutico	Processo

Fonte: Elaborado pela autora.

Esta iniciativa pode ser considerada uma inovação de processo dentro do atendimento domiciliar, pois se propõe a trazer uma nova forma de atendimento aos pacientes em Cuidados Paliativos (até então, inexistente).

O material sobre este projeto possui uma boa estruturação para seu desenvolvimento, contemplando a necessidade de implantação, a proposta de valor, as ações envolvidas, os times participantes e, principalmente, quais e como os resultados serão acompanhados. Caso seja

observado impacto nas condições assistenciais e na melhoria da percepção de cuidado com os pacientes, a inovação para este processo de cuidado pode ser validada.

### 6.3.2 Observação da Auditoria – Caso 3

A auditoria do Programa de Atendimento Domiciliar da vertical de Cuidados Integrados aconteceu, presencialmente, nos dias 06, 07 e 08 de junho de 2022, e contou com uma equipe de duas avaliadoras, sendo uma enfermeira e uma médica. Com algumas semanas de antecedência, foi enviado à auditoria o plano de avaliação, no qual constavam as reuniões e as áreas que seriam auditadas.

O primeiro dia foi exclusivamente de reuniões com os representantes de cada equipe. Os dois últimos, foram destinados à visita nos domicílios assistidos pelo programa. Nesta etapa, por medidas de prevenção relacionadas à Covid-19, os familiares dos pacientes atendidos limitaram a quantidade de pessoas que poderiam participar, sendo que a pesquisadora não foi incluída.

O plano de auditoria do primeiro dia de avaliação continha: “planejamento estratégico com a alta liderança”; “gestão da qualidade e de riscos”; “gestão de pessoas”; “gestão de suprimentos” e “gestão da tecnologia da informação”.

#### 6.3.2.1 Reunião de abertura com as auditoras e a alta liderança de Cuidados Integrados – Caso 3

As auditoras iniciaram a reunião apresentando-se e explicando a proposta de avaliação daquela auditoria. A avaliadora líder ressaltou que já havia avaliado o programa diversas vezes e sabia do compromisso da instituição com as prerrogativas de qualidade e de segurança dos pacientes. Ela também exaltou o pioneirismo da instituição em ter um programa de atendimento domiciliar acreditado.

Toda a alta liderança e os gestores da vertical de Cuidados Integrados estavam presentes (tanto física, quanto remotamente, neste caso em uma sala virtual). Cada um dos presentes apresentou-se e o clima entre auditoras e auditados era de informalidade.

As auditoras confirmaram a agenda proposta para o dia. A seguir, permaneceram na sala apenas os participantes da reunião de planejamento estratégico.

### 6.3.2.2 Reuniões de avaliação do primeiro dia de auditoria – Caso 3

Na **reunião de avaliação relacionada ao planejamento estratégico**, a equipe de Cuidados Integrados apresentou seus objetivos e projetos. Um deles referia-se à “inteligência analítica e predição de dados”, mas os aspectos detalhados estavam voltados à privacidade das informações e não ao potencial de oportunidades que estas poderiam trazer.

Em projetos estratégicos, foi mencionada a iniciativa de “Digitalização do cuidado” que poderia ser uma abordagem considerada inovadora em relação ao gerenciamento das informações assistenciais dos clientes. Porém, durante a coleta de materiais para a análise documental foi constatado que este projeto foi descontinuado.

As auditoras ressaltaram a qualidade das informações apresentadas e questionaram como estavam sendo desdobrados os objetivos estratégicos do Ecossistema de Saúde do qual a vertical de Cuidados Integrados fazia parte, em indicadores para o Programa de Atendimento Domiciliar. Os colaboradores fizeram na hora um desenho que mostrava esse cascadeamento de informações, mostrando que cada equipe tinha o seu conjunto de indicadores alinhados às premissas comuns a todos da organização. Não houve questionamentos adicionais.

Na seção de **gestão da qualidade e riscos**, foram abordados aspectos de gerenciamento de processos e indicadores, além das atribuições do time de melhoria contínua, um deles denominado “time de melhoria assistencial”. Apesar da proposição de melhorias, na análise documental e nas entrevistas, foi identificado que este time atua com correções específicas nos processos e nas documentações relacionados às práticas das equipes que prestam atendimento domiciliar, não podendo, portanto, serem classificadas como inovadoras.

Apesar de a gestora da qualidade ter comentado que o “time de melhoria assistencial” se refere à equipe que responde pelos desenhos de processos e proposição de melhorias na instituição, especificamente para o atendimento domiciliar, essas melhorias estavam mais relacionadas a ajustes pontuais.

Na seção de **gestão da tecnologia de informação**, os aspectos abordados foram: “*back up* dos sistemas”; “plano de contingência para a queda de sistemas de informação” e “políticas de segurança da informação”. Apesar de, comumente, as práticas inovadoras serem atreladas a implantações de tecnologia, nesta seção, não houve qualquer questionamento relacionado a novos projetos e/ou à inovação. Aliás, nesta seção, ficou bastante evidente a condução da avaliação em formato de *checklist*, talvez pelo fato de as avaliadoras não terem tanto domínio destes aspectos mais técnicos, quanto pelo tempo limitado de uma auditoria.

### 6.3.2.3 Reunião de encerramento – Caso 3

Como a pesquisadora não participou da reunião formal de encerramento da auditoria, valeu-se do relatório de avaliação externa para entender os achados desta visita.

Por ser um programa acreditado há mais de dez anos, as auditoras trouxeram como não conformidade apenas os aspectos relacionados à criação de um time e de processos para atendimento a pacientes em cuidados paliativos participantes do Programa de Atendimento Domiciliar.

O que chamou a atenção nesta observação foi que, pelo fato de a auditora líder ter participado das avaliações anteriores referentes a este programa, ela fazia menos questionamentos em relação aos requisitos do manual em comparação com a auditora assistente, que estava lá pela primeira vez e ainda tinha certa dificuldade para entender as particularidades desse escopo de serviço.

No entanto, também foi observado certo cuidado da auditora líder em explicar e em trazer exemplos de outras instituições, quando identificava algum ponto que pudesse não estar devidamente conforme. O clima de troca de experiências entre a auditora líder e os auditados era constante e a relação entre eles pareceu ser de confiança mútua.

Por apresentar este perfil de avaliação, poderia ser um estímulo para inovação pela instituição, se esta mesma auditora tivesse trazido em formato de auditoria, aspectos dos requisitos de gestão que desafiam a apresentação contínua e progressiva de melhorias, desafiando a equipe de atendimento domiciliar a desenvolver novos projetos além das correções pontuais de processos.

Sabe-se que as equipes avaliadoras precisam respeitar um método de auditoria proposto por cada programa de acreditação, mas essa relação estabelecida entre auditor e auditado, além de cumprir com as exigências específicas de cada requisito, pode representar aprendizados.

### 6.6.3 Entrevistas: Nível Tático e Estratégico – Caso 3

Para realizar as entrevistas, foram utilizados os Roteiros 1 e 3 (Apêndices 1 e 3, respectivamente). Participaram deste estudo 2 entrevistados, a saber: o gestor da qualidade local, que possui uma atuação também em certo nível operacional e responde pelo time que atua com a manutenção da acreditação ONA para o Programa de Atendimento Domiciliar; e um representante da alta liderança da vertical de Cuidados Integrados (Tabela 2).



Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?**, buscou-se compreender, no **contexto geral, uma eventual relação entre acreditação e inovação, sob o ponto de vista dos participantes**. As opiniões dos entrevistados divergiram.

Para o nível tático-operacional, a acreditação permite adotar boas práticas e conhecimentos de especialistas do mercado de saúde de forma antecipada aos desafios que podem surgir na assistência. Isso é tido pelo gestor da qualidade local como um estímulo para inovação. Ele explicou: “[...] Então sim, é uma forma da empresa que é acreditada se atualizar também no que o mercado está vendo, nos desafios que ocorre de não estar acontecendo ainda na empresa, nós já nos adiantamos, já sair na frente, não é?” (Gestor da qualidade local - Caso 3).

No entanto, o representante da alta liderança da vertical Cuidados Integrados, apesar de concordar quanto à melhoria trazida pelos programas de acreditação, questionou por quanto tempo um mesmo programa poderia conseguir isso. Ele enfatizou que nem toda melhoria agrega inovação.

Eu tenho visto que hoje em dia, ela mais me traz a segurança clínica de que eu estou fazendo a coisa bem-feita. Mas de fato, a gente tinha acreditado há muitos anos e pelo mesmo certificador. Então, no ano passado, eu já senti que vem pouca provocação. E pouca provocação no mundo que eu estou falando, com tanta coisa digital pipocando. [...] Eu tenho ali a atenção domiciliar, atendimento médico de generalista, como é que eu posso inovar colocando especialista na casa quando necessário? Eu acho que tem uma série de desafios, de ganho, de melhoria, de cuidado. [...] Eu quero ser desafiado de um modelo diferente (Representante da alta liderança da vertical – Caso 3).

Por mais que o nível tático-operacional entenda que há relação entre os estímulos da acreditação para a inovação do programa, a percepção de estagnação dos *inputs* de melhorias advindos deste tipo de avaliação assemelha-se à forma como o representante da alta liderança enxerga. O gestor da qualidade explicou:

Mas é porque assim, a gente tem uma certa maturidade aqui, então a mudança geralmente vem de nós e a gente inclusive, consegue até deixar os auditores impressionados com a nossa a nossa maturidade. Eles pontuam muito isso, eles chamam a gente de “sofisticados” (Gestor da qualidade local – Caso 3).

Além disso, a alta liderança de cuidados integrados não elencou as acreditadoras como parceiras das organizações de saúde na busca pela inovação. Entende-se que as acreditações são uma forma de diferenciação entre serviços de saúde que buscam pela excelência clínica.

Pensando no contexto específico de cada unidade, em relação à pergunta: **Você percebe maior disposição da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?**, buscou-se entender dentro de cada contexto, se esse estímulo à inovação pode ser potencializado. O nível tático-operacional considerou que a alta liderança não só apoia, como também estabelece uma ponte com as áreas mais distantes do cotidiano, por exemplo, as áreas corporativas do Ecosistema.

Quando a gente precisa de um apoio, de um reforço, ela se coloca à frente pra poder nos auxiliar. Por exemplo, né? Ah, gente, porque a comunicação entre as verticais ainda é muito complicada, a depender de onde a gente vá circular. Então, a diretoria por ter esse relacionamento, e querendo ou não a patente mais alta, consegue desembargar isso, né? (Gestor da qualidade local – Caso 3).

Considerando a percepção dos entrevistados, no que tange à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecosistema? Por quê?** e pensando em como pode ser estreitada essa relação entre acreditação e inovação dentro da rede, as opiniões dos entrevistados divergiram. Para o gestor da qualidade local do Caso 3, os projetos desenvolvidos por eles são locais e, em alguns casos, podem extrapolar, indo do Programa de Atendimento Domiciliar para a vertical de Cuidados Integrados, mas, dificilmente, para o Ecosistema como um todo. No entanto, ele não se vê integrado ou sente a necessidade de ter as áreas corporativas como recurso no desenvolvimento dos projetos relacionados à acreditação. Segundo ele, “é algo tão interno, tão nosso, que a ONA faz um apontamento e a gente consegue resolver por aqui mesmo, né?” (Gestor da qualidade local – Caso 3).

O ponto de vista do representante da alta liderança é que as iniciativas não são integradas de uma forma sistematizada. Mas, quando ele precisa de apoio das pessoas que lidam com inovação dentro do Ecosistema, existe colaboração.

Eu não sei. Eu acho que a gente tem que falar primeiro de melhoria assistencial. Tem várias iniciativas que rodam sobre melhoria no assistencial. E eu acho que eles têm lá um padrão e uma governança única e própria. E eu acho que a inovação, muitas vezes, vem nos ajudar a responder uma dor. Então, vou dar um exemplo. Eu tenho aqui algumas dores de como que eu diminuo custo, aumento escala e melhora assistência. E aí, eu vou buscar muitas vezes, resposta pra essa minha dor em cabeças diferentes, mais inovadoras e que me ajudam ou a construir algo interno ou startups. [...] Enfim, eu vejo que não existe esse rito de que as coisas estão encaixadinhas, mas eu acho que isso é o melhor modelo, é o modelo mais saudável como é hoje, sabe? (Representante da alta liderança – Caso 3).

No que tange à pergunta: **De que forma, a empresa se organiza para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?**, buscou-se compreender como ocorre a **gestão das ações para esse cumprimento**. O colaborador tático-operacional do Caso

3 explicou que existe centralização da gestão de iniciativas pela área da qualidade local que, a partir da listagem de todos os requisitos, distribui-se entre as demais áreas (assistenciais, operacionais, administrativas etc.) o que é requerido para cada uma delas, fazendo um papel tanto de suporte para esclarecer dúvidas sobre o que está sendo pedido pelo manual, quanto de acompanhamento do cumprimento e do *status* das ações. Esse formato de organização respondeu também às perguntas: **Como se dá o processo de desenvolvimento de um projeto originado para cumprir com um ou mais requisitos de acreditação? Quais são as áreas envolvidas? Poderia comentar a respeito?**

Em relação à percepção dos entrevistados quanto à pergunta: **As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia me dar exemplos?**, o gestor da qualidade local entendeu que as iniciativas têm uma abrangência máxima intersetorial, pois enxergou que as ações para atendimento domiciliar não extrapolam para a vertical de cuidados integrados.

Em relação à pergunta: **Com base na sua experiência, quais os requisitos ou padrões de acreditação que geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?**, respeitando-se a premissa de que para ser considerada inovação, uma prática precisa acarretar melhoria mensurável, foi mencionada a sistematização de medição dos resultados e os processos implantados como algo perene na instituição e que faz parte da gestão das melhorias.

Então, a aderência da mudança ao processo a gente monitora. Aí, pode ocorrer também de isso impactar algum indicador, a gente também monitora. Se a gente implantar e ver que não funcionou ou até se a gente fizer uma prova de conceito, no próximo ano a gente diz: 'olha só, essa recomendação a gente não implantou tá, porque não faz sentido, não fez por isso, isso e isso', pode acontecer também (Gestor da qualidade local - Caso 3).

Em relação à pergunta: **Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas aos programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?**, o colaborador da unidade afirmou que muitas mudanças são decorrentes dos resultados dos indicadores, que acabam revelando qual deve ser o foco de atuação pelas equipes. Mas, como observado em respostas anteriores, não foi identificada nenhuma grande mudança nos últimos anos.

Para o representante da alta liderança da unidade, os estímulos para inovação vêm tanto da necessidade de melhorar o desfecho clínico para os pacientes, agregando processos e

tecnologias que tornam esse cuidado mais bem-sucedido, quanto da redução de custos decorrentes das operações de negócio. O representante da alta liderança explicou:

[...] A gente não tem uma área de inovação centralizada que já foi comprovado que inovação centralizada numa área não agrega tanto valor quanto a área descentralizada. Então, você tem lá a área de inovação com startups. Você tem inovação de diagnóstico. Você tem inovação aqui em cuidados integrados e o que é inovação pra gente? A inovação pra (empresa) é: primeiro ser sempre bom, excelente do ponto de vista de desfecho clínico. Então, a (empresa) tem isso como princípio, né? É um valor que a gente mantém. Dado que a gente não vai abrir mão da qualidade assistencial, como é que a gente consegue trazer novos atributos ou novas práticas pra manter ou melhorar a qualidade assistencial, reduzindo o custo ou melhorar a qualidade assistencial com uma nova oportunidade? (Representante da alta liderança – Caso 3).

No que tange à pergunta: **O que você poderia comentar sobre outros projetos que não focam diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?**, o representante da alta liderança foi o único respondente que soube citar projetos, evidenciando que talvez essas informações, ou mesmo essas iniciativas, não sejam entendidas pelo time operacional como uma inovação. Ele conseguiu desdobrar desde um valor explícito da companhia até a forma como isso foi traduzido em inovação na prática, algo que o colaborador da unidade não considerou relevante para comentar. O representante da alta liderança argumentou:

Então, eu vou dar um exemplo: um paciente que está em casa, vou dar o exemplo da atenção domiciliar. O paciente está em casa, é um paciente crônico, dependente de oxigênio. [...] E quando ele passa muito mal, ele liga na minha central de saúde. Eu mando uma ambulância. Ele é atendido por um médico, enfim. Qual inovação a gente pode fazer? Então, o que que eu estou fazendo hoje, por exemplo? Hoje, eu estou deixando na casa dele um oxímetro que liga numa central e que eu monitoro. Então, se ele está perdendo, eu sou ativo nesse comando do próprio médico dele. Pude antecipar uma agenda de fisioterapia ou antecipar uma... Sei lá, o técnico de enfermagem, faz uma aspiração. Estou dando um exemplo simples, integrado. Este alerta tem um painel robusto de central? Ainda não, mas eu tenho, eu tenho o MVP de um processo completo que é estar lá na casa dele o oxímetro, eu olho esse oxímetro de alguma maneira e eu consigo dar uma assistência baseado no que eu estou enxergando (Representante da alta liderança – Caso 3).

Quanto à pergunta feita ao colaborador do nível operacional: **Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?**, ele afirmou que esta prática é rotina na instituição e que existe uma preocupação em não ferir nem os requisitos legais, pelos quais o atendimento domiciliar está regulado, e nem os da acreditação da ONA.

Quanto à pergunta: **A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?**, a referência de mudança não é sobre os requisitos do manual, mas sim, sobre o quanto a acreditadora e seus avaliadores estão preparados para auditar um serviço tão específico como o atendimento domiciliar. Isso pode, inclusive, interferir em estímulos para provocar outros desafios de melhorias.

Os auditores não estão preparados pro nosso negócio. [...] Aí, a gente perde um tempo enorme explicando, tentando abrir a mente da pessoa, explicando pra ela o que é o home care pra ela conseguir fazer as perguntas certas pra gente. [...] E a gente poderia ter aproveitado mais, tanto é que o nosso tempo de auditoria, ele até foi estendido (Gestor da Qualidade – Caso 3).

Somado a isso, o ponto de vista do representante da alta liderança de Cuidados Integrados (Caso 3) é que os times operacionais e assistenciais não conseguem inovar independentemente da acreditação ou mesmo dos times do Ecossistema. Isso porque, de acordo com o seu entendimento, estímulos externos são necessários para ampliar a visão de oportunidades. Por isso, como as equipes estão imersas nos processos, talvez não tenham o entendimento do que e de como poderia ser diferente. Ele esclareceu:

Não, eu acho que o time precise de um apoio corporativo. Porque eu acho que a operação, seja ela de cuidados integrados, atenção domiciliar, hospital, enfim... Ela normalmente, é uma área de operação que demanda bastante trabalho, demanda bastante esforço e é uma concentração muito grande. [...] E eu acho que a operação se não provocada, ela tende a ter um olhar muito pro processo, pra melhoria de processo. Eu acho que toda operação busca sempre melhoria de processo, mas ela poucas vezes, eu vi ela se desafiar aí a ser inovador desde a ponta (Representante da alta liderança – Caso 3).

Por fim, ao ser **questionado sobre como a inovação e a premissa de dano zero e risco mínimo à segurança dos pacientes, que regem o setor de saúde, poderiam ser conciliadas**, o representante da alta liderança explicou que acredita ser possível começar pequeno, em um ambiente mais controlado, e testar as possibilidades antes de implantar uma mudança completa.

E, na verdade, é possível entregar o MVP. Só que pra saúde talvez, o MVP tenha que ter mais coisas. Ele tem que ter um controle melhor, mas não é necessariamente ter tudo. [...] E esse pacote mínimo de coisas ele vai ter benefícios... se ele entregar o mesmo valor que hoje algo que tenha muita coisa entregue.

O Quadro 11 resume as respostas dos entrevistados envolvidos nos Cuidados Integrados (Caso 3).

Quadro 11: Resumo das respostas dos entrevistados de Cuidados Integrados (Caso 3)

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>	<b>Visão do representante da alta liderança</b>
1 e 3	De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)	Visão tática-operacional: sim.	Não entende como uma oportunidade para inovar e sim para avaliar e melhorar os processos que devem trazer segurança à assistência.
1	Você percebe alguma disposição maior por parte da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)	Visão tática-operacional: sim, pensando na direção da unidade.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1 e 3	De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)	Visão tática-operacional: não, pois os projetos são locais e eles não se veem integrados de forma estruturada às áreas corporativas do Ecossistema.	Visão estratégica: não são integradas de forma estruturada, mas, como liderança. Ele consegue apoio de pessoas do Ecossistema para pensar em inovação que responda às dores do negócio de cuidados integrados.
1	De que forma a empresa organiza-se para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?	Gestão das ações para cumprir com os requisitos da acreditação	Visão tática-operacional: são distribuídas as pendências de cada capítulo do manual entre gestores das áreas correspondentes, mas com a gestão das ações centralizada na área da qualidade.  (A resposta contempla as perguntas 4 e 7 do Roteiro 1).	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado

Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
1	A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?	Conteúdo dos manuais de acreditação: Estímulo para mudança/ inovação (Contexto geral)	Visão tática-operacional: não mudaria nada no manual. No entanto, mudaria o formato de avaliação pelos auditores, pois muitos desconhecem as particularidades do atendimento domiciliar.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Com base em sua experiência, quais requisitos ou padrões de acreditação geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?	Estímulo dos manuais de acreditação para mudança/ inovação (Contexto específico)	Os entrevistados responderam a esta pergunta citando projetos associados aos padrões/requisitos. (As respostas contemplam as perguntas 6 e 9 do Roteiro 1). Visão tática-operacional: estabelecimento do processo de registro do "near miss" - quase erro.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia dar exemplos?	Abrangência das melhorias (Origem acreditação)	Visão tática-operacional: intersetorial	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, tenha sido descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Origem acreditação)	Visão tática-operacional: não soube responder.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Origem acreditação)	Visão tática-operacional: mencionou o sistema de medição com indicadores de processos e resultados implantados na instituição.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado

Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
1	O que você poderia comentar sobre outros projetos que focaram diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?	Projetos de melhoria com relação indireta aos programas de acreditação	Visão tática-operacional: mencionou a estrutura da área de melhoria contínua, apartada da área de gestão de projetos, mas não citou um exemplo específico para esta pergunta.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas com os programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?	Projetos de melhoria (Sem origem acreditação)	Visão tática-operacional: resultado dos indicadores.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
1	Quando alguma iniciativa/projeto é proposta na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem acreditação)	Visão tática-operacional: sim.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado
3	De acordo com sua percepção, como as empresas de saúde diferenciam-se, atualmente, no mercado brasileiro?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Diferenciação por preço ou por excelência clínica.
3	Quais os estímulos que as organizações de saúde têm para inovar?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Estímulos para inovação vêm da busca por um melhor desfecho clínico para os pacientes, melhoria dos custos e integração de expertises com outros negócios.



Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
3	De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecosistema?	Inovação (contexto específico)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Não existe uma área centralizada de inovação no Ecosistema; Necessidades constantes de melhoria do ponto de vista assistencial; Estratégia de ter um cuidado coordenado entre as verticais assistenciais promove novas ideias que levam à inovação.
3	De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras a partir de necessidades próprias? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Não conseguem, pois focam muito no processo e precisam tanto de visão, quanto de apoio externo (corporativo, por exemplo).
3	Quais são os parceiros das organizações de saúde para o estímulo à inovação e melhoria contínua?	Ecosistema de inovação segmento saúde	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	<i>Startups</i> e parceiros de outros segmentos que não a saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.3.4 Resultado Consolidado das Análises – Caso 3

Os dados apontam que, para os Cuidados Integrados (Caso 3), existe uma compreensão parcial de que programas de acreditação possuem um potencial estímulo para inovação dentro das organizações de saúde.

Por ser acreditado há mais de dez anos, existe um entendimento de que devido à maturidade do Programa de Atendimento Domiciliar, as auditorias trazem poucos desafios. No entanto, a qualidade dos requisitos e a robustez do manual foram aspectos avaliados positivamente pelos entrevistados.

No relatório de auditoria, o serviço foi pontuado como “supera as expectativas” em relação a um modelo de gestão inovador, o que, na percepção do representante da alta liderança não se confirma, pois o entendimento é de que só estão fazendo bem o que deve ser feito.

Apesar de só ter sido identificado um projeto com potencial de inovação de processo após a auditoria, percebeu-se que, tanto o nível tático-operacional quanto o estratégico dos entrevistados não atribuíram com a temática da inovação e nem com a melhoria de processos. Por isso, pode ser mais difícil identificar e propor inovações no Programa de Atendimento Domiciliar.

No entanto, a postura da avaliadora líder foi percebida tanto pela pesquisadora quanto pelos auditados, como algo positivo para a avaliação. Ao longo da auditoria, ela trocou experiências com os profissionais do Programa de Atendimento Domiciliar, favorecendo a confiança mútua durante todo o processo de avaliação. Ela fez perguntas mais abertas, comentários sobre outras práticas vistas no mercado e ampliou a visibilidade de seu conhecimento sobre o escopo desse serviço. No entanto, o fato de, frequentemente, ser a mesma avaliadora nas auditorias, trouxe a sensação de que existe uma latência na proposição de novas oportunidades de melhorias.

Outro aspecto mencionado em relação aos auditores foi o desconhecimento de muitos deles sobre as particularidades do serviço de atendimento domiciliar, reduzindo as oportunidades de trocas e *inputs* de melhorias.

Apesar do nível tático-operacional da unidade ter uma percepção de que as áreas corporativas do Ecossistema não são um apoio na execução de projetos de melhorias, o representante da alta liderança enxergou a existência da colaboração, quando solicitada.

Existe também um entendimento do nível tático-operacional da não necessidade de aproveitamento dos times corporativos para desenvolver projetos pós auditoria ou para atender aos requisitos do manual, o que pode evidenciar uma baixa exploração das oportunidades e uma

insistência em promover apenas ajustes pontuais nos processos. Para a alta liderança, times mais envolvidos na operação não conseguem pensar em novas formas de desenvolver e de melhorar seus processos, dificultando o alcance da inovação.

Além disso, a ONA é tida pelas equipes como uma validação para implantar mudanças no programa, de modo que não firam os requisitos já considerados conformes.

O entendimento da necessidade de mensurar o impacto para comprovar as melhorias resultantes dos projetos estava presente em todas as evidências coletadas. Inclusive, durante as entrevistas, algumas vezes foi citada a existência de um sistema de medição estruturado e perene. Também foi mencionado que os resultados dos indicadores originaram melhorias e inovações não relacionadas à acreditação. Este último fato foi comprovado pela documentação avaliada.

Por outro lado, foi possível evidenciar que, apesar de o programa de atendimento domiciliar ser acreditado há anos e sofrer auditorias recorrentemente, os entrevistados não souberam citar mudanças significativas recentes, confirmando as melhorias em nível de ajuste de processo.

Por fim, concluiu-se que os achados do Caso 3 destoam internamente entre as visões dos níveis tático-operacional e estratégico e evidenciam que a acreditação não tem sido um estímulo para inovação no programa certificado.

O Quadro 12 apresenta a síntese dos achados referentes aos Cuidados Integrados (Caso 3).

Quadro 12: Síntese dos achados referentes aos Cuidados Integrados (Caso 3)

<b>Dados coletados</b>	<b>Origem deste achado</b>	<b>Oportunidades para inovação</b>
A maturidade da instituição e sua recorrência de avaliação por um único programa de acreditação há anos minimiza a percepção pelas equipes dos desafios trazidos pela acreditação.	Análise documental Observação da auditoria Entrevista	Adotar outros programas de acreditação que tenham uma abrangência de avaliação para além de processos técnicos. Os times envolvidos devem avaliar como os requisitos técnicos podem embasar práticas inovadoras.
Desalinhamento na interpretação do que representa um requisito que pede “modelo de gestão inovador” entre auditores e auditados.	Análise documental Entrevista	Disseminar entre os colaboradores de todos os níveis hierárquicos os diferentes conceitos e conhecimentos de inovação, para que assim sejam entendidas, por exemplo, as diferentes tipologias.
Inexistência do entendimento de que melhorias de processos podem representar inovação.	Entrevista	
Reconhecimento da postura dos auditores externos permitindo a troca de experiências com os auditados.	Observação da auditoria Entrevista	Ter mais momentos de troca de boas práticas e conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.
Alguns auditores externos possuem pouco conhecimento do negócio auditado e, com isso, são mais literais em relação aos requisitos do manual.	Observação da auditoria Entrevista	Ter mais momentos de troca de boas práticas e conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.  Proporcionar auditores mais alinhados com a temática do escopo do serviço avaliado pode agregar sinergia entre a acreditação e a inovação.
Falta de integração entre os times locais das unidades e as equipes corporativas no desenvolvimento de melhorias/inovação pós auditoria de acreditação e com base nos requisitos do manual.	Análise documental Entrevista	O levantamento de mais oportunidades decorrentes do manual de acreditação pode requerer o apoio corporativo para pensar em melhorias e desenvolver mudanças. O inverso também é possível.
Existência do entendimento de que as equipes que são muito envolvidas nos processos e na operação têm dificuldade de propor inovações.	Análise documental Entrevista	Envolver mais o time corporativo para pensar inovação nos processos pode ampliar a visão dessas equipes a respeito das mudanças e das melhorias possíveis.

<b>Dados coletados</b>	<b>Origem deste achado</b>	<b>Oportunidades para inovação</b>
Adoção de alguns requisitos dos programas de acreditação como validação para implantação de mudanças.	Entrevista	Apesar de representar uma regulação, a acreditação não inibe a adoção de práticas inovadoras.
O programa de acreditação estimula que melhorias de processos sejam derivadas da mensuração dos resultados anteriores.	Análise documental Entrevista	Promover um método homogêneo no Ecossistema de Saúde para medir processos e resultados, identificando, continuamente, as oportunidades para agregar melhorias ao serviço prestado (por meio inclusive, de práticas inovadoras).
Ausência de estímulos na auditoria externa para discutir oportunidades de melhorias e experiências que sejam além de cumprir literalmente com os requisitos do manual.	Observação da auditoria Entrevista	Os times internos podem requerer dos auditores externos e das empresas acreditadoras maiores explicações sobre as possibilidades de se cumprir com um requisito, contribuindo assim, para originar ideias que promovam inovação.
Existência da percepção dos entrevistados de que são sempre os mesmos profissionais auditando o serviço.	Entrevista	Ter mais momentos de troca de boas práticas e conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.
Existência de um sistema de medição homogêneo sobre os resultados dos projetos na unidade.	Análise documental Entrevista	Ter um método estabelecido com medições, acompanhamento contínuo e gestão do conhecimento sobre as iniciativas executadas na unidade pode render oportunidades para novas iniciativas (com oportunidade de inovação).

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.4 CASO 4: MARCA DE DIAGNÓSTICO 1 – IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO PALC

No estudo de caso da Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4), foi possível obter dados de todas as origens propostas: documentos obtidos com a marca, observação da auditoria virtual e entrevista com colaboradores. Esta marca estava no processo de implantação da acreditação PALC e até o momento de finalização desta análise, já tinha obtido o parecer de ter sido “acreditada”. Os achados de cada uma das fontes foram apresentados a seguir.

##### 6.4.1 Análise Documental – Caso 4

Foram solicitados à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4) os documentos relacionados aos relatórios de auditorias realizadas na unidade e os planos e projetos atribuídos ao processo de acreditação.

A análise de conteúdo dos manuais permitiu constatar que os programas de acreditação relacionados especificamente ao segmento de Medicina Diagnóstica são os que possuem requisitos nos quais as palavras elencadas neste estudo, relacionados à inovação, aparecem com menor frequência.

Entende-se que estes programas de acreditação prezam por incrementos mais técnicos de qualidade e de segurança dos pacientes em serviços Laboratoriais e de Diagnóstico por Imagem e possuem requisitos com parâmetros mais objetivos. Essa premissa foi corroborada a partir dos achados identificados na análise de documentos das unidades de diagnóstico, uma vez que dos 9 (nove) planos e projetos atribuídos ao cumprimento de requisitos do PALC, apenas 02 (dois) foram classificados como inovação de processo.

Esses planos, por sua vez, trouxeram novas formas de executar processos de testagem com a população e novos critérios para processar as amostras de material biológico e para liberar os laudos, agregando atualização dos parâmetros de referência para o estabelecimento de diagnósticos, assim como trazendo maior segurança quanto à liberação de laudos para pessoas autorizadas.

Pela matriz de análise de documentos, pôde-se observar que os demais planos estão diretamente relacionados a regularizar ou a estabelecer processos mínimos obrigatórios para a entrega do serviço proposto e, por isso, não necessariamente trazem a inovação em seus resultados. O Quadro 13 apresenta os planos e os projetos analisados, referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).

Quadro 13: Planos e projetos analisados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4)

Planos e projetos para cumprir com os requisitos	Para atender a qual requisito da acreditação?	Representa qual tipo de inovação?
Treinar os colaboradores. Verificar junto o porquê de o treinamento não aparecer para os técnicos.	10.4 e 10.12 (Gestão dos Testes Laboratoriais Remotos)	Não representa
Rever os testes de solução (PODs) específicos 00720 e 00510, nos quais estão descritos claramente os critérios de rejeição e de restrição para cada amostra processada no setor. Treinar a equipe nos procedimentos devidamente atualizados.	11.1 (Garantia da Qualidade)	Não representa
Criar requisito (REQ) de planilha de avaliação diária. Relacionar o POD geral da área, junto ao Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Inserir o portfólio no POD geral da área.	12.6 (Gestão da Fase Pós-analítica e dos Laudos)	Não representa
Comprar termômetros, calibrar e instalar nas devidas salas que compõem o setor de Onco hemato citogenética. Demonstrar o preenchimento diário da REQ00326. Treinar a equipe, sobre o preenchimento da REQ00326. Evidenciar as últimas OS mensais do Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC). Evidenciar a realização do serviço.	15.4 a 15.8 (Gestão ambiental e da segurança)	Não representa
Padronizar/atualizar o POD geral da área. Treinar a equipe nos procedimentos atualizados. Divulgar o calendário de recertificação via WP e <i>e-mail</i> de marketing para gestores. Descrever no POD a instrução sobre controle de amostras com possível contaminação. Revisar os critérios de recebimento e de processamento de amostras recebidas vazadas. Atualizar o procedimento geral da área - POD08197. Treinar a equipe no procedimento atualizado. Incluir procedimento de calibração no POD 03841. Realizar treinamento de atualização do POD03841.	3.2 a 3.5 (Gestão e Controle da Documentação)	Não representa
Padronizar/atualizar o POD geral da área. Treinar a equipe no procedimento atualizado.	4.1 (Gestão de Registros Técnicos e da Qualidade)	Não representa

Planos e projetos para cumprir com os requisitos	Para atender a qual requisito da acreditação?	Representa qual tipo de inovação?
<p>Ação imediata: Avaliar se existem equipamentos sem cadastro na unidade. Solicitar via <i>forms</i>, conforme o POD07770 e etiquetá-los com a identificação. Cadastrar os equipamentos solicitados via <i>forms</i>.</p> <p>Ação corretiva: Divulgar o POD07770 para as unidades. Revisar o cronograma para que as manutenções fiquem diluídas, para ter uma margem de segurança, em caso de afastamentos médicos, evitando atrasos. Realizar as calibrações vencidas. Identificar os materiais com lotes diferentes no estoque intermediário. Registrar o lote na planilha. Realizar reorientação/treinamento da equipe.</p>	<p>De 7.3 até 7.10 (Gestão de Equipamentos e Insumos)</p>	<p>Não representa</p>
<p>Alinhar quais as ferramentas e as condições do sistema <i>Motion</i> para aplicar a restrição e a liberação do laudo, quando pertinente com a informação. Descrever em procedimento as condutas de processamento de amostras sob restrição, os critérios de avaliação e as condutas a serem consideradas na liberação do laudo. Realizar treinamento da equipe nos procedimentos e na liberação de laudos sob restrição. Validar com as equipes médica e técnica quais informações de restrição devem ser descritas em laudo. Padronizar/atualizar o POD Geral da área. Treinar a equipe no procedimento atualizado.</p>	<p>8.9 (Gestão da Fase Pré-analítica)</p>	<p>Processo</p>
<p>Revisar os procedimentos de validação e de titulação de anticorpo monoclonal e validar lote a lote. Fazer <i>upgrade</i> do estudo de sensibilidade para Leucemias e Linfomas. Atualizar o procedimento que descreve os intervalos de referência. Realizar a testagem com uma população normal adulta, a partir de 18 anos, para verificar os intervalos de referência utilizados no setor. Realizar treinamento com os responsáveis da área sobre a atualização dos procedimentos.</p>	<p>9.3 e 9.7 (Gestão da Fase Analítica)</p>	<p>Processo</p>

Fonte: Elaborado pela autora.



Na vertical de diagnóstico, os processos de acreditação acontecem por marca e incluem todas as unidades que a compõem. Por isso, além do processo de implantação de uma acreditação, há necessidade de ajustes mais básicos para cumprir com os requisitos de um manual ou de uma norma de avaliação, ainda que seja importante que os gestores da marca e da qualidade corporativa tenham uma visão individualizada de como está o cumprimento de cada um dos requisitos em cada uma das unidades, o que pode acarretar uma interpretação mais operacional e mais focada, exclusivamente, em atender cada padrão de avaliação.

Além disso, assim como no Caso 1, relacionado à vertical de hospitais, entende-se que uma organização que está em processo de implantação de uma acreditação pode ser mais conservadora ao elaborar propostas para cumprir com os requisitos de um programa, considerando a inexperiência no processo e a pouca visibilidade de como pode ser a interpretação dos auditores em relação às iniciativas apresentadas.

Não só isso, para uma instituição que está implantando um programa de acreditação, é maior a necessidade de correção, adequação e revisão de processos e estruturas mais básicas, o que faz com que as equipes foquem no nivelamento do cenário atual, mantendo-o no mínimo exigido, para então se propor a pensar em ações mais ousadas buscando contemplar os requisitos.

Os materiais relacionados à auditoria interna permitiram constatar que as não conformidades identificadas pelos auditores internos são exploradas com os times, utilizando uma análise de causa raiz (utilizando o diagrama de Causa e Efeito de Ishikawa). Porém, a maioria das ações propostas são relacionadas a ações pontuais em processos, procedimentos e controles existentes.

No relatório de auditoria externa, dos 4 apontamentos de não conformidades, 3 estão relacionados à apresentação de evidências de processos mais básicos da operação dos serviços, como “manutenção preventiva de equipamentos”, “avaliação de fornecedores” e “comparação de *performance* entre equipamentos para validação de resultados”. A revisão dos parâmetros para liberar laudos que estejam sob restrição foi trabalhada pelos times como uma inovação de processo. Isso não significa que a marca ou mesmo que a vertical de diagnóstico não estejam constantemente buscando inovações, mas se percebe uma baixa relação entre a implantação do PALC e a adoção de práticas inovadoras na marca.

Dentro da vertical de diagnóstico, as marcas são agrupadas em diretorias regionais (Premium, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, Centro Oeste, Nordeste e Sul). Na diretoria regional de São Paulo, especificamente, existe um programa chamado “Gerando

Ideias” que convida os colaboradores de cada marca a estruturarem projetos com foco em trazer melhorias (e em alguns casos, inovações) para os serviços de Medicina Diagnóstica. Os projetos com maior viabilidade de execução e que tenham comprovação da melhoria trazida são premiados e podem ser expandidos com o apoio da diretoria para outras marcas (além daquela em que foi originado).

Os requisitos das creditações poderiam ser uma origem para embasar a proposição de projetos neste sentido, porém, a documentação analisada permitiu constatar que as origens trazidas para as iniciativas propostas para a Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4) são, principalmente, melhoria da eficiência e da experiência do cliente (com foco bastante claro no incremento de resultados do indicador de NPS – *Net Promoter Score*).

Em relação à análise das práticas inovadoras que não tenham se originado nos programas de acreditação, foram identificadas 3 iniciativas relacionadas à vertical de diagnósticos, sendo 2 voltadas à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4), todas implantadas. Assim como em hospitais, apesar destas práticas não terem sido originadas para atender aos requisitos dos programas de acreditação, indiretamente, seus resultados podem agregar àqueles relacionados com os atendimentos agilizados e com a garantia do diagnóstico oferecido.

As ações estão relacionadas com inovação de processos e visam:

- Revisar os fluxos e a adoção de tecnologia de *check-in* antecipado para atender o paciente no menor tempo possível entre a retirada de senha e o atendimento pela recepcionista.
- Agilizar o atendimento de procedimentos voltados a exames de mamas: após a realização de exames, quando evidenciada a necessidade de um possível procedimento para complementar o diagnóstico, o médico executor entra em contato com o médico prescritor, sugerindo a conduta. Após alinhamento entre as partes, o laboratório otimiza o atendimento, realizando encaixe e tratando previamente com a fonte pagadora (operadora de saúde) que precisa autorizar esse exame/procedimento adicional. Caso a operadora não libere o exame até o dia do encaixe, o atendimento é realizado da mesma forma, mas com um acompanhamento mais acirrado sobre a autorização de pagamento posterior. Essa iniciativa permite que casos relacionados a câncer de mama, por exemplo, sejam identificados de forma mais precoce, pois todos os procedimentos são realizados de forma completa, sem intervalos.

#### 6.4.2 Observação da Auditoria– Caso 4

A auditoria do programa PALC no caso da Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4) aconteceu virtualmente, no dia 5 de setembro de 2022, e foi composta por uma equipe de seis auditores, sendo eles biólogos, farmacêuticos, biomédicos e médico patologista.

O plano de auditoria foi enviado previamente à equipe da Gestão da Qualidade que organizou as sessões entre os participantes correspondentes à cada temática. Cabe salientar que as reuniões de avaliação podiam ser tanto referentes a assuntos corporativos como “Gestão da Qualidade e Riscos”, como a assuntos mais técnicos e operacionais como “Biologia molecular”, seguindo a divisão de capítulos da norma do programa.

Por terem sido diversas sessões ao longo do dia, uma para cada um ou dois auditores, a pesquisadora precisou selecionar de quais delas participaria na condição de observadora. A pesquisadora escolheu as referentes às temáticas corporativas por considerar que haveria maiores oportunidades de menções às práticas inovadoras. As seções selecionadas para observação foram: “reunião de abertura”; “reunião com a Alta Liderança da marca”; “Gestão da qualidade”; “Gestão de riscos” e a “reunião de encerramento” com o repasse dos achados da auditoria pelos auditores para as lideranças da marca.

##### 6.4.2.1 Reunião de abertura – Caso 4

Na reunião de abertura, a auditora líder agradeceu a participação de todos os presentes e sugeriu que os auditores se apresentassem. Por já ter avaliado outras marcas da vertical de diagnóstico pelo PALC, ela comentou já conhecer parte da estrutura da empresa e ter ciência da preocupação da mesma com relação à manutenção de processos de qualidade e de segurança dos pacientes.

Primeiramente, os auditores apresentaram-se e, em seguida, alguns representantes da marca auditada, dentre eles, os das lideranças médicas e administrativas e a coordenadora corporativa da qualidade.

A auditora líder repassou o plano de avaliação com os auditados e ponderou que a auditoria virtual restringe parte da interação entre eles por requer maior disciplina no cumprimento dos horários. Tudo precisa ser apresentado e demonstrado de forma mais detalhada possível pelos auditados para comprovar as evidências, visto que o auditor não visita as unidades.

Em seguida, os grupos dividiram-se entre as respectivas salas de reunião virtual e as sessões foram iniciadas.

#### 6.4.2.2 Interação entre a auditora líder e os times: reunião com a alta direção, gestão da qualidade e gestão de riscos

Os auditados fizeram a apresentação do organograma da marca e dos objetivos estratégicos da vertical de diagnóstico. A auditora líder, que conduziu a reunião, questionou quanto aos indicadores-chaves para cumprir com estes objetivos, pedindo para ver, especificamente, os indicadores relacionados à coleta de exames de sangue e de reconvocação de pacientes para exames de imagem, demonstrando foco na questão da segurança dos pacientes e na confiabilidade dos resultados dos exames.

Na reunião com a alta liderança, houve poucos questionamentos por parte da avaliadora e um protagonismo maior por parte dos representantes da marca que apresentaram detalhes sobre a organização. Não foram mencionados projetos relacionados à proposta de inovação.

No entanto, a pesquisadora pôde observar que, quando a auditora realizava alguma pergunta aos colaboradores, ela referenciava o requisito que embasava aquela pergunta, atribuindo a dinâmica de seguir um roteiro e limitando os conteúdos das discussões ao cumprimento, ou não, do que a norma requeria.

Durante as reuniões virtuais, não foram feitas perguntas aos colaboradores ou às lideranças sobre como eram identificadas e trabalhadas pelas equipes as oportunidades de melhorias dos processos ou mesmo quais projetos estavam sendo executados por elas.

Nas demais sessões acompanhadas, foram observados questionamentos relacionados, entre outros aspectos, aos indicadores e aos critérios para a gestão dos riscos atrelados à operação de análises clínicas, estabelecimento de código de conduta para prestadores terceirizados de serviços e vinculação das manifestações realizadas pelos clientes às não conformidades encontradas nos processos.

A pesquisadora observou que a auditoria estava focada em aspectos técnicos da operação de um laboratório, sendo constantemente mencionada pelos auditores a preocupação com relação aos riscos atrelados ao negócio.

Nas reuniões assistidas, um dos temas mais explorados foi o formato de gestão de riscos adotado pela marca. A auditora líder solicitou que fossem apresentadas as ferramentas de avaliação utilizadas pela Qualidade e as barreiras a serem enfrentadas para mitigação dos riscos.

Não foram identificados questionamentos por parte dos auditores sobre os aspectos relacionados à inovação e/ou às práticas inovadoras pela marca.

Cabe lembrar que, na análise de conteúdo dos manuais de acreditação, o PALC não apresentou um número de requisitos relevante para o estímulo à inovação por parte das organizações participantes.

Pôde-se notar que o formato virtual e o conhecimento prévio da auditora líder em relação aos procedimentos de qualidade e de segurança adotados pela vertical de diagnóstico como um todo, favoreceram a execução da auditoria para verificar os requisitos mais técnico-operacionais que fossem específicos da Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).

Além disso, a necessidade de cumprir com os horários das agendas virtuais, programadas em sequência e com pequeno intervalo entre elas, também pode ter inibido discussões mais aprofundadas sobre as oportunidades de melhorias e as trocas de experiência entre auditor e auditado.

#### 6.4.2.3 Reunião de encerramento

Na reunião de encerramento, a auditora líder acompanhada dos demais auditores, ressaltou a transparência na demonstração das evidências e o compromisso da vertical de diagnóstico como um todo com relação aos aspectos de qualidade e de segurança dos pacientes como aspectos positivos da marca auditada.

Foram apresentadas apenas 4 não conformidades, relacionadas à “manutenção preventiva”; “avaliação de fornecedores”; “comparação de resultados entre diferentes equipamentos” e “liberação do laudo sob restrição”. Na análise documental, foi identificado que um dos projetos inovadores da vertical de diagnóstico ocorreu para atender a esta última não conformidade.

Os colaboradores presentes demonstraram satisfação com o baixo número de apontamentos, deixando para a pesquisadora a impressão de que não esperavam maior profundidade nesta avaliação. Pode ser que o caráter mais técnico e processual da norma do PALC imprima expectativas relacionadas exclusivamente ao cumprimento destes requisitos.

Os auditores, por sua vez, limitaram-se a mencionar as não conformidades e a agradecer a receptividade que tiveram pela equipe presente.

#### 6.4.3 Entrevistas: Nível Operacional, Tático e Estratégico – Caso 4

Para realizar as entrevistas, foram utilizados os Roteiros 1 e 3 (Apêndices 1 e 3, respectivamente). Participaram deste estudo 4 entrevistados, a saber: um colaborador de área técnico-operacional da marca, que oferece suporte à Gestão da Qualidade com participação efetiva no desenvolvimento das ações relacionadas à acreditação; dois gestores corporativos da qualidade na vertical de diagnóstico, sendo que um deles possui uma atuação mais sistêmica em relação às iniciativas de qualidade e o outro está mais relacionado com o cotidiano com a implantação e a manutenção das creditações junto às marcas; e um representante da alta liderança da diretoria da qual a marca faz parte (Tabela 2).

Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?**, buscou-se compreender em um **contexto geral, uma eventual relação entre acreditação e inovação, sob o ponto de vista dos participantes**. As opiniões divergiram em função dos diferentes níveis hierárquicos dos entrevistados.

No ponto de vista do colaborador operacional e do representante da alta liderança da marca, a acreditação trouxe mudanças na estruturação dos processos que, por sua vez, desembocaram em melhorias, quando comparadas a um cenário sem acreditação. Os requisitos determinaram que algumas práticas devem ser estruturadas e monitoradas para incrementos contínuos, por exemplo. Além disso, o representante da alta liderança acredita que ter um estímulo externo que convida as organizações a refletirem sobre como estão os seus processos já é uma abertura para inovação.

Por outro lado, os gestores da qualidade do nível tático, apesar de considerarem as melhorias trazidas pelas creditações, não entenderam que, da forma como os programas são estruturados e pela dinâmica como as avaliações são realizadas, possa existir muita oportunidade para as empresas de saúde inovarem. O colaborador operacional afirmou: “Você está acostumado, então acaba não vendo pontos de melhoria e quando vem um avaliador, um certificador externo, ele acaba te ressaltando alguns pontos que passariam assim despercebidos pra você” (Colaborador operacional - Caso 4). O Gestor corporativo, por sua vez, explicou:

[...] tem alguns pontos que eu acho que eles são muito prescritivos e às vezes, dificultam o entendimento pra gente fazer as inovações, formas diferentes... Muitas vezes a visão de quem vem fazer auditoria não é essa. Então, eles vêm com um mindset ainda muito formal, sabe? ‘Não, tem que ter ata de reunião, tem que ter isso, tem que ter aquilo’. Ai se você inova ou você faz diferente, às vezes, você tem que ficar explicando pra ele (o auditor) ter um entendimento de que aquilo, aquela forma que a gente trabalha, atende ao requisito (Gestor corporativo 1 da Qualidade - Caso 4).

Outro aspecto apresentado pela gestão da qualidade corporativa foi que pelo fato de a vertical de diagnóstico trabalhar há bastante tempo com creditações, de o setor de Medicina Diagnóstica ser fortemente regulado e de fazer parte de um segmento muito competitivo, houve momentos na avaliação pela acreditadora em que os serviços auditados estavam mais à frente em termos de boas práticas e inovações, indo além do que preconizam os manuais.

Também por conta disso, o representante da alta liderança da marca não elencou as acreditadoras como parceiras das organizações de saúde na busca pela inovação e nem as creditações como uma forma de diferenciação entre os serviços de saúde no Brasil e no mundo.

Pensando no contexto específico de cada unidade, em relação à pergunta: **Você percebe maior disposição da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da creditação? Por quê?**, buscou-se compreender **dentro de cada contexto, se esse estímulo à inovação pode ser potencializado**. Todos os entrevistados consideraram que sim. Eles salientaram que, em alguns casos, algumas mudanças são autorizadas em algumas unidades por conta da creditação.

Considerando a percepção dos entrevistados, no que tange à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecosistema? Por quê?**, as opiniões dos entrevistados divergiram. Do ponto de vista do colaborador operacional do Caso 4, a visão de integração no Ecosistema estende-se até o nível corporativo com a equipe de Gestão da Qualidade. Por isso, o entendimento foi de que as iniciativas são integradas, uma vez que é este time que gerencia e apoia as melhorias e as inovações de uma marca que está implantando ou realizando a manutenção de uma creditação.

No ponto de vista dos entrevistados do nível tático, as iniciativas de melhorias da qualidade e a inovação não são integradas na essência, somente o são quando algum projeto tem algum resultado inesperado e se faz necessário algum apoio da equipe da Qualidade na resolução do problema.

Eu acho, no nosso caso pessoalmente, aqui a área de inovação e a área de alguns projetos, principalmente de tecnologia, até voltados pra uma melhor experiência pro paciente, cresceu muito e muito rápido. Então, como que eu acabei sendo inserido em alguns processos? Porque começou a dar problema (Gestor corporativo 1 da Qualidade – Caso 4).

Essa falta de conexão entre os times, ou mesmo uma conexão tardia, direciona para o achado de que práticas inovadoras nas marcas de diagnóstico não dependem de um programa de creditação para serem estimuladas. Por outro lado, a equipe da Qualidade é entendida como

um recurso importante na resolução de problemas, provavelmente, por ser a área norteadora para aspectos da segurança dos pacientes.

A visão da alta liderança da marca é de que os processos de inovação dentro do Ecossistema ainda não estão devidamente estruturados, o que pode explicar, em parte, essa falta de integração e direcionar para como ela poderia ser dirimida.

É, eu acho que a gente tem espaço pra estruturar melhor a nossa inovação como um todo. Ela está meio dispersa, né? E depende muito da cultura e a gente ainda não tem uma cultura única. [...] Então, a gente acha que está nesse processo. De primeiro desenvolver melhor a cultura de que eu acho que é base. Se a gente não tiver isso não adianta ter processo e organizar, porque não vai surgir as ideias... [...] A gente precisa garantir que isso é geral. Brasil inteiro que é outro desafio, e aí estruturar melhor os nossos processos de inovação e melhoria contínua (Representante da alta liderança - Caso 4).

No que tange à pergunta: **De que forma, a empresa se organiza para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?**, buscou-se entender como ocorre a **gestão das ações para esse cumprimento**. Os entrevistados dos níveis tático e operacional explicaram que a gestão de iniciativas é realizada pela área da qualidade, após realizar tanto o curso de auditoria interna, quanto a avaliação em si.

Em seguida, todos os requisitos classificados como “não conformes” foram relacionados e distribuídos entre as demais áreas (assistenciais, operacionais, administrativas etc.), definindo o que é requerido para cada uma delas. A Gestão da Qualidade corporativa cumpre um papel tanto de suporte para esclarecer dúvidas sobre o que está sendo pedido pelo manual, quanto de acompanhamento do cumprimento e do *status* das ações. Esse formato de organização respondeu também às perguntas **Como se dá o processo de desenvolvimento de um projeto originado para cumprir com um ou mais requisitos de acreditação? Quais são as áreas envolvidas? Poderia comentar a respeito?**

Em relação à percepção dos entrevistados quanto à pergunta: **As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia me dar exemplos?**, as opiniões divergiram entre o colaborador operacional, que as interpreta como intersetoriais, e o nível tático, que acredita que as melhorias ocorram de forma setorial.

Essa visão de correções locais também pode ser um limitante para as oportunidades de inovação, uma vez que as melhorias são pensadas estritamente na necessidade de cada setor, ou no máximo, de cada marca.

Em relação à pergunta: **Com base na sua experiência, quais os requisitos ou padrões de acreditação que geraram mudanças na organização para que pudessem ser**



**cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?**, o colaborador da marca citou a padronização de processos e dos procedimentos, em documentações que norteiam a prática operacional e assistencial das unidades. No entanto, os entrevistados do nível tático foram além e citaram a implantação do processo de validação e de verificação de novos métodos para análises clínicas e ainda a implantação de uma cultura de análise de indicadores para a gestão dos serviços e para a segurança dos processos. O gestor corporativo afirmou: “Pensando em serviços que não têm, eu acho que a acreditação mais tem colaborado pra melhoria de fato, com a análise de indicadores. É ter indicadores de gestão do processo e de gestão dos planos estratégicos e que isso só se perpetuou aí com a implantação dos modelos” (Gestor corporativo 2 da Qualidade - Caso 4).

Em relação à pergunta: **Que tipo de avaliação é feita sobre os impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos**, considerou-se a premissa de que para ser considerada inovação, uma prática precisa acarretar melhoria mensurável. Todos os entrevistados afirmaram que essa prática é disseminada, principalmente, entre as marcas que foram avaliadas por algum programa de acreditação, mas que requerem constante verificação se, na prática, realmente estão acontecendo. “Depois que um projeto é implantado, aconteceu ali, ele passa a ser um processo. E aí esses indicadores que vão dizer o quanto que trouxe ganho ou não” (Gestor corporativo 1 da Qualidade - Caso 4).

Em relação à pergunta: **Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, foi descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?**, os entrevistados afirmaram desconhecer algum exemplo assim. Um dos entrevistados do nível tático complementou que existe perda de adesão a uma iniciativa após uma auditoria, mas não necessariamente sua descontinuidade.

No que tange à pergunta: **O que você poderia comentar sobre outros projetos que não focam diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?**, o representante da alta liderança da marca explicou que estas podem vir da necessidade/interesse de criar jornadas de atendimento que encantem tanto aos pacientes quanto aos médicos, ou ainda da intenção de gerar maior eficiência para os processos.

Acho que a primeira fonte tem a ver com novas jornadas ou criar jornadas sensacionais pro paciente, né? [...] Então assim, essa necessidade de encantar o paciente de ter uma jornada diferente, melhor, desperta essa inovação. Então essas provocações são superpositivas pra gente se diferenciar também né? E pra isso também tornar nossa vida mais eficiente. Quanto mais rápido ele passa pela unidade, menor o custo que eu tenho com aquele atendimento também é muito bom. Então, nessa frente de experiência, a gente tem bastante isso, nesse quesito de fazer diferente, melhor, a gente

tem também a área médica muito envolvida. [...] Só da gente dispor a unidade de uma maneira diferente e a gente tem menos esforço ali pra atender. Menos desperdício. Então a busca por redução de desperdício traz inovação (Representante da alta liderança – Caso 4).

Na análise documental, quando observadas as práticas de inovação que não são oriundas do programa de acreditação, verificou-se que as fontes foram exatamente as trazidas pela alta liderança: experiência do paciente e aumento de eficiência.

Seguindo esta linha, em relação à pergunta: **Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas aos programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?**, o representante da alta liderança foi o único respondente que soube citar projetos, evidenciando que talvez essas informações, ou mesmo essas iniciativas, não sejam desdobradas para o nível de cada marca.

Quanto à pergunta feita aos colaboradores do nível tático e operacional: **Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?**, eles afirmam que não são envolvidos para validar se tal ação vai contra ou a favor dos requisitos propostos pelos programas de acreditação. Pode ser uma oportunidade para entender parte do desconhecimento desses grupos sobre projetos maiores dentro da vertical de diagnóstico.

Quanto à pergunta: **A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?**, todos os entrevistados concordaram que os manuais de acreditação possuem um formato de redação mais engessado e que, na maioria das vezes, não contempla a realidade de grandes redes de serviços, o que torna a execução de alguns processos/requisitos muito mais complexa na prática.

Então, se eu pudesse mudar alguma coisa, eu faria um manual um pouco mais específico pra esses setores que são setores específicos de exames que são de alta complexidade. Eu avaliaria de uma outra maneira. Então, essa questão de ser muito engessada, às vezes, traz pra gente uma dificuldade de trabalhar e de demonstrar o nosso trabalho pra eles (Colaborador operacional - Caso 4).

Agora você acha que eu vou conseguir reunir não sei quem, não sei quem, pra analisar os indicadores da empresa? Claro que não! [...] Então, não vamos ter uma ata de reunião. Então assim, é isso que às vezes desconecta, assim que a pessoa chega: ‘não, aqui está falando que você tem que ter uma ata de reunião. [...] Então, é essa hora que a inovação se perde, entendeu? Aí eu não estou falando nem de grandes inovações, eu estou falando de formas diferentes de fazer alguma coisa muito simples (Gestor corporativo 1 da Qualidade - Caso 4).

Além disso, os entrevistados pontuaram o papel do auditor nos ganhos e nos estímulos que uma auditoria de acreditação pode trazer. Segundo eles, ter auditores com conhecimento

insuficiente sobre o negócio, ou que, frequentemente, realizam avaliações nas marcas da mesma empresa reduz, de forma considerável, as oportunidades de inovação decorrentes da acreditação, uma vez que não há troca de experiências entre as partes e os aprendizados para os auditados.

Depende muito da acreditação, da equipe de auditores sim. Mas, eu tenho algumas experiências em auditoria em que os auditores externos não agregaram nada. Eu até brinco assim: ‘ó, não me manda gente que não tem experiência pra vim fazer auditoria. Me manda os... eu já quero os melhores’. É, e pra gente é difícil agregar, né? Porque as coisas mudam aqui o tempo todo, né? Então tem que ter, tem que tá realmente muito antenado com o mercado pra conseguir agregar aqui alguma coisa (Gestor corporativo 2 da Qualidade – Caso 4).

Apesar disso, na visão do representante da alta liderança da marca, os times operacionais e assistenciais conseguem inovar de forma local, independentemente da acreditação ou dos times do Ecosystema.

Depende da inovação. Se for uma inovação local, sim. E às vezes, a gente até tem que segurar um pouco essa galera que é super criativa. O que eu acho bom. Eu prefiro assim do que ficar empurrando (...), mas a gente tem que estimular mais. Que é o que a gente está tentando fazer. Com o Gerando Ideias foi uma oportunidade de estimular (Representante da alta liderança – Caso 4).

Esse programa mencionado pelo representante da alta liderança foi evidenciado na análise documental como um estímulo existente para inovação na vertical de diagnóstico, além dos programas de acreditação que, inclusive, trouxeram práticas inovadoras para a Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).

Apesar disso, o colaborador operacional fez uma ressalva quanto às condições que os colaboradores da base da cadeia têm para pensar em algo diferente do que já fazem.

Porque assim, entra em várias questões que a gente ouve diariamente. Financeiro, falta de investimento, falta de incentivo. ‘Ai, eu ganho pouco, eu trabalho despreparado...’ [...] E aí entram várias reclamações da área técnica. Então, eles se propõem a fazer somente aquilo que eles foram contratados. Não adianta você falar, ‘não, mas eu não recebo pra isso!’ É isso que a gente ouve, diariamente. Mas, ao mesmo tempo também a empresa talvez pudesse ter uma outra forma de trazer esses conteúdos de inovação pros colaboradores também (Colaborador operacional – Caso 4).

Por fim, ao serem **questionados sobre como a inovação e a premissa de dano zero e risco mínimo à segurança dos pacientes, que regem o setor de saúde, poderiam ser conciliadas**, o entrevistado do nível estratégico afirmou ser necessário ter processos mais estruturados de implantação e testagem, aplicando procedimentos relacionados ao processo de inovar e assumindo alguns riscos mínimos para alcançá-lo.

É, acho que tudo é uma questão de risco. Risco assumido e pra isso a gente precisa ter gente que conhece do negócio. Vou dar um exemplo aqui. A gente estava falando de

contraste, tá? Contraste é um medicamento complexo. ‘Nossa, tem um contraste mais barato. Vamos testar?’ Acho ótimo. Mas eu preciso trazer o especialista aqui pra ver os estudos, pra olhar outros cases, pra ver se faz sentido em relação à segurança do paciente. Então, trazer esse olhar de risco assistencial para a conversa é fundamental. E avaliar o risco. [...] A gente precisa inovar, precisa melhorar, mas sempre analisando se isso tem algum impacto, algum risco pra segurança do paciente e se tem como fazer pra inovar. Mas não falar assim: ‘Não vamos mexer porque tem risco’. Espera aí. Qual é o risco? Como? Porque se a gente não inovar, nunca vai mudar (Colaborador do nível estratégico – Caso 4).

O Quadro 14 resume as respostas dos entrevistados envolvidos em Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).

Quadro 14: Resumo das respostas dos entrevistados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4)

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>	<b>Visão do representante da alta liderança</b>
1 e 3	De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)	Visão operacional: sim. Visão tática: opiniões divergem.	Sim.
1	Você percebe alguma disposição maior por parte da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)	Todos entendem que sim.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
1 e 3	De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)	Visão operacional: sim, mas pensando que qualidade e inovação são trazidas pela equipe da gestão da qualidade corporativa. Visão tática: não.	Visão estratégica: entende que há oportunidade para melhorias nessa integração, pois faltam processos para gerenciá-la.
1	De que forma a empresa organiza-se para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?	Gestão das ações para cumprir com os requisitos da acreditação	Visão operacional e tática: processos internos com a gestão centralizada na área da qualidade.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
1	A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?	Conteúdo dos manuais de acreditação: Estímulo para mudança/inovação (Contexto geral)	Visão operacional e tática: requisitos não contemplam a realidade de grandes redes de serviços e são mais engessados.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
1	Com base em sua experiência, quais requisitos ou padrões de acreditação geraram mudanças na	Estímulo dos manuais de acreditação para	Visão operacional: documentação dos processos e procedimentos.	Roteiro não aplicável a este

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>	<b>Visão do representante da alta liderança</b>
	organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?	mudança/ inovação (Contexto específico)	Visão tática: validação e verificação de novos métodos de análises clínicas e implantação de sistemas de gestão de indicadores.	perfil de entrevistado.
1	As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia citar exemplos?	Abrangência das melhorias (Origem acreditação)	Visão operacional: intersetorial. Visão tática: setorial.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
1	Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, tenha sido descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Origem acreditação)	Visão operacional: não soube mencionar. Visão tática: não houve descontinuidade de ações.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
1	Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Origem acreditação)	Todos mencionam a utilização de indicadores para mensurar o impacto de iniciativas implantadas.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
1	Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/o na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem acreditação)	Todos entenderam que não, na maioria das vezes.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
3	De acordo com sua percepção, como as empresas de saúde diferenciam-se, atualmente, no mercado brasileiro?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	Diferenciação por custo e por experiência para o médico e o paciente.

Roteiro (s) aplicado (s)	Perguntas	Aspecto relacional do estudo	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
3	Quais os estímulos que as organizações de saúde têm para inovar?	Inovação (contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	A inovação vem da necessidade ou do mercado, de conquistar mais pacientes.
3	De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecossistema?	Inovação (contexto específico)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	Criação de novas jornadas para encantar os clientes e gerar eficiência.
3	De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras a partir de necessidades próprias? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	Depende da inovação.
3	Quais são os parceiros das organizações de saúde para o estímulo à inovação e melhoria contínua?	Ecossistema de inovação segmento saúde	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado	<i>Player</i> de outros segmentos do mercado de saúde e de fora dele, <i>startups</i> e operadoras de saúde (objetivo em comum com os prestadores).

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.4.4 Resultado Consolidado das Análises – Caso 4

Os dados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4) apontaram que existe uma compreensão parcial de que programas de acreditação possuem um potencial estímulo para inovação dentro das organizações de saúde, uma vez que parte dos entrevistados entendeu que há melhorias nos serviços quando comparados com aqueles que não possuem programa de acreditação. Outra parte dos entrevistados entendeu que, o fato de a Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4) estar inserida em uma vertical com diversos serviços de Medicina Diagnóstica, fez com que, normalmente, as inovações e os avanços viessem dos próprios movimentos internos e dos relacionados ao mercado, como evidenciado na análise documental e nos relatos dos entrevistados

A análise do conteúdo deste estudo de caso permitiu constatar que os programas de acreditação relacionados ao segmento de análises clínicas e diagnóstico por imagem possuem um menor estímulo à inovação, quando analisados seus requisitos. Estes programas estão voltados para maior padronização de qualidade e para a segurança nos serviços.

Esse achado foi endossado pela observação da auditoria virtual, visto que, na avaliação, os auditores ficaram mais atrelados aos requisitos técnico-operacionais, inclusive, pontuando não conformidades quanto aos requisitos em relação a estas temáticas. Isso também ficou evidente na análise documental, em que boa parte dos projetos e das ações foram voltados para correções pontuais nos processos da Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4), sem grandes incrementos e/ou inovações.

Também sobre a postura dos auditores, os entrevistados comentaram que, pelo fato de a medicina diagnóstica ser bastante complexa e a gama de serviços oferecidos pela vertical de diagnóstico ser ampla e com diversas especialidades, é imprescindível que os auditores sejam conhecedores do segmento para que haja troca e aprendizados para os auditados. Essa troca e aprendizados não têm sido percebidos nas últimas avaliações pela gestão corporativa da qualidade.

Ainda que os programas de acreditação em Medicina Diagnóstica não representem um estímulo para estes serviços inovarem, existe um constante estímulo por parte da alta liderança, para que os colaboradores destes serviços proponham melhorias, na medida em que foi criado um programa que premia as melhores ideias trazidas pelos profissionais que estão no cotidiano da operação dos serviços.



Duas das ações trazidas foram consideradas práticas inovadoras e relacionam-se com o Caso 4. Além disso, a origem delas, encontradas na análise documental e no discurso da alta liderança entrevistada, coincide.

Ademais, o colaborador operacional alertou sobre a disposição e o conhecimento que os profissionais da operação têm sobre inovação para entender que podem e devem propor melhorias ao serviço, sugerindo uma lacuna em relação à expectativa da liderança.

Percebeu-se que as iniciativas de melhorias da qualidade propostas pelos programas de acreditação estão desintegradas das ações de inovação do restante da vertical, e entendeu-se que há oportunidades para conexão, uma vez que a área da Gestão da Qualidade é acionada para a resolução de problemas quando os projetos de melhorias da vertical não saem conforme o esperado.

Aliando a proposição de mudança das diversas áreas com o conhecimento de segurança do paciente e a excelência dos processos existente pelo time da Qualidade, seria possível apresentar as melhorias obtidas em projetos de diferentes origens, como evidência do cumprimento dos requisitos das auditorias de acreditação, indo além das correções pontuais e setoriais.

O Quadro 15 apresenta a síntese dos achados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4).

Quadro 15: Síntese dos achados referentes à Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4)

Dados coletados	Origem do achado	Oportunidades para inovação
Os planos de ação analisados foram elaborados para cumprir estritamente com os padrões ou os requisitos dos manuais de acreditação.	Análise documental Observação da auditoria	Por meio de auditorias internas e do acompanhamento dos resultados dos planos implantados, os gestores envolvidos podem discutir com as equipes as oportunidades de agregar melhorias, valor e inovação a serem desenvolvidas a partir do que foi solicitado por cada requisito (ou conjunto deles) do manual de acreditação utilizado.  Além disso, esses resultados e eventuais não conformidades identificados externamente podem ser compartilhados com as equipes relacionadas à inovação para gerar ideias com uma visão mais sistêmica.
Existência da prática de análise de causa raiz de cada "não conformidade" encontrada na auditoria interna para que a solução mais assertiva possa ser trabalhada pelos times.	Análise documental	Explorar com os colaboradores novas oportunidades de correção das causas identificadas na análise de problemas que possam, em situações pertinentes, ir além do ajuste pontual de cada processo.
Existência de estímulos para inovação na empresa desconectados dos processos de implantação/manutenção da acreditação.	Análise documental	Incluir os requisitos dos manuais de acreditação como uma das origens possíveis para se pensar em projetos de melhorias e desenvolver práticas inovadoras na organização.
Ausência de estímulos na auditoria externa para discutir oportunidades de melhorias e experiências que vão além de cumprir literalmente com os requisitos do manual.	Análise documental Observação da auditoria Entrevista	Os times internos podem requerer dos auditores externos e das empresas acreditadoras maiores explicações sobre as possibilidades de se cumprir com um requisito, contribuindo, assim, para dar origem a ideias que promovam inovação.
Postura dos auditores externos restrita ao manual da acreditação e sem aprofundamento na troca de experiências com os colaboradores envolvidos no processo.	Observação da auditoria	Ter mais momentos de troca de boas práticas e de conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.
Alguns auditores externos possuem pouco conhecimento do negócio auditado e, com isso, são mais literais em relação aos requisitos do manual.	Entrevista	Proporcionar auditores mais alinhados com a temática do escopo do serviço avaliado pode agregar sinergia entre a acreditação e a inovação.
O programa de acreditação estimula que melhorias de processos sejam derivadas da mensuração dos resultados anteriores.	Análise documental Observação da auditoria Entrevista	Promover um método homogêneo no Ecosistema de Saúde para medir processos e resultados, identificando continuamente as oportunidades para agregar melhorias ao serviço prestado (por meio, inclusive, de práticas inovadoras).

<b>Dados coletados</b>	<b>Origem do achado</b>	<b>Oportunidades para inovação</b>
Existência de programas de acreditação que possuem foco mais técnico em segurança e em qualidade operacional de serviços, por exemplo, de Medicina Diagnóstica.	Análise documental Observação da auditoria	Adotar outros programas de acreditação que tenham uma abrangência de avaliação para além de processos técnicos. Avaliar, por meio dos times envolvidos, como os requisitos técnicos podem embasar práticas inovadoras.
Baixa integração entre as iniciativas voltadas aos programas de acreditação e as iniciativas de melhorias/inovação desenvolvidas no Ecossistema.	Análise documental Entrevista	Fomentar oportunidades para o desenvolvimento de práticas inovadoras pelos times, estimulando as equipes a pensarem outras formas de atenderem ao que os programas de acreditação solicitam. Envolver os times corporativos relacionados à inovação nesse desenvolvimento.
Inexistência de um método estruturado para gestão de projetos na unidade que possa apoiar as ações relacionadas ao programa de acreditação.	Análise documental Entrevista	Ter um método estabelecido com medições, acompanhamento contínuo e gestão do conhecimento sobre as iniciativas executadas na unidade podem render oportunidades para novas iniciativas (com oportunidade de inovação).
Existência da percepção entre os entrevistados de que a abrangência das melhorias implantadas com a acreditação é restrita a cada setor.	Análise documental Entrevista	Pensar como uma melhoria/mudança proposta em uma área de uma marca em diagnóstico, que esteja no processo de acreditação, pode ser escalada para diversas marcas.
Existência da percepção entre os entrevistados de que os programas de acreditação estimulam a inovação nas organizações de saúde.	Entrevista	Reconhecer os requisitos nos manuais de acreditação que estimulam a melhoria contínua. Considerar também a possibilidade de trocar experiências entre os serviços acreditados, aumentando assim a geração de ideias para iniciativas e competitividade entre as organizações.
Outras iniciativas de inovação classificadas como melhoria de processo ou de qualidade originam-se de fontes diferentes dos programas de acreditação.	Entrevista	Promover integração entre as diferentes origens da inovação com as melhorias requeridas pelos programas de acreditação, visando identificar sinergias.
Existência da percepção entre os entrevistados de que a acreditação serve de apoio para gestão das organizações de saúde quando, por exemplo, promove a implantação de indicadores.	Entrevista	Aproveitar boas práticas de gestão para aprimorar continuamente o serviço.
Os requisitos dos manuais de acreditação e dos relatórios de auditoria externa possuem, em diversos momentos, conteúdo amplo e pouco explicativo.	Análise documental Entrevista	Ao mesmo tempo que conteúdos são abertos a múltiplas interpretações, geram receio de falha de cumprimento pelas equipes, o que acarreta ações mais literais.
Existência da necessidade de serem regularizados os processos e as práticas mais básicos na unidade, antes de serem pensadas formas inovadoras de se atender à acreditação.	Análise documental Entrevista	Utilizar a acreditação como catalisador de mudanças e de melhorias, desde a implantação, ampliando as práticas além do que é literalmente pedido pelos requisitos, focando nos objetivos maiores que envolvem cultura de segurança do paciente. Acompanhar a evolução de iniciativas para que possam evoluir também o alcance dos resultados e a geração de impacto.

Fonte: Elaborado pela autora.

## 6.5 CASO 5: MARCA DE DIAGNÓSTICO 2

A Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5) está em processo de acreditação Padi. Destaca-se que não foi possível obter dados por meio da observação, pois a auditoria estava agendada para novembro de 2022, portanto, fora do período de coleta de dados desta pesquisa. No entanto, os achados da análise documental e das entrevistas foram detalhados a seguir.

### 6.5.1 Análise Documental – Caso 5

Foram solicitados à Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5) os documentos relacionados aos relatórios de auditorias realizadas na unidade e os planos e projetos atribuídos ao processo de acreditação ou que tenham relação com outras melhorias.

A Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5) está localizada em São Paulo e é acreditada pelo Padi há mais de 4 anos. Desde então, vem realizando, anualmente, a manutenção de seu certificado como “acreditada”.

Ao analisar o conteúdo dos manuais de acreditação, foi possível identificar que dentre os 5 avaliados neste estudo, a norma do Padi é a que estabelece menor número de requisitos interpretados com potencial de estímulo à inovação. Tal achado foi confirmado pela análise documental, uma vez que 10 (dez) planos de ação propostos para a auditoria de manutenção caracterizaram-se como ajustes de processos e correções pontuais em documentações para atender aos requisitos, não representando nenhuma prática inovadora.

O Quadro 16 apresenta os planos e projetos analisados referentes à Marca e Diagnóstico 2 (Caso 5).

Quadro 16: Planos e projetos analisados referentes à Marca e Diagnóstico 2 (Caso 5)

<b>Planos e projetos para cumprir com os requisitos</b>	<b>Para atender a qual requisito da acreditação?</b>	<b>Representa qual tipo de inovação?</b>
Regularização das documentações e dos registros obrigatórios por legislação.	De 1.1.1 até 1.1.8 (Governança)	Não representa
Regularização das documentações e dos registros relacionados à qualidade e à realização de exames e procedimentos.	De 2.1.3 até 2.1.9 (Planejamento e documentação da qualidade)	Não representa
Regularização das documentações e dos registros relacionados à gestão de riscos de exames e procedimentos.	De 2.2.1 até 2.2.7 (Gestão de riscos e da segurança do paciente)	Não representa
Regularização dos processos e dos registros relacionados à gestão do atendimento.	De 3.1.3 até 3.1.19 (Gestão do atendimento)	Não representa
Regularização dos processos e dos registros relacionados à realização dos exames.	De 3.2.1 até 3.2.43 (Realização dos exames)	Não representa
Regularização dos processos e dos registros relacionados à liberação dos resultados.	3.3.5 e 3.3.6 (Gestão pós analítica e dos laudos)	Não representa
Regularização dos controles e dos registros relacionados aos treinamentos e aos controles de doses.	De 4.1.2 até 4.1.14 (Gestão de pessoas e segurança ocupacional)	Não representa
Regularização dos registros relacionados aos insumos utilizados.	De 4.2.4 até 4.2.9 (Gestão da aquisição de equipamentos, produtos e serviços)	Não representa
Regularização dos registros relacionados aos equipamentos e aos artigos utilizados, incluindo limpeza e rastreabilidade.	De 4.3.6 até 4.7.3 (Gestão de equipamentos, TI e higienização de artigos)	Não representa
Regularização dos controles e dos registros relacionados à segurança das instalações.	De 5.1.1 até 5.1.15 (Gestão da Infraestrutura, Radiação e Segurança)	Não representa

Fonte: Elaborado pela autora

No último relatório de auditoria externa do Padi a qual a Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5) foi submetida, em junho de 2021, consta que os avaliadores identificaram apenas 5 (cinco) não conformidades. No entanto, o relatório de auditoria interna realizada em agosto de 2022 aponta 90 (noventa) não conformidades, nas diferentes unidades avaliadas no processo.

Portanto, entende-se que os 10 planos listados anteriormente (Quadro 16) consolidam algumas dessas não conformidades, descrevendo de forma ampla como corrigir mais de uma delas, com a regularização de um mesmo processo, por exemplo.

Como a Norma Padi foi atualizada em janeiro de 2022, esses novos achados podem corresponder não somente a uma não sustentação de processos, mas também a novos requisitos aos quais a marca ainda não estava aderente.

Um aspecto comum entre todos os documentos analisados (planos de ação, relatório de auditoria externa e relatório de auditoria interna) refere-se aos apontamentos voltados à qualidade técnica do serviço com parâmetros bem objetivos quanto ao que deve ser realizado ou cumprido. Por serem requisitos mais relacionados a documentações legais, controles de equipamentos e checagens de processos, percebeu-se uma gama menor de possibilidades para se pensar em inovações a eles atreladas. Alguns apontamentos realizados pelos auditores externos ou internos exemplificam como eles costumam comunicar o que precisa ser melhorado, a saber: “Evidenciada alteração de versão de máscara de laudo, em produção, sem homologação do médico responsável. E.O. (evidência objetiva): Máscaras de laudo de tomografia e ressonância, com solicitação de alteração no sistema” (Apontamento realizado por um auditor externo) ou “Não consta o preparo do paciente para execução de PAAF, com suspensão de anticoagulante, POD000951, item 5.8.6: Equipe sem conhecimento da necessidade de suspensão do medicamento (anticoagulante)” (Apontamento realizado por um auditor interno).

Em relação às práticas inovadoras desenvolvidas pela/para a Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5), identificou-se que assim como ocorre na Marca de Diagnóstico 1 (Caso 4), existe um estímulo constante pela vertical de diagnóstico para que as equipes proponham formas de melhorar, aprimorar e evoluir o serviço prestado aos clientes (pacientes e médicos), independentemente do processo de acreditação. Um exemplo disso foi a disponibilização do laudo dos exames aos clientes em formato 100% digital em um projeto chamado “*Paper less*”. A Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5) foi pioneira na adesão no Ecosistema.

Vale ressaltar que o público atendido por esta marca possui um poder aquisitivo mais elevado e, portanto, o nível de serviço entregue é mais elevado quando comparado às demais

marcas do Ecossistema, estimulando que o corpo profissional esteja constantemente envolvido com melhorias e inovações observadas no mercado de saúde.

Além disso, em relação aos exames de imagem, em que a prática médica é diretamente atribuída ao sucesso da obtenção dos resultados, são constantes as iniciativas de aprimoramento de tecnologias, avaliações de qualidade técnica e uso de novas ferramentas que agregam mais qualidade ao serviço prestado, além de inovações que permitem resultados cada vez mais rápidos e mais seguros aos pacientes atendidos. Esses achados foram explorados na análise das entrevistas.

#### 6.5.2 Observação da Auditoria – Caso 5

Com relação à Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5), não foi possível obter dados por meio da observação da auditoria, pois, como mencionando, a auditoria estava agendada para novembro de 2022, ou seja, fora do período de coleta de dados desta pesquisa.

#### 6.5.3 Entrevistas: Nível Operacional e Tático – Caso 5

Para realizar as entrevistas, foi utilizado o Roteiro 1 (Apêndice A). Participaram deste estudo 3 entrevistados, a saber: um colaborador operacional da marca, que oferece suporte à gestão da Qualidade com participação efetiva no desenvolvimento das ações relacionadas à acreditação; dois gestores corporativos da qualidade na vertical de diagnóstico, sendo que um deles possui atuação mais sistêmica em relação às iniciativas de qualidade e o outro atua mais no cotidiano, com a implantação e a manutenção das acreditações junto às marcas (Tabela 2). Neste caso, não foi possível entrevistar a alta liderança da marca, por impossibilidade de acesso a algum dos representantes no período de coleta de dados desta pesquisa.

Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?**, buscou-se compreender, em um **contexto geral, uma eventual relação entre acreditação e inovação, sob o ponto de vista dos participantes**. As opiniões divergiram entre os diferentes níveis hierárquicos dos entrevistados.

No ponto de vista do colaborador operacional, a acreditação trouxe um olhar sobre oportunidades de melhorias nos processos que antes não eram percebidas pelo serviço. Por isso,

existe a possibilidade de inovar, a partir do aprimoramento e do desenvolvimento de processos que, até então, não existiam.

Por outro lado, os gestores da qualidade do nível tático, apesar de considerarem as melhorias trazidas pelas creditações, não entenderam que, pela forma como os programas são estruturados e pela dinâmica como as avaliações são realizadas, existe muita oportunidade para as empresas de saúde inovarem. O colaborador operacional relatou: “Eu acho que programas de creditações é uma coisa que norteia a gente, né? Às vezes, a gente tem uma ideia, uma percepção diferente do que acontece. A norma mostra pra gente que a gente tem várias oportunidades de melhorias” (Colaborador operacional - Caso 5). O gestor corporativo de qualidade, por sua vez, argumentou:

[...] Eu acho que programas de creditação tiveram um papel essencial na área da saúde em apoiar as empresas, em direcionar nas melhores práticas. Mas hoje, eu vejo que a (empresa) está muito à frente quando ela fala do planejamento estratégico, do alinhamento, do desdobramento dos reconhecimentos dos resultados, né? [...] E também em relação às práticas que a empresa tem trabalhado, buscando inovação, eu não vejo que hoje os programas de creditação agregam tanto. Eles apoiam e enfatizam as iniciativas que internamente a gente tem e a gente busca. Eu não acho que estas iniciativas têm vindo indicadas, sugeridas ou direcionadas pela creditação (Gestor corporativo da Qualidade 2 - Caso 5).

Outros aspectos apresentados pelo gestor corporativo da qualidade foram quanto ao fato de a vertical de diagnóstico trabalhar há bastante tempo com creditações, de o setor de Medicina Diagnóstica ser fortemente regulado e de fazer parte de um segmento muito competitivo. Houve momentos na avaliação pela creditação, em que os serviços auditados estiveram mais à frente em termos de boas práticas e de inovações, indo além do que preconizam os manuais.

Considerando a percepção dos entrevistados, no que tange à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecosistema? Por quê?**, as opiniões dos entrevistados divergiram.

Para o colaborador operacional da Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5), a visão de integração no Ecosistema compreende o alinhamento entre as áreas de outras operações e a dele (que representa a preocupação com iniciativas de qualidade). Por isso, o entendimento foi que as iniciativas são integradas, uma vez que ele costumava ser consultado quanto à substituição de tecnologias e à implantação de novos processos por parte de outras áreas, como demonstrou o seu relato.

Hoje até a gente teve uma reunião com o pessoal de engenharia clínica até pra gente entender alguns fatores, né? Essa mudança de um equipamento, colocando com maior tecnologia. Hoje a gente tem um monte de tomografia que já está entrando



quase em desuso. A gente tem mamógrafos também que estão entrando em desuso. Então, eu vejo que os meninos de projeto de inovação trazem essas melhorias pra gente (Colaborador operacional – Caso 5).

Sob o ponto de vista dos entrevistados do nível tático, as iniciativas de melhorias da qualidade e de inovação não estão integradas na essência. Somente quando algum projeto tem algum resultado inesperado, faz-se necessário algum apoio da equipe da Qualidade na resolução do problema.

Essa falta de conexão entre os times, ou mesmo a conexão tardia, direciona para o achado que as práticas inovadoras nas marcas de diagnóstico não dependem de um programa de acreditação para serem estimuladas. Por outro lado, a equipe da Qualidade é tida como um recurso importante na resolução de problemas, provavelmente, por ser a área norteadora dos aspectos da segurança dos pacientes.

Em relação à pergunta: **Com base na sua experiência, quais os requisitos ou padrões de acreditação que geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?**, os entrevistados de nível tático e operacional explicaram que a gestão de iniciativas é realizada pela área da qualidade, após realizar tanto o curso de auditoria interna, quanto a avaliação em si.

Em seguida, são relacionados todos os requisitos classificados como “não conformes” e distribuídos entre as demais áreas (assistenciais, operacionais, administrativas etc.), definindo o que é requerido para cada uma delas. A Gestão da Qualidade corporativa cumpre um papel tanto de suporte, para esclarecer dúvidas sobre o que está sendo pedido pelo manual, quanto de acompanhamento do cumprimento e do *status* das ações. Esse formato de organização respondeu também às perguntas: **Como se dá o processo de desenvolvimento de um projeto originado para cumprir com um ou mais requisitos de acreditação? Quais são as áreas envolvidas? Poderia comentar a respeito?**

Em relação à percepção dos entrevistados quanto à pergunta: **As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia me dar exemplos?**, as opiniões divergiram. O colaborador operacional interpretou essa abrangência como institucional, entendendo que a organização de documentos e os controles trazidos pela Acreditação Padi foram expandidos para outras marcas da rede, que não vivenciaram esse processo de acreditação. Os entrevistados do nível tático, por sua vez, acreditaram que as melhorias seriam em forma setorial. Essa visão de correções locais também pode ser um limitante para as oportunidades de inovação, uma vez

que as melhorias são pensadas estritamente à necessidade de cada setor, ou no máximo, de cada marca.

Em relação à pergunta: **Que tipo de avaliação é feita sobre os impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos**, o colaborador da marca citou a padronização de processos e dos procedimentos para a Medicina Nuclear, salientando o quanto houve de ganho na segurança dos pacientes atendidos. Os entrevistados do nível tático foram além e citaram a prática de avaliação da qualidade do laudo do exame para 100% das modalidades realizadas, que já existia como processo na organização, mas foi reajustada e expandida com o estímulo da acreditação.

O relato do gestor corporativo da qualidade 1 permitiu verificar que é possível observar a vinculação entre um requisito da acreditação e a implantação de uma inovação de processo na empresa (ainda que não tenha sido documentado nas ações analisadas).

Antes era fazer uma revisão (do laudo) e checar se você está certa. Agora, [...] você pega um perfil X de médicos pra que você avalie todos os médicos, mas que seja uma amostragem às cegas e que eu não sei que foi você que fez aquele laudo. Então, este é o modelo. Que é o modelo que eu acho que a gente está evoluindo cada vez mais. Então, isso gerou por exemplo, não digo que é só pela norma, tá? Porque já existia esse movimento, mas acho que acelerou um pouco mais. [...] Agora, a gente está no squad de ultrassom que não existe na literatura os requisitos pra você avaliar a qualidade médica no ultrassom. Então, eles até publicaram, eles criaram essas normativas, né? Esses critérios, até publicaram isso porque não existia na literatura. A gente está trabalhando agora com o time da gastro. É uma área completamente diferente que nem entra na acreditação, mas faz parte do serviço de imagem, então isso também está estimulando que todas as modalidades façam a mesma coisa (Gestor corporativo da Qualidade 1 – Caso 5).

Com isso, em relação à forma como são **medidos os impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação**, considerando a premissa de que para ser considerada inovação, uma prática precisa acarretar melhoria mensurável, todos os entrevistados afirmaram que essa prática é disseminada, principalmente, entre as marcas avaliadas por algum programa de acreditação, mas que requerem constante verificação se, na prática, estiverem acontecendo.

Em relação à pergunta: **Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, foi descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?**, os entrevistados afirmaram desconhecer algum exemplo assim. Um dos entrevistados do nível tático complementou que existe perda de adesão a uma iniciativa após uma auditoria, mas, não necessariamente, a descontinuidade da mesma.

Em relação à pergunta: **Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas aos programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais**

**comuns?**, o colaborador operacional da marca entendeu que muitos exames complexos e de maior custo são realizados apenas na Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5), o que agrega diferenciação e maior oportunidade de desenvolver processos que “mais ninguém da rede tem”.

Além disso, o colaborador operacional da marca citou a conquista de detectores de metais para a área de ressonância magnética que trouxeram maior segurança à realização deste exame, pois permitiram identificar materiais metalizados que não tinham sido comunicados pelos pacientes antes de entrar no campo magnético. Esse incremento na segurança não foi exigido pela acreditação deste modo, mas é algo que poderá ser demonstrado como um cuidado adicional à segurança dos pacientes. Ele explicou:

Não vejo nenhuma outra marca fazendo isso, mas eu vejo o Igor principalmente, que é da Engenharia Clínica, eu vejo que ele vem pensando em documentos, em novos equipamentos, A gente conseguiu um investimento grande que a gente vai colocar detectores de metais em todas as ressonâncias que a gente tem, em todas as marcas e a gente vai começar pela [Marca de Diagnóstico 2] agora porque é uma exigência também, tanto de uma regulamentação, quanto da norma que pede mais segurança.[...] (Colaborador operacional - Caso 5).

Quanto à pergunta feita aos colaboradores do nível tático e operacional: **Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?**, eles afirmaram que não são envolvidos para validar se tal ação vai contra ou a favor dos requisitos propostos pelos programas de acreditação. Isso ajuda a entender o porquê de o desconhecimento desses grupos sobre projetos serem maiores dentro da vertical de diagnóstico.

Quanto à pergunta: **A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?**, os entrevistados do nível tático entenderam que os manuais de acreditação possuem um formato de redação mais engessado e que, na maioria das vezes, não contemplam a realidade de grandes redes de serviços, o que torna a execução de alguns processos/requisitos muito mais complexa na prática.

Além disso, os entrevistados pontuaram o papel do auditor nos ganhos e os estímulos que uma auditoria de acreditação pode trazer. Segundo eles, ter auditores que, frequentemente, realizam avaliações nas marcas da mesma empresa, reduz consideravelmente as oportunidades de inovação decorrentes da acreditação, uma vez que, para os auditados, não há troca de experiências diferentes entre as partes e os aprendizados. Um dos entrevistados afirmou: “Todas as vezes que a gente passou pela acreditação do Padi, tanto aqui em São Paulo quanto no Rio,

foram as mesmas pessoas que auditaram a gente. Inclusive, eu encontrei com eles em São Paulo, aí eu fui pro Rio e eram as mesmas pessoas” (Colaborador operacional - Caso 5).

O Quadro 17 resume as respostas dos entrevistados envolvidos na análise da Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5).

Quadro 17: Resumo das respostas dos entrevistados envolvidos na análise da Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5)

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>
1	De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)	Visão operacional: sim. Visão tática: opinião dividida.
1	Você percebe alguma disposição maior por parte da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)	Todos entendem que sim.
1	De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)	Visão operacional: sim. Visão tática: não.
1	De que forma a empresa organiza-se para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?	Gestão das ações para cumprir com os requisitos da acreditação	Visão operacional e tática: processos internos com a gestão centralizada na área da qualidade.
1	A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?	Conteúdo dos manuais de acreditação: Estímulo para mudança/inovação (Contexto geral)	Visão operacional e tática: requisitos não contemplam a realidade de grandes redes de serviços e são mais engessados. São sempre os mesmos auditores, o que prejudica as trocas de experiência e a ampliação do olhar de melhoria.
1	Com base em sua experiência, quais requisitos ou padrões de acreditação geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?	Estímulo dos manuais de acreditação para mudança/inovação (Contexto específico)	Visão operacional: ajuste de processos e melhoria da segurança do paciente na Medicina Nuclear. Visão tática: avaliação da qualidade dos laudos para 100% das modalidades de exames e implantação de sistemas de gestão de indicadores.
1	As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia citar exemplos?	Abrangência das melhorias (Origem acreditação)	Visão operacional: institucional. Visão tática: setorial.
1	Já houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, tenha sido descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Origem acreditação)	Visão operacional: não soube mencionar. Visão tática: não houve descontinuidade de ações, mas falhas na adesão de processos/procedimentos implantados.

<b>Roteiro (s) aplicado (s)</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>	<b>Visão tático-operacional</b>
1	Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Origem acreditação)	Todos mencionaram a utilização de indicadores para mensurar o impacto de iniciativas implantadas.
1	O que você poderia comentar sobre outros projetos que não focaram diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?	Projetos de melhoria com relação indireta aos programas de acreditação	Visão operacional: exames diferenciados que só têm na marca; detector de metais para sala de ressonância magnética, agregando maior segurança aos processos e aos pacientes.
1	Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas com os programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?	Projetos de melhoria (Sem origem acreditação)	Visão operacional: necessidade trazida pela operação da unidade. Visão tática: a origem de melhorias vem da experiência do cliente e do resultado de indicadores existentes.
1	Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/o na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem acreditação)	Todos entenderam que não, na maioria das vezes.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.5.4 Resultado Consolidado das Análises – Caso 5

Os dados apontam que para o Caso 5, existe uma compreensão parcial de que os programas de acreditação possuem um potencial estímulo para inovação dentro das organizações de saúde, uma vez que parte dos entrevistados entendeu que há melhorias nos serviços quando comparados com os momentos predecessores ao programa de acreditação, enquanto outra parte dos participantes avaliou que as inovações e os avanços desenvolvidos na marca do Caso 5, principalmente no que tange aos exames de imagem, originou-se dos próprios movimentos internos e relacionados ao mercado, como foi evidenciado na análise documental e nos relatos dos entrevistados.

Na análise do conteúdo deste estudo, já havia sido percebido que os requisitos do programa de acreditação relacionados ao segmento de diagnóstico por imagem possuem menor estímulo à inovação. Este programa focou na maior padronização de qualidade e na segurança dos pacientes.

Pela documentação analisada, foi constatado que todos os achados levantados pelas auditorias externa e interna requerem ações relacionadas a ajustes pontuais nos processos, além de terem foco em informações e em controles técnicos relacionados ao serviço.

No entanto, isso não significa que o Caso 5 não tenha investimentos e estímulos à inovação. Isso porque, corroborado pelas entrevistas, foi possível perceber que por se tratar de uma marca posicionada em um mercado de pacientes com poder aquisitivo elevado, e pelo fato de o Caso 5 ser focado nos exames de imagem, os movimentos de busca por inovação neste serviço originam-se tanto como uma forma de atender às expectativas do público, que naturalmente é mais crítico quando comparado aos demais segmentos atendidos pela vertical de diagnóstico, quanto por representar a contínua evolução da prática médica no Ecosistema.

Vale destacar que o diagnóstico por imagem tem dependência direta da prática médica, tanto para executar o exame (por exemplo, no exame de ultrassonografia), quanto para obter os resultados interpretados das imagens (geração de laudo). Por isso, visando ao posicionamento de mercado, os esforços para manter este tipo de serviço sempre inovando e se diferenciando em relação ao seu histórico e aos seus concorrentes são intrínsecos aos processos da organização.

Neste contexto, um programa de acreditação como o Padi, é considerado pelo Caso 5 e seus envolvidos, muito mais como um organizador de processos, padrões e documentos do serviço do que como um estímulo para se pensar novas oportunidades para inovação.

Um achado do Caso 5 foi a discrepância entre a visão do colaborador operacional sobre as melhorias trazidas pelo programa de acreditação e a visão dos gestores corporativos da Qualidade. Por mais que tenha sido identificado, tanto na análise documental quanto nas entrevistas, que a equipe da Qualidade faz todo o acompanhamento e dá suporte aos planos de ação junto às marcas de Medicina Diagnóstica que estão nos processos de acreditação, são os colaboradores operacionais que lidam com a implantação/manutenção de cada requisito no cotidiano e que apresentam exemplos práticos de melhorias trazidas pelos programas, ainda que tais melhorias sejam mais pontuais e específicas de cada requisito.

Por fim, as entrevistas também apontaram que o fato de o programa ainda possuir uma equipe pequena de auditores externos, que se repetem nas avaliações ao longo do tempo e entre as unidades da mesma marca, acaba reduzindo as trocas de experiências entre auditor e auditado que tanto contribuem para gerar ideias de novas práticas.

O Quadro 18 apresenta a síntese dos achados referentes à Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5).



Quadro 18: Síntese dos achados referentes à Marca de Diagnóstico 2 (Caso 5)

Dados coletados	Origem deste achado	Oportunidades para inovação
Os planos de ação analisados foram elaborados para cumprir estritamente com os padrões ou os requisitos dos manuais de acreditação.	Análise documental	Por meio de auditorias internas e do acompanhamento dos resultados dos planos implantados, os gestores envolvidos poderiam discutir com as equipes as oportunidades de agregar melhorias, valor e inovação que podem ser desenvolvidas a partir do que é solicitado por cada requisito (ou conjunto deles) do manual de acreditação utilizado. Além disso, esses resultados e eventuais não conformidades identificados externamente podem ser compartilhados com as equipes relacionadas à inovação para gerar ideias com uma visão mais sistêmica.
Requisitos da norma e relatórios de auditoria com conteúdo mais técnico e direto.	Análise documental	Avaliar oportunidades de inovação secundárias aos requisitos mais técnicos. Se os requisitos da norma não permitirem explorar inovações, pensar em novos modelos de realização dos processos que possam ser atribuídas práticas consideradas inovadoras, por exemplo, automatização e integração dos registros explorados como evidências em uma auditoria.
Existência de estímulos para inovação na empresa desconectados dos processos de implantação/manutenção da acreditação.	Análise documental Entrevista	Incluir os requisitos dos manuais de acreditação como uma das origens possíveis para se pensar em projetos de melhorias e de desenvolvimento de práticas inovadoras na organização.
Existência da percepção entre os entrevistados de que são sempre os mesmos profissionais auditando o serviço.	Entrevista	Ter mais momentos de troca de boas práticas e de conhecimentos entre auditor e auditado pode ampliar a visão deste último sobre a acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.
Existência de programas de acreditação que possuem foco mais técnico em segurança e na qualidade operacional de serviços, por exemplo, de Medicina Diagnóstica.	Análise documental Entrevista	Adotar outros programas de acreditação que tenham uma abrangência de avaliação para além de processos técnicos. Realizar avaliação pelos times envolvidos sobre como requisitos técnicos podem embasar práticas inovadoras.
Inexistência de um método estruturado para gestão de projetos na unidade que possa apoiar as ações relacionadas ao programa de acreditação.	Análise documental Entrevista	Ter um método estabelecido com medições, acompanhamento contínuo e gestão do conhecimento sobre as iniciativas executadas na unidade pode render oportunidades para novas iniciativas (com oportunidade de inovação).
Outras iniciativas de inovação classificadas como melhoria de processo ou de qualidade originaram-se de fontes diferentes dos programas de acreditação.	Entrevista	Promover integração entre as diferentes origens da inovação com as melhorias requeridas pelos programas de acreditação, visando identificar sinergias.
Inexistência do entendimento de que melhorias de processos podem representar inovação.	Entrevista	Disseminar entre os colaboradores de todos os níveis hierárquicos quais são os diferentes conceitos e conhecimentos de inovação, para que sejam entendidas as diferentes tipologias, por exemplo.

Fonte: Elaborado pela autora.

## 6.6 CASO 6: ÁREAS DE GERENCIAMENTO DA INOVAÇÃO NO ECOSISTEMA

A análise das áreas de Gerenciamento da Inovação no Ecosistema (Caso 6), diferentemente dos casos anteriores, é a consolidação de diferentes áreas do Ecosistema de Saúde que atuam diretamente com projetos de inovação junto às diferentes verticais assistenciais.

Após o levantamento interno, realizado pela pesquisadora, com o intuito de compreender quais áreas teriam maior atuação no desenvolvimento de práticas inovadoras, foram selecionados para análise 5 entrevistados, de quatro departamentos distintos, não identificados no presente estudo para preservar a confidencialidade (Tabela 2). A partir de então, seguindo o protocolo de pesquisa proposto, foram solicitados materiais, documentos e apresentações relacionados aos projetos em desenvolvimento por estas equipes e foram entrevistados gestores e não gestores dessas equipes.

Cabe ressaltar que, com exceção de uma dessas áreas, essas equipes atuam de forma transversal e atendem a todas as verticais assistenciais e às suas respectivas áreas de apoio. Inclusive, algumas dessas equipes já foram mencionadas nos casos anteriores pelos participantes da pesquisa.

### 6.6.1 Análise Documental – Caso 6

Os documentos que compuseram esta análise relacionam-se com a documentação de projetos e com as iniciativas desenvolvidas pelas áreas de Gerenciamento da Inovação do Ecosistema (Caso 6).

Ao longo da coleta de dados, foram solicitados às Áreas de Inovação (Caso 6) os materiais relacionados aos projetos que estavam sendo por elas desenvolvidos, em 2022, mesmo que não estivessem finalizados.

Conforme proposto no capítulo referente à coleta de dados (item 5.4), os materiais foram analisados de modo que a pesquisadora pudesse entender quais inovações predominavam no Ecosistema e qual o seu perfil de abrangência e de implantação.

O Quadro 19 apresenta os planos e os projetos analisados, referentes às Áreas de Gerenciamento da Inovação (Caso 6).

Quadro 19: Planos e projetos analisados referentes às Áreas de Gerenciamento da Inovação (Caso 6)

Iniciativa   Origem pela Acreditação?   Tipo de inovação	Unidade e Abrangência	Estágio	Percepção de impacto?	Ganhos adicionais
<i>Software</i> com Inteligência Artificial (IA) para triagem de eletrocardiograma do PS.   Não originada pela acreditação   Inovação de processo.	Hospital   Institucional	Implantada	Sim. O KPI chave foi a redução do tempo de laudo de cerca de 20min (percebido) para 1,58min (de fato mensurado).	No período, foi observado também um aumento do número de internações cardiológicas. Foi uma melhoria também processual. Anteriormente, não havia mensuração adequada do tempo para emissão do laudo.
Plataforma de digitalização da comunicação entre pacientes e departamentos para solicitar serviços de hotelaria/engenharia sem depender/sobrecarregar a equipe de enfermagem.   Não originada pela acreditação   Inovação de serviço e de processo.	Hospital   Intersetorial	Em desenvolvimento/Análise de escalabilidade	Sim	Não
Biomarcador para análise de troponina: rastreabilidade de condições clínicas e geração de <i>insights</i> de apoio à conduta médica.   Não originada pela acreditação   Inovação de processo.	Hospital   Institucional	Ideia	Ainda não executado	Ainda não executado
Atendimento de Eletrocardiograma em obesos. Acatar à demanda reprimida desse público.   Não originada pela acreditação   Inovação de processo.	Diagnóstico   Intersetorial	Implantada	Sim	Não
Estabelecimento de um serviço de monitoramento de pacientes que sofrem de insônia, por meio de uma plataforma de telessaúde.   Não originada pela acreditação   Inovação de serviço.	Plataforma de telessaúde   Institucional	Prova de conceito (POC)	Sim	Não
Oferecimento de uma jornada de cuidado personalizada para usuárias gestantes acompanhadas por telemedicina.   Não originada pela acreditação   Inovação de serviço.	Plataforma de telessaúde   Institucional	Prova de conceito (POC)	Não	Não
Estabelecimento de um serviço de monitoramento de pacientes que sofrem de males relacionados à saúde mental, por meio de uma plataforma de telessaúde.   Não originada pela acreditação   Inovação de serviço.	Plataforma de telessaúde   Institucional	Prova de conceito (POC)	Sim	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

Das 7 (sete) iniciativas elencadas acima, observou-se que nenhuma delas teve origem ou incentivo de desenvolvimento em decorrência de algum programa de acreditação. Além destas, outras 4 (quatro) iniciativas sem relação direta com a acreditação já tinham sido exploradas nos casos anteriores. Mesmo sem essa origem específica, tratavam-se de planos que podiam ser aproveitados como evidências para alguns requisitos desses programas. Essas iniciativas foram: implantação de protocolos de dispensação de medicamentos na urgência, para reduzir o tempo de entrega; revisão dos processos de monitoramento e de avaliação de pacientes em UTI neurológica para evitar quedas; admissão “express” para atender mais rápido os pacientes de medicina diagnóstica; e projeto para agilizar o atendimento de procedimentos voltados a exames de mamas, para um diagnóstico e conduta médica mais ágeis.

Diferentemente das inovações identificadas nos casos anteriores, 4 inovações desse time eram, predominantemente, relacionadas a novos produtos ou serviços. Do total, 3 eram relacionadas à vertical de hospitais, 01 relacionada à unidade de negócio de diagnóstico e 03 relacionadas à plataforma de telessaúde desenvolvida pelo Ecosistema. Cabe explicar que a equipe de Cuidados Integrados (uma das verticais assistenciais participantes deste estudo) operacionaliza a assistência prestada por esta plataforma, por isso, apesar das práticas inovadoras apresentadas não se relacionarem com o Programa de Atendimento Domiciliar, serviço desta vertical que foi analisado em relação ao programa de acreditação ONA, a vertical assistencial de certo modo, é contemplada com inovações no Ecosistema.

As iniciativas elencadas no Quadro 19 demonstram que as áreas que trabalham mais comumente com iniciativas inovadoras possuem maior exploração dos diferentes estágios de desenvolvimento de uma ação, até mesmo porque trabalham com propostas com complexidades diferentes. Por isso, das 07 iniciativas mencionadas, 03 estavam na época da coleta de dados em Prova de Conceito, e apenas duas estavam finalizadas/implantadas.

Percebeu-se que houve monitoramento dos resultados e análise do impacto de todas as iniciativas, identificando o cumprimento das etapas preconizadas para um processo de inovação. Nestes casos, como, normalmente, existe um problema do negócio a ser resolvido ou a necessidade de criar uma nova frente de serviços pelo Ecosistema, as possibilidades de testagem e de substituição das iniciativas foram maiores.

Diferentemente de um requisito de acreditação, que pode levar ao entendimento direto de algo que precisa ser feito, as áreas de inovação trabalham com escopos mais abertos. Por isso, projetos em fase de “prova de conceito” são frequentes nestes times. Além disso, a oferta de novos serviços e/ou de tecnologias que podem influenciar a conduta clínica precisam ter

seus resultados fortemente comprovados, antes de terem sua implantação autorizada na empresa.

Por fim, cabe ressaltar que, por se tratar de iniciativas que em sua maioria envolvem facilitação de obtenção de um diagnóstico, ou mesmo definição de uma nova frente de atuação assistencial, observou-se maior participação de profissionais médicos do que em relação às práticas e aos planos dos casos levantados anteriormente.

Esse achado endossou o argumento de que existe uma percepção maior sobre o potencial de inovação no segmento de saúde mais relacionado ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes do que aos processos de qualidade referentes aos serviços.

#### 6.6.2 Observação da Auditoria – Caso 6

Para este caso, não se aplica a observação *in loco* de uma auditoria.

#### 6.6.3 Entrevistas: Nível Tático e Estratégico – Caso 6

Para realizar as entrevistas, foram utilizados os Roteiros 2 e 3 (Apêndices 2 e 3, respectivamente). Participaram deste estudo 5 entrevistados, a saber: dois colaboradores não gestores; dois gestores; e um representante da alta liderança relacionada à Inovação (Tabela 2). Neste caso, as áreas de cada participante não foram mencionadas para não implicar em sua identificação. No entanto, cabe salientar que este foi o único caso em que médicos fizeram parte de três segmentos de entrevistados.

Diferentemente dos casos anteriores, mesmo os colaboradores “não gestores” não foram considerados necessariamente “operacionais”, pois eles atuam como especialistas em suas áreas de atuação.

Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?**, buscou-se compreender em um **contexto geral, uma eventual relação entre acreditação e inovação, sob o ponto de vista dos participantes**. As opiniões divergiram. Dentre os colaboradores “não gestores”, um deles considerou que a acreditação incentivava a inovação na medida em que mostrava as oportunidades do que deveria ser melhorado, sem explicar como tal resultado deveria ser atingido. Assim, abriu oportunidades para a empresa definir como prefere atender a cada requisito. Um aspecto que ele mencionou foi que as pessoas interpretam de forma errônea as regras dos programas de acreditação quando se propõem a

cumprir com os requisitos sempre da mesma forma como outros serviços acreditados o fazem. Essa visão foi compartilhada pelo não gestor 1 e pelo representante da alta liderança.

Então, acho que a acreditação vem apoiar a inovação nesses aspectos. O primeiro porque ele determina melhor segurança e aí, o hospital pode optar por seguir o que muita gente faz ou pode fazer diferente pra se adaptar até fazer melhor. E aí, eu acho que nisso surge a inovação. Na hora que eu tenho que registrar, eu acho que é quando surge a maior criatividade, né? Porque eu preciso registrar aquilo da melhor maneira, e aí a gente vai criando coisas novas e maneiras diferentes, aí você vai inovando” (Não gestor 1 – Caso 6).

Como a gente falou, a inovação, ela tem dois caminhos principais, né? O primeiro é o de criar algo novo e tem o segundo que é melhorar algo existente. Ela (a acreditação) expõe tudo que não está funcionando com relação aos processos dentro das companhias e a partir desse momento, de exposição do que não está funcionando, de onde está errado, o ajuste de um processo já existente, ele é a inovação de maneira simples e objetiva, ocorrendo na prática do dia a dia. Então, sim, a acreditação incentiva a melhoria contínua e a melhoria contínua faz parte do ciclo de inovação (Representante da alta liderança – Caso 6).

O segundo não gestor entendeu que a acreditação não é um incentivador da inovação, mas colocou os serviços de saúde em um caminho seguro para que eles não inovem a qualquer custo. Essa visão foi compartilhada de certa forma também pelos gestores entrevistados que entendem que as regras dos programas de acreditação contrariam as possibilidades de inovação. Um deles afirmou:

É minha percepção assim [...] Muito do negócio, claro, tem que ter um mínimo, mas eu acho que é muito mais direcionar e botar um padrão em cima disso tudo. O que eu sinto mais é um medo das acreditadoras pegarem coisas da inovação que, muitas vezes elas não são robustas em vários aspectos, né? [...] E aí, o próprio time do hospital fica com medo de mostrar pra acreditação. Tipo uma comunicação falha ali, [...] parece que eles vão olhar pra gente e a gente não pode falhar em nenhum processo, a gente tem que ser cem por cento (Gestor 2 – Caso 6).

Considerando a percepção dos entrevistados, no que tange à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?**, as opiniões dos três grupos de entrevistados convergiram, quando trataram do fato de o atendimento ser alguma dor da área ou da unidade de negócio e atender aos objetivos estratégicos que se desdobram da alta liderança até a operação.

No que tange à pergunta: **De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecossistema?**, os gestores mencionaram as oportunidades oferecidas por *startups*, quando estas procuram a empresa para executarem um projeto em conjunto, criando, em alguns casos, novas oportunidades de negócio para o Ecossistema. Cabe ressaltar que o representante da alta liderança do Caso 6, considerou *startups*, *fintechs* e *healthtechs* parceiras dos serviços de saúde na busca por inovação.

Um dos não gestores citou a acreditação como uma origem e complementou afirmando que muitos projetos são derivados das necessidades de se cumprir com os requisitos destes manuais. O representante da alta liderança, por sua vez, mencionou também a necessidade de aprimorar os processos como um incentivo ao desenvolvimento de práticas inovadoras. Essas necessidades de aprimoramento foram levantadas durante as auditorias de acreditação.

Em relação às perguntas: **Como se dá, nesta empresa, o processo de desenvolvimento de um projeto que busca inovação? Quais são as áreas envolvidas? Quais protocolos são adotados para implantação?**, buscou-se entender quais etapas e quais áreas estavam envolvidas visando identificar se havia um processo de inovação estabelecido no Ecossistema. Os entrevistados explicaram etapas similares. Segundo eles, após o levantamento da necessidade (que pode ter diversas origens), é avaliado interna ou externamente quem pode ser o viabilizador da solução desejada. Caso o projeto seja considerado viável, é estabelecida uma prova de conceito em um ambiente ou processo controlado para que possa, então, ser avaliado o impacto daquela iniciativa e, assim, analisada a sua escalabilidade para a companhia como um todo.

Em relação à pergunta: **Já houve alguma iniciativa inovadora proposta que foi descontinuada pouco tempo após a implantação? Poderia explicar o que aconteceu?**, por ter um processo de execução com etapas bem definidas, os entrevistados contaram que, dificilmente, uma **solução implantada é descontinuada na empresa**. Segundo eles, o que pode ocorrer é a prova de conceito mostrar que aquela iniciativa não cumpre os objetivos desejados e assim, não ocorre a implementação.

Em relação à pergunta: **Que tipo de avaliação é feita sobre os impactos das mudanças decorrentes da adoção dos projetos de inovação? Exemplifique e cite exemplos**, os entrevistados também concordaram que ainda não existe um processo estruturado e homogêneo entre as áreas. Existe consenso sobre a existência de uma análise de resultados. Eles citaram, inclusive, o foco em rentabilidade, em eficiência e na experiência para execução da maioria dos projetos. No entanto, alguns deles sinalizaram que esta etapa ainda requer aprimoramentos para ser mais perene na organização.

Hoje a gente faz muito malfeito, tá? Essa é uma dor que a gente tem na nossa área: como que a gente acompanha essa escala depois. A gente não acompanha. Tchou. Fez a escala, fez hoje comprovou a tese, a gente montou o potencial de escala, entrega pra área de negócio fazer implementação. A gente tem um programa, uma ideia pro ano que vem pra gente fazer esse acompanhamento, né? (Gestor 1 – Caso 6).

Em relação à pergunta: **De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras sem necessariamente, contarem com a área de inovação? Por quê?**, as opiniões divergiram. A maioria dos entrevistados entendeu que sim, visto que os colaboradores que estão na operação trazem ideias e entendem como os processos e procedimentos podem ser melhores ou diferentes. No entanto, existe o entendimento, por parte dos entrevistados, de que a execução destas ideias fica limitada, uma vez que as áreas que trabalham com inovação dentro do Ecosistema precisam dar suporte e ferramental para as equipes executarem práticas inovadoras.

A instituição deveria dar espaço pras pessoas que querem inovar, tá? [...] Então, precisa da ferramenta., precisa incentivar. Porque com certeza, a gente deve ter vários talentos inovadores aí perdidos na nossa prática do dia a dia, que acabam não tendo oportunidade e instrumentos para tal (Representante da alta liderança – Caso 6).

Se você está numa área, a pessoa te traz uma ideia que é super inovadora, que funciona naquele hospital. Mas, como é que aquilo pode virar pra outros? Aí, eu acho que a área da inovação vai entrar pra escalar isso (Não gestor 1 – Caso 6).

Em relação à pergunta: **Qual a sua percepção sobre o conhecimento de inovação pelas áreas do Ecosistema?**, o entendimento de todos os entrevistados foi de que este conhecimento na organização é bastante heterogêneo, sendo tratado por algumas equipes de forma superficial, o que pode dificultar o avanço da inovação no Ecosistema.

Essa dificuldade em viabilizar as ideias de melhorias e de mudanças identificadas na operação atrelada ao fato de que são essas equipes que trabalham de forma mais aprofundada com a implantação e a manutenção de programas de acreditação direcionam para o entendimento da pergunta

Em relação à percepção dos entrevistados quanto à pergunta: **De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro do Ecosistema? Por quê?**, a maioria dos entrevistados acredita que não. Segundo eles, as áreas relacionadas à inovação podem atender às necessidades de melhorias da qualidade trazidas pelos times que estão trabalhando com programas de acreditação, mas não de forma recorrente. Isso porque, por mais que um dos entrevistados considere que toda inovação na empresa visa à melhoria e à integração do cuidado e da qualidade assistencial, outros explicam que nem sempre essas ações são originadas pelos times de qualidade e/ou em virtude de uma acreditação. Ou seja, as áreas que trabalham mais de perto da inovação, de forma geral, atendem a todo o Ecosistema, e as demandas por qualidade assistencial não dependem, necessariamente, do cumprimento de um requisito de acreditação.



Mesmo porque, segundo a alta liderança do Caso 6, existe dificuldade por parte das unidades de sustentarem as melhorias trazidas por estes programas, o que corrobora para que qualquer melhoria proporcionada por programas de acreditação seja, num primeiro momento, pontual e não contínua.

No que tange à pergunta: **Iniciativas de melhoria que tenham um foco setorial têm a mesma priorização para seu desenvolvimento em relação às iniciativas mais sistêmicas? O que determina essa priorização?**, houve consenso entre todos os entrevistados que os projetos de **inovação são priorizados** conforme a amplitude de seu impacto e de sua vinculação com as temáticas de eficiência, qualidade assistencial e experiência do cliente, que também estão envolvidas nos objetivos estratégicos do Ecosistema. Como parte das melhorias atreladas à acreditação são entendidas com foco setorial ou individual por unidade, elas não são vistas como prioridade para os times que trabalham inovação:

Os times passam ali pelas auditorias internas e quando tem algum ponto a ser ajustado pra cumprir, eles vêm como “não conformidades”, né? E aí, os times acabam tocando isso como rotina. Isso não chega a virar um projeto. Então, nesse curto período de tempo não teve nada tão gritante que necessitou de uma atuação maior para envolver um projeto. Foram sempre situações pontuais onde os times mesmo executam ali tratando a não conformidade e ajustando o processo (Gestor 2 – Caso 6).

Em relação à pergunta: **Dos projetos desenvolvidos no último ano pela (ou em parceria com a) sua área, algum tinha relação direta com programas de acreditação? Poderia me contar mais a respeito?**, apenas um não gestor mencionou que sim e citou um dos projetos referentes ao caso do Hospital 2 (Caso 2). Além disso, quanto à pergunta: **Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?**, os entrevistados não consideraram que existe um processo para **consultar as premissas dos programas de acreditação implantados em cada unidade assistencial como forma de validação para implantação de um projeto**.

Por fim, ao serem **questionados sobre como a inovação e a premissa de dano zero e risco mínimo à segurança dos pacientes, que regem o setor de saúde, poderiam ser conciliadas**, um aspecto interessante trazido pelos entrevistados não gestores foi que, principalmente no momento de expansão de uma iniciativa, a operação é consultada sobre eventuais riscos que ela tenha identificado para essa implantação. Caso a operação mencione o programa de acreditação como um alerta, aí sim são avaliados os requisitos que podem ser

comprometidos. O gestor 2 afirmou: “Existem conversas, mas não existe um processo hoje. O que existe é assim, o time do hospital é envolvido e fica meio na mão dele (dizer) se vai ferir ou não vai ferir. Mas não existe um processo interno pra isso, tá?” (Gestor 2 – Caso 6).

Novamente, é reforçado o entendimento de que os processos envolvendo programas de acreditação são mais fortes no nível tático e operacional das unidades do que no corporativo do Ecosistema.

Por fim, os entrevistados entenderam que, para inovar em uma organização de saúde que tem como base a segurança e a mitigação de riscos relacionados aos pacientes, é importante que testes sejam feitos em um ambiente monitorado e em menores proporções. Além disso, eles comentaram que, por se tratar do segmento de saúde, qualquer prática proposta deve ter como base a literatura e os atributos que embasam a tomada de decisão, visando, assim, à promoção da inovação sem a exposição de risco à assistência prestada.

Eu acho que a gente tem inovação diferente. Eu acho que nesse aspecto a inovação tem que partir da segurança. Infelizmente, na saúde não tem como errar. [...] Eu não posso deixar de pesquisar o que já foi feito. Eu acho que muitas vezes na inovação e pessoas que não vêm da área da saúde, elas não têm esse costume. [...] A pessoa só fala vamos fazer o MVP e usar. Eu acho que esse é o primeiro ponto assim. A gente tem que colocar na inovação tem que colocar segurança como parte. Então, se não é seguro eu não vou testar. [...] O que acontece muito é que a gente não olha a literatura e a gente acha que a gente pode arriscar só porque é inovação (Não gestor 1 – Caso 6).

O Quadro 20 apresenta o resumo das respostas dos entrevistados envolvidos nas áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6).

Quadro 20: Resumo das respostas dos entrevistados envolvidos nas áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6)

Roteiros	Perguntas	Aspecto relacional	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
2 e 3	De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)	Visão não gestor: opiniões divergem. Visão gestor: Não.	Sim, pois a acreditação expõe o que não está funcionando na empresa e aí é gerada a melhoria contínua.
2 e 3	De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecosistema?	Origens dos projetos de inovação (Contexto específico)	Visão não gestor: pelas demandas de acreditação, pela dor da área ou ainda pelos objetivos estratégicos que são desdobrados da alta liderança até cada unidade. Visão gestor: pode ser via <i>startup</i> , via dor do negócio ou ainda pela própria área dele.	Sanar alguma dor da empresa, aprimorar processos e criar linhas de negócio.
2	Como ocorre, nesta empresa, o processo de desenvolvimento de um projeto que busca inovação? Quais são as áreas envolvidas? Quais protocolos são adotados para implantação?	Desenvolvimento de projetos de inovação (Contexto específico)	Visão não gestor: levantamento da necessidade, envolvimento de TI para desenvolvimentos internos, envolvimento de <i>startups</i> para desenvolvimentos que vêm de fora, POC, avaliação e escalabilidade. Visão gestor: levantamento da necessidade, <i>match making</i> , contrato, POC, avaliação e escalabilidade.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
2 e 3	De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras sem, necessariamente, contarem com a área de inovação? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)	Visão não gestor: opiniões divergem. Visão gestor: Sim.	Não. Ainda falta na organização incentivo e ferramentas para que os colaboradores consigam dar ideias e pôr a inovação em prática.

Roteiros	Perguntas	Aspecto relacional	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
2 e 3	De acordo com sua percepção, atualmente, são integradas as iniciativas de melhoria da qualidade com os projetos de inovação dentro do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)	Visão não gestor: opiniões divergem. Visão gestor: opiniões divergem.	Não, pela baixa sustentação de processos de melhoria trazida pela acreditação.
2	Você já ouviu falar de algum projeto desenvolvido em sua área que tem como objetivo cumprir com o padrão de um programa de acreditação? Poderia citar exemplos?	Desenvolvimento de projetos dentro da empresa (Origem acreditação)	Visão não gestor: opiniões divergem. Visão gestor: não.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
2	Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/proposto na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões dos programas de acreditação vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem na acreditação)	Visão não gestor: o que é consultada é a ponta do processo. Visão gestor: Não existe esse processo.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
2	Dos projetos desenvolvidos no último ano pela sua área (ou em parceria com a mesma), algum teve relação direta com os programas de acreditação? Poderia me contar mais a respeito?	Projetos de melhoria com relação direta com os programas de acreditação	Visão não gestor: apenas 1 (em um hospital que não foi objeto deste estudo). Outro não gestor falou que não. Visão gestor: não.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
2	Iniciativas de melhoria que tenham um foco setorial têm a mesma priorização para seu desenvolvimento em relação às iniciativas mais sistêmicas? O que determina essa priorização?	Abrangência das melhorias (Sem origem acreditação)	Visão não gestor: Sim, quanto maior o impacto, maior a prioridade. Visão gestor: critério de priorização é o cumprimento ou a alavanca dos objetivos estratégicos ou o impacto assistencial que pode gerar.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.

Roteiros	Perguntas	Aspecto relacional	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
2	Já houve alguma iniciativa inovadora proposta que foi descontinuada pouco tempo após sua implantação? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Sem origem acreditação)	Visão não gestor: opiniões divergem. Visão gestor: sim, por falta de foco, de processos de inovação e por não estar vinculada a uma dor real de negócio.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
2	Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes dos projetos de inovação? Explique e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Sem origem acreditação)	Visão não gestor: é avaliado se a dor inicial foi sanada, mas não existe um processo de medição estruturado e aplicado de forma metódica. Visão gestor: faz uma prova de conceito (POC), avalia os ganhos que ela trouxe ( <i>saving</i> , rentabilidade e experiência) e extrapola os resultados para a realidade expandida. Monitoramento após isso é falho e está em aperfeiçoamento.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
2	Qual sua percepção sobre o conhecimento de inovação pelas áreas do Ecossistema?	Inovação na empresa (Contexto específico)	Visão não gestor: heterogêneo. Visão gestor: ainda há baixa associação de inovação com tecnologia.	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.
3	De acordo com sua percepção, como as empresas de saúde diferenciam-se, atualmente, no mercado brasileiro?	Inovação (Contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	Qualidade assistencial gerada por reputação, que por sua vez é obtida por educação continuada de seus profissionais, pesquisa e inovação que gerem resultado.

Roteiros	Perguntas	Aspecto relacional	Visão tático-operacional	Visão do representante da alta liderança
3	Quais os estímulos que as organizações de saúde têm para inovar?	Inovação (Contexto geral)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	Inovação mantém as empresas "vivas" no mercado. Muito mais do que tecnologia, a inovação é feita por processos e pode ser aplicada por todos os envolvidos na empresa.
3	Quais são os parceiros das organizações de saúde para o estímulo à inovação e à melhoria contínua?	Ecossistema de inovação (Segmento saúde)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	<i>Startups</i> , não só <i>healthtechs</i> , mas <i>fintechs</i> , por exemplo.
3	Gostaria de comentar algo mais sobre as temáticas de acreditação e de inovação dentro do Ecossistema de Saúde?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)	Roteiro não aplicável a este perfil de entrevistado.	Embasa a ideia com pesquisa. Cria e faz testes em um ambiente seguro e controlado para escalar só após os resultados terem sido validados.

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.6.4 Resultado Consolidado das Análises – Caso 6

Os dados apontaram que, para as áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6), existe uma baixa compreensão de que programas de acreditação possuem um potencial estímulo para inovação dentro das organizações de saúde, uma vez que apenas dois dos cinco entrevistados consideraram a melhoria contínua trazida por esses programas como uma oportunidade.

Percebeu-se que, dentre os entrevistados que têm uma relação mais próxima com as equipes da qualidade e as de segurança (um não gestor e um representante da alta liderança), é maior o entendimento da conexão entre a melhoria contínua proposta pela acreditação e o potencial que esta pode gerar para uma empresa de saúde inovar.

Além disso, as entrevistas indicaram que há desconhecimento por parte de alguns participantes (gestores e não gestores) sobre o potencial de inovação que uma acreditação pode trazer por meio dos seus requisitos. Isso porque alguns dos entrevistados afirmaram que o enfoque dado à construção de padrões de processos pelas acreditações inibiria a proposição de inovação.

Pensando que práticas inovadoras podem, primeiramente, gerar provas de conceito para, então, serem implantadas, estas também seguem um padrão de processo, que pode ser alinhado com a implantação de melhorias trazidas pelos programas de acreditação, indo além do cumprimento de um *checklist*.

Observou-se que os projetos executados por diferentes equipes relacionados à inovação no Ecosistema corroboram as inovações de produto/serviço, diferentemente dos casos anteriores, cuja inovação mais prevalente era de processos, conforme constatado, principalmente, na avaliação documental. Percebe-se, portanto, que as inovações de processos poderiam ganhar força pelos times de inovação se estes apoiassem os desenvolvimentos das acreditações vigentes no Ecosistema.

Além disso, os projetos analisados apresentaram objetivos mais detalhados, origem da necessidade, parceiros envolvidos, impactos gerados e etapa da iniciativa, demonstrando que, por mais que esse processo de inovação tenha pequenas diferenças entre algumas áreas, como um todo no Ecosistema, ele acontece de forma minimamente estruturada, conforme revelaram as respostas dos entrevistados (Apêndice B) e a documentação coletada.

Diferentemente de um requisito de acreditação que pode levar ao entendimento direto de algo que precisa ser feito, as áreas de inovação trabalham com escopos mais abertos. Por isso, são mais frequentemente nestes times os projetos em fase de “prova de conceito”. Além disso, ofertas de novos serviços e/ou de tecnologias que podem influenciar a conduta clínica

precisam ter seus resultados fortemente comprovados antes de terem sua implantação autorizada na empresa.

Considerando que as origens das práticas inovadoras podem ser diversas, a priorização de execução pelas equipes envolvidas considera o impacto nos objetivos estratégicos e a amplitude dos resultados para focos assistenciais, de rentabilidade e de receita. Por isso, como em muitos casos, os programas de acreditação são aplicados de forma distinta em cada unidade e se referem à realidade de cada serviço. Essas necessidades relacionadas não são levadas aos times que trabalham com inovação, ou então, não são consideradas por eles.

Os entrevistados consideram que as equipes operacionais até conseguem inovar independentemente, mas somente até a fase de ideação ou de teste. Após esta fase, passam a ficar dependentes de orientação, de ferramental e da influência desses times corporativos.

Considerando que o conhecimento de inovação disseminado pela empresa é tido como algo que requer melhorias e que existem oportunidades para capacitar os colaboradores em processos de inovação, este pode ser um canal para que as equipes assistenciais possam aproveitar mais as oportunidades trazidas pela acreditação, uma vez que são elas que estão mais conectadas com as exigências dos programas de acreditação.

Também se observou a existência de práticas mais constantes de avaliação de resultados com a utilização de indicadores para verificar o impacto. São estes que contribuem para a escalabilidade de uma iniciativa.

Por fim, pode-se considerar que os programas de acreditação poderiam se configurar como uma origem para o desenho de iniciativas inovadoras no Ecossistema, caso houvesse maior compreensão por parte dos times relacionados sobre as oportunidades trazidas por esses manuais. Ao mesmo tempo, as equipes assistenciais e as operacionais poderiam ser sinalizadoras destes potenciais de inovação, caso possuíssem maior arcabouço para interpretar e executar inovação. Além disso, poderiam levar boas práticas do processo de inovação para executar outros projetos, agregando maiores condições à sustentação das melhorias implantadas.

O Quadro 21 apresenta a síntese dos achados referentes às áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6).



Quadro 21: Síntese dos achados referentes às áreas de gerenciamento de inovação (Caso 6)

<b>Dados coletados</b>	<b>Origem deste achado</b>
Existência de estímulos para inovação na empresa desconectados dos processos de implantação/manutenção da acreditação.	Análise documental Entrevista
Os projetos das áreas de inovação possuem maior detalhamento de execução e mais oportunidades de testes.	Análise documental Entrevista
A inovação gerada pelos times de inovação envolve mais produtos e serviços do que processos.	Análise documental
A priorização do envolvimento do time de inovação em projetos no Ecossistema considera impacto e amplitude nos objetivos estratégicos da organização.	Entrevista
Existência de limitação da capacidade dos times operacionais executarem inovação sem apoio dos times corporativos.	Entrevista
Conhecimento heterogêneo e superficial sobre inovação por parte das diferentes equipes.	Entrevista
As iniciativas avaliadas estão em diferentes estágios de implantação.	Análise documental Entrevista
Existência de um método mínimo para avaliar os resultados, uma vez que estes determinam a escalabilidade de uma iniciativa na organização.	Análise documental Entrevista
Existência do entendimento de que as equipes envolvidas nos processos e na operação têm dificuldade para propor inovações.	Entrevista

Fonte: Elaborado pela autora.



## 7. DISCUSSÃO INTEGRADA DOS RESULTADOS

Após a análise individual de todos os 6 casos participantes deste estudo, os resultados foram consolidados e apresentados no Quadro 22.

Todos os achados foram tabulados e todas as repetições entre os casos foram identificadas, visando a uma discussão integrada que permitiu a formulação de uma proposta prática de utilização dos programas de acreditação para gerar práticas inovadoras no Ecossistema de Saúde estudado.

A análise dos casos permitiu obter 35 resultados, os quais foram agrupados em 04 grandes temas (Agrupamentos A, B, C e D), de acordo com as relações de ordem conceitual ou prática explicitadas em cada um deles. Esses agrupamentos foram nomeados segundo uma macro recomendação para um sistema de gerenciamento que possa dar conta das facetas identificadas tanto em relação às lacunas na operacionalização da acreditação quanto às oportunidades para melhorar seu aproveitamento.

No Agrupamento A, foram inseridos os resultados referentes à disseminação dos conhecimentos sobre inovação entre as diferentes equipes do ecossistema de saúde; no Agrupamento B, os referentes à ampliação da utilização do conteúdo dos manuais de acreditação; no Agrupamento C, os referentes à aliança dos auditores externos com as acreditadoras; e no Agrupamento D, os referentes ao desenvolvimento da integração entre a gestão de qualidade e a gestão de inovação.

No entanto, nos casos em que não foi possível estabelecer uma relação evidente entre os resultados e o tema abordado, estes foram agrupados na temática “evidência não agrupada”. Todos os temas foram atrelados a uma ou mais ações práticas, discutidas nessa seção (Quadro 22).

Quadro 22: Resultados consolidados de todos os casos analisados

<b>Resultados encontrados</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>	<b>Caso 6</b>	<b>Total de casos em que o resultado foi identificado</b>	<b>Agrupamento</b>
1. Não existe entendimento de que melhorias de processos possam representar inovação.			X	X	X		3	A
2. Há estímulos para inovação na empresa que são desconectados dos processos de implantação/manutenção da acreditação.				X	X	X	3	A
3. Baixa integração entre iniciativas voltadas aos programas de acreditação e iniciativas de melhorias/inovação desenvolvidas no Ecosystema.	X			X			2	A
4. Alguns requisitos dos programas de acreditação são adotados como validação para implantar mudanças.		X	X				2	A
5. Existe entendimento de que as equipes muito envolvidas nos processos e na operação têm dificuldades para propor inovações.			X			X	2	A
6. As inovações identificadas são, predominantemente, de processo na unidade.		X					1	A
7. Há desalinhamento entre auditores e auditados quanto à interpretação do que representa um requisito que pede “modelo de gestão inovador”.			X				1	A
8. Falta de integração entre os times locais das unidades e as equipes corporativas quanto ao desenvolvimento de melhorias/inovação pós auditoria de acreditação, com base nos requisitos do manual.			X				1	A
9. Há limitação da capacidade de os times operacionais executarem inovação sem apoio dos times corporativos.						X	1	A
10. Há conhecimento heterogêneo e superficial sobre inovação por parte das diferentes equipes.						X	1	A

<b>Resultados encontrados</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>	<b>Caso 6</b>	<b>Total de casos em que o resultado foi identificado</b>	<b>Agrupamento</b>
11. Os planos de ação analisados foram elaborados para cumprir estritamente com os padrões ou os requisitos dos manuais de acreditação.	X	X		X	X		4	B
12. Outras iniciativas de inovação classificadas como melhoria de processo ou de qualidade originaram-se de fontes diferentes dos programas de acreditação.	X	X		X	X		4	B
13. Os requisitos dos manuais de acreditação e os relatórios de auditoria externa possuem, em diversos momentos, um conteúdo amplo e pouco explicativo.	X			X	X		3	B
14. Existe a percepção, entre os entrevistados, de que os programas de acreditação estimulam a inovação nas organizações de saúde.	X	X		X			3	B
15. Existe a necessidade de serem regularizados os processos e as práticas mais básicos na unidade, antes de serem pensadas formas inovadoras de se atender à acreditação.	X			X			2	B
16. Ausência de estímulos na auditoria externa para discutir oportunidades de melhorias e experiências que vão além de cumprir literalmente com os requisitos do manual.	X		X	X			3	C
17. Postura dos auditores externos restrita ao manual da acreditação e sem aprofundamento na troca de experiências com os colaboradores envolvidos no processo.	X	X		X			3	C
18. Alguns auditores externos possuem pouco conhecimento do negócio auditado e, por isso, são mais literais em relação aos requisitos do manual.			X	X			2	C
19. Existe a percepção, entre os entrevistados, de que são sempre os mesmos profissionais auditando o serviço.			X		X		2	C

<b>Resultados encontrados</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>	<b>Caso 6</b>	<b>Total de casos em que o resultado foi identificado</b>	<b>Agrupamento</b>
20. A maturidade da instituição e sua recorrência de avaliação por um único programa de acreditação há anos, minimiza a percepção das equipes quanto aos desafios trazidos pela acreditação.			X				1	C
21. Reconhecimento da postura dos auditores externos permite troca de experiências com os auditados.			X				1	C
22. O programa de acreditação estimula que melhorias de processos sejam derivadas da mensuração dos resultados anteriores.	X	X	X	X			4	D
23. Não existe um método estruturado para gestão de projetos na unidade que possa apoiar as ações relacionadas ao programa de acreditação.	X			X	X		3	D
24. Existe a prática de análise de causa raiz de cada "não conformidade" encontrada na auditoria interna para que a solução mais assertiva possa ser trabalhada pelos times.				X			1	D
25. Existe a percepção, entre os entrevistados, de que a acreditação serve de apoio à gestão das organizações de saúde quando promove a implantação de indicadores, por exemplo.				X			1	D
26. Os projetos das áreas de inovação possuem maior detalhamento de execução e mais oportunidades de testes.						X	1	D
27. Existe um método mínimo para avaliar os resultados, visto que estes determinam a escalabilidade de uma iniciativa na organização.						X	1	D
28. Existe a percepção, entre os entrevistados, de que a abrangência das melhorias implantadas com a acreditação é institucional.	X	X					2	Evidência não agrupada

<b>Resultados encontrados</b>	<b>Caso 1</b>	<b>Caso 2</b>	<b>Caso 3</b>	<b>Caso 4</b>	<b>Caso 5</b>	<b>Caso 6</b>	<b>Total de casos em que o resultado foi identificado</b>	<b>Agrupamento</b>
29. Existe um sistema de medição homogêneo dos resultados dos projetos na unidade.		X	X				2	Evidência não agrupada
30. Há programas de acreditação com foco mais técnico em segurança e em qualidade operacional de serviços, por exemplo, em Medicina Diagnóstica.				X	X		2	Evidência não agrupada
31. Houve conquista de maturidade na gestão de demandas da acreditação por parte dos times envolvidos.		X					1	Evidência não agrupada
32. Média integração entre iniciativas voltadas aos programas de acreditação e iniciativas de melhorias/ inovação desenvolvidas no Ecossistema.		X					1	Evidência não agrupada
33. Existe a percepção, entre os entrevistados, de que a abrangência das melhorias implantadas com a acreditação é restrita a cada setor.				X			1	Evidência não agrupada
34. A inovação gerada pelos times de inovação envolve mais produtos e serviços do que processos.						X	1	Evidência não agrupada
35. A priorização do envolvimento do time de inovação em projetos no Ecossistema considera o impacto e a amplitude dos objetivos estratégicos da organização.						X	1	Evidência não agrupada

Fonte: Elaborado pela autora.

## 7.1 AGRUPAMENTO A: DISSEMINAR OS CONHECIMENTOS SOBRE INOVAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES EQUIPES DO ECOSSISTEMA DE SAÚDE, AMPLIANDO AS OPORTUNIDADES DE APLICAÇÃO EM PROCESSOS DE ACREDITAÇÃO

Os dados discutidos nesta seção reuniram os achados relacionados, principalmente, ao conhecimento heterogêneo entre as unidades pesquisadas sobre conceitos e aplicações de inovação, além da baixa conexão entre os times locais (que trabalham a acreditação) e os corporativos (que gerenciam inovações).

Isso resulta na baixa exploração de oportunidades para inovar a partir dos programas de acreditação gerenciados pelos times da Qualidade e de Processos, além de fazer com que estes programas sejam tidos, por equipes não envolvidas diretamente com a acreditação, como elementos contrários à criatividade e à geração de ideias.

De acordo com os dados encontrados, parte do baixo aproveitamento dos requisitos de acreditação para inovação na empresa estudada é, dentre outros motivos, devido à falta de compreensão por parte das equipes envolvidas nesses programas de que melhorias nos processos podem representar inovação.

Com frequência, foi possível identificar nos discursos dos participantes relatos sobre a forma como alguns processos foram/são melhorados a partir da implantação de uma acreditação. Paralelamente, os materiais analisados permitiram constatar que os planos de ação trazem correções e ajustes bastante pontuais e com pouco desenvolvimento de testes para ampliar o escopo de cada iniciativa.

Entendeu-se que nas unidades pesquisadas essa compreensão de inovação está relacionada com a tecnologia, assim como foi apresentado na fundamentação teórica, ao mencionar que Guarcello e Vargas (2020) afirmaram que as pesquisas sobre inovações em saúde, durante muito tempo, basearam-se no lançamento e na aplicação de dispositivos e de sistemas de informação como protagonistas na temática de inovar.

Em 3 das 5 unidades assistenciais estudadas (Casos de 1 a 5), foram encontradas práticas inovadoras que não se originaram dos processos de acreditação. Por isso, compreendeu-se que as equipes são estimuladas a pensar e a buscar inovação, mas lhes atribuem iniciativas que tenham uma tipologia voltada mais a novos serviços ou mesmo a componentes tecnológicos.

Nos achados do Agrupamento A, foi possível observar que os entrevistados reconheceram que os times operacionais não têm apoio corporativo, ficando limitados quanto ao desenvolvimento de práticas inovadoras. Nas entrevistas dos casos assistenciais foi frequente a percepção dos participantes de não saberem como pedir apoio para os times de inovação da



organização, evidenciando a ausência de processos entre essas áreas para este tipo de integração.

Esse fato corrobora a visão de Guarcello e Vargas (2020) de que há necessidade de mudanças de mentalidade para que os atores envolvidos na prestação do serviço de saúde estejam mais integrados à visão de Ecosistema, utilizando seus recursos e processos para aumentar a criação de valor para clientes com produtos, serviços ou experiências.

Essa lacuna entre os times operacionais e os corporativos de inovação pode tornar as inovações de processo existentes ainda pouco representativas para o Ecosistema estudado, uma vez que nem todas as áreas têm visibilidade de que elas ocorrem. Segundo Guarcello e Vargas (2020), atualmente, a inovação nos serviços de saúde está na fronteira da inovação de processos. No entanto, no caso da empresa estudada, as inovações de processo apresentadas não evoluíram necessariamente para isso.

Foram utilizados os requisitos de acreditação para inovações, predominantemente, de processos, que implicaram em melhorias incrementais nas práticas cotidianas da assistência prestada. Esse achado corroborou o observado nas auditorias e nos documentos analisados, em que o formato de auditorias internas e externas focaram em ajustes de processos e em necessidade de correções pontuais, sem mencionar os aspectos de inovação que poderiam ser trabalhados pelas equipes. Este aspecto foi abordado em profundidade no item 7.3.

Seguindo esta linha, Kahn (2018) mencionou que a inovação incremental, ao lado da inovação radical, equilibra o esforço de inovação ao permitir pequenas vitórias em busca das grandes. No entanto, nas unidades pesquisadas, observou-se oportunidades para inovar mais.

Durante as entrevistas com os representantes das áreas de inovação (Caso 6), constatou-se que aqueles que trabalham diretamente com áreas que desenvolvem inovações no Ecosistema entendem que o conhecimento das equipes sobre essa temática ainda é heterogêneo e superficial, o que resulta também na desconexão entre os processos de qualidade e as práticas inovadoras nas empresas.

Além disso, quando comparados os planos e os projetos realizados nas 5 unidades assistenciais (Casos de 1 a 5), que implantaram ou realizaram a manutenção de programas de acreditação, observou-se a presença de práticas inovadoras, majoritariamente, de processos, enquanto as áreas reunidas no Caso 6, trabalharam com inovações mais voltadas a produtos e serviços e aplicaram, de forma comum, as etapas do processo de inovar, ampliando o leque de tipologias dentro do Ecosistema.

Esse achado foi corroborado pelo estudo de Sartori e Garrido (2023) que revelou que a ambidestria organizacional (representada pela capacidade de gerenciamento de diferentes tipos de inovações, considerando a manutenção de um equilíbrio, não necessariamente proporcional), entre inovações radicais, com maior grau de impacto (*exploration*) e inovações incrementais, com foco na melhoria contínua (*exploitation*) é uma habilidade competitiva e de sustentabilidade para as organizações envolvidas em um mercado de alta pressão e de grande competitividade, como é o de saúde, por exemplo.

Mesmo o Manual de Acreditação ONA tendo mencionado, explicitamente, nos requisitos que a instituição é avaliada se possui um “modelo inovador de gestão”, percebeu-se que este foi um padrão pouco valorizado por um dos casos auditados (Caso 3), comprovando-se por meio das entrevistas que há uma lacuna de entendimento sobre o que poderia ser solicitado.

Desta forma, as unidades, de forma individual, e o Ecossistema de Saúde, de forma geral, perdem a oportunidade de aproveitar esses programas de acreditação (que segundo o representante da alta liderança da empresa são desejados para os serviços), como mais uma alternativa para trazer inovação e novas formas de pensar e de agir para tornar o serviço prestado ainda melhor.

Por terem um entendimento, principalmente em nível operacional, de que a inovação está relacionada com os grandes movimentos da companhia, deixa-se de considerar alternativas advindas dos manuais de acreditação, que podem não só agregar segurança aos processos de atendimento, como deixá-los mais simplificados e acessíveis a todos.

O relato de um não gestor evidenciou como, muitas vezes, as creditações são interpretadas como burocráticas, porque não são compreendidas em sua amplitude conceitual. Ele afirmou: “Na hora que eu tenho que registrar, eu acho que é quando surge a maior criatividade, né? Porque eu preciso registrar aquilo da melhor maneira, e aí a gente vai criando coisas novas e maneiras diferentes, aí você vai inovando” (Não gestor 1 – Caso 6).

Considerando que o Ecossistema de Saúde estudado tem como valor organizacional o estímulo à inovação, democratizar esse conhecimento entre todos os níveis hierárquicos pode representar ainda mais celeridade.

### 7.1.1 Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento A

Este estudo propôs que o primeiro passo é criar meios para disseminar, entre os colaboradores de todos os níveis hierárquicos, os diferentes conceitos e os conhecimentos sobre inovação, para que assim sejam entendidas, por exemplo, as diferentes tipologias.

Isso poderia ser feito, por exemplo, por meio de áreas como uma universidade corporativa, como a que a empresa analisada já possui e pela qual dissemina conteúdos de treinamentos em formato virtual para todas as equipes, capilarizando ainda mais as informações, ou por meio das áreas de treinamento e de educação continuada em empresas de saúde que não tenham uma estrutura semelhante.

Para tornar os conteúdos de inovação inteligíveis aos colaboradores, agregando oportunidades de entendimento de como estes podem ser aplicados na prática, os requisitos dos manuais de acreditação podem ser usados como exemplos de origens de novas ideias e de estímulo à inovação. Assim, para quem trabalha de forma prática com a implantação/manutenção destes programas nas unidades, ficaria mais conectada a relação entre inovação e acreditação.

Por mais que as equipes envolvidas diretamente nos processos fiquem viesadas na proposição de melhorias e no entendimento de como essas práticas cotidianas poderiam ser diferentes, percebeu-se que melhorias incrementais ainda não são consideradas inovação no Ecosistema de Saúde estudado. Assim sendo, entendeu-se que, com a ação proposta, esta visão também pode mudar não só nesta empresa, como nas organizações de saúde em geral.

Ter maior envolvimento do time corporativo para pensar inovação nas atividades assistenciais e operacionais pode, inclusive, ampliar a visão dessas equipes a respeito de possíveis mudanças e melhorias. Considerando-se que, conforme foi mencionado pelos entrevistados das diferentes unidades, a equipe da Gestão da Qualidade distribuiu os capítulos e os padrões dos manuais de acreditação para diferentes equipes da organização, para que elas administrem as iniciativas que trazem conformidade, as equipes de inovação também poderiam ser escaladas para tal atribuição.

Além disso, ter membros dos times de inovação participando das auditorias externas e internas também poderia ser uma forma de conexão. Vale ressaltar que a análise do conteúdo dos manuais trazida por esta pesquisa, pode ser um direcionador para os times de inovação entenderem como a acreditação pode ser um estímulo para mudanças representativas.

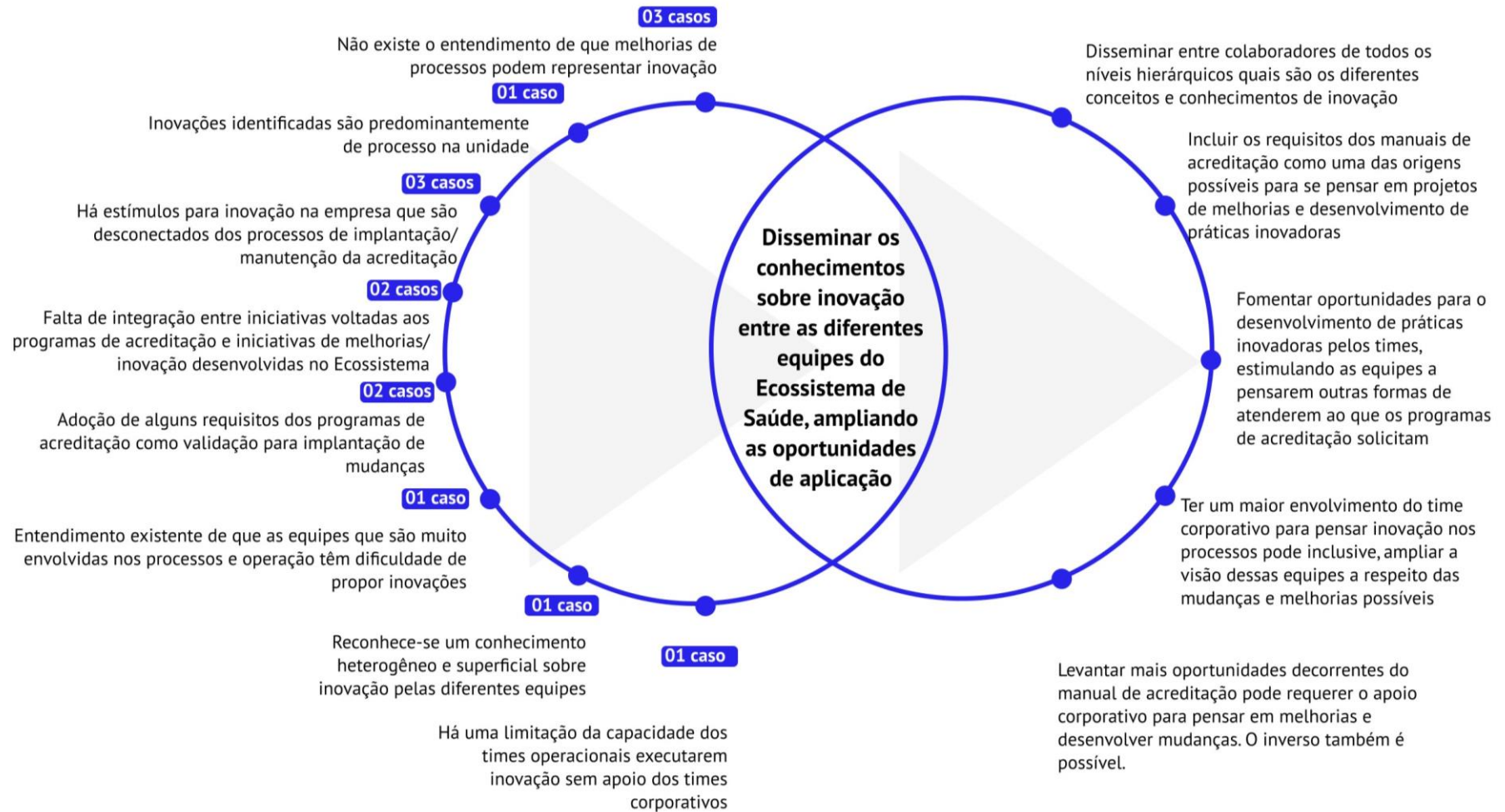
Nas auditorias internas relacionadas aos processos de acreditação, poderiam ser combinados aspectos de inovação e de acreditação de forma autônoma pelas organizações,

aproveitando esses ensejos de avaliação para levantar melhorias para os clientes atendidos, com base não somente nos manuais utilizados, mas também em tendências do mercado, tendo como referência as instituições de saúde que se destacam entre os concorrentes.

Conforme apresentado na fundamentação teórica, Oke (2007) entende que o passo mais complexo na formulação de uma estratégia de inovação é tangibilizar o que isso significa para a empresa, para que, entendendo os fatores que impulsionam as necessidades de inovação, a organização possa desenvolver as áreas que focaram nisso. Neste sentido, além das ações mencionadas anteriormente, ter programas de acreditação como validação para implantar práticas de inovação dentro das unidades pode representar mais um canal para que este intercâmbio de conhecimentos entre qualidade, assistência e inovação seja cada vez mais estimulado.

O diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações (Figura 15) demonstra como os achados desta pesquisa podem se desdobrar em recomendações propostas.

Figura 15: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento A



Fonte: Elaborada pela autora.

## 7.2 AGRUPAMENTO B: AMPLIAR A UTILIZAÇÃO DO CONTEÚDO DOS MANUAIS PARA AUMENTAR IMPACTOS ORGANIZACIONAIS E O ESTÍMULO À INOVAÇÃO

Os dados discutidos nesta seção reuniram os achados relacionados, principalmente, à ambiguidade entre a interpretação dos serviços sobre a acreditação estimular a inovação nas organizações de saúde e o cumprimento estrito dos requisitos dos manuais de acreditação pelos serviços de saúde.

Tal ambiguidade é corroborada tanto pela ausência de processos básicos em algumas unidades para garantir conformidade aos programas de acreditação que precisam ser elaborados antes de serem pensadas iniciativas mais robustas, quanto pela resistência em propor ações mais transformadoras, a partir da interpretação literal dos requisitos dos manuais e dos relatórios das auditorias internas e externas.

Apesar de 3 dos 6 casos estudados entenderem, em seus diferentes níveis de análise, que os programas de acreditação representam um estímulo à geração de inovação, foi observado que os planos de ação gerados pelas unidades assistenciais ficaram estritos ao cumprimento objetivo dos requisitos de cada manual. Da mesma forma, os relatórios das respectivas auditorias (internas e externas) também não aprofundaram as oportunidades que poderiam ser consideradas para cumprir com essas exigências, mantendo uma superficialidade de orientação que desemboca em ações pontuais.

Esse achado ilustra a fundamentação teórica trazida por Schierasi (2014), que afirma que, apesar dos benefícios notórios trazidos pela adoção dos programas de acreditação em saúde, é possível notar que o efeito da aplicação destes critérios tem provocado um declínio na criatividade dos profissionais e das organizações que, até então, preocupavam-se diretamente com o cumprimento dos padrões. Por isso, a autora questiona: “Por que não adotar inicialmente estratégias para melhorar a qualidade de forma participativa, de baixo para cima, para depois fazer emergir entre os profissionais de saúde a necessidade de adoção de padrões externos?” (Schiesari, 2014, p. 4232).

Diferentemente do entendimento de muitos entrevistados, a análise do conteúdo dos cinco manuais dos programas contemplados nesta pesquisa mostrou que todos possuem, em algum nível, requisitos que estimulam o desenvolvimento de inovação (entre 1,94% e 31,90%, conforme Tabela 3), principalmente, quanto às exigências relacionadas ao desenvolvimento de melhorias contínuas que, periodicamente, elevam o patamar dos resultados obtidos.

Na análise interpretativa complementar realizada pela pesquisadora, foi observado que no Manual de Acreditação ONA, por exemplo, as palavras “estabelecer”, “cumprir”, “melhoria”, “paciente” e “processo” foram as que mais se destacaram. Especificamente sobre “melhorias”, foi possível observar que as palavras que mais se relacionaram neste conjunto foram “ação”; “promover”, “gerenciar” e “resultado”, corroborando o entendimento de que é um termo empregado com o objetivo de requerer mudanças práticas e positivas nos processos executados pela organização. Esses estímulos corresponderam a 31,90% dos requisitos avaliados (Tabela 3).

No nível Diamante da Qmentum, os serviços foram cobrados sobre o quanto as melhorias realizadas tiveram relevância e utilidade. As expressões mais fortes foram “equipa” (com o sentido de equipe ou equipes); “organização”; “serviço” e “paciente”, sendo que todos os demais constructos se relacionaram, de forma mais evidente ou mais sutil, ao vocábulo “equipa”, incluindo um halo formado à parte entre “qualidade” e “melhoria”. Isto representa que se trata de desafios atrelados aos profissionais da organização, evidenciando a importância desses termos ao longo de todo o manual. Esses estímulos corresponderam a 14,54% dos requisitos avaliados (Tabela 3).

No entanto, percebeu-se na investigação em campo que os serviços que utilizaram os manuais de acreditação, na análise de conteúdo, apresentaram maior potencial para estimular a inovação a partir dos requisitos ONA e Qmentum. Estes foram os que, na prática, apresentaram poucas ações inovadoras decorrentes da acreditação, seja por estarem em fase de implantação, seja por estarem há muitos anos no processo e não se sentirem mais estimulados ou desafiados a buscarem melhorias a partir do que rege o manual.

De acordo com os entrevistados, a falta de entendimento sobre quais são as possibilidades de ação que podem ser utilizadas para cumprir com cada requisito e a necessidade de correção e ajuste de processos mais básicos para um atendimento seguro aos pacientes, leva os serviços a “arriscarem” menos ao proporem iniciativas que possam vir a atender ao que está sendo pedido pela acreditação. O relato de um dos entrevistados sintetiza essa percepção. “O que eu sinto mais é um medo das acreditadoras pegarem coisas da inovação que, muitas vezes elas não são robustas em vários aspectos, né? [...] E aí, o próprio time do hospital fica com medo de mostrar pra acreditação” (Gestor 2 – Caso 6).

Isso direciona para o entendimento de que as equipes e os gestores que trabalham com esses conteúdos desconhecem o potencial de inovação trazido pelos manuais. Por existir certa dificuldade de compreensão sobre o que está sendo solicitado e pelo fato de a implantação de

um programa de acreditação ser restrita a cada unidade assistencial, existe uma baixa exploração de todas as oportunidades que poderiam ser desenvolvidas tanto para cumprir com cada requisito, quanto para agregar práticas mais robustas aos processos. Esse achado foi corroborado por Oke (2007), que afirmou que as empresas de serviços tendem a se concentrar mais em inovações incrementais do que em inovações radicais. Isso porque criar serviços (ou produtos) radicais envolve maior risco, compromete mais recursos e exige maior esforço por parte da empresa.

Como derivação da inovação de processo, existe a inovação de gestão/organizacional (OCDE, 2018). Segundo o Manual de Oslo (2018), esta envolve a mudança de paradigmas de uma empresa com a adoção, por exemplo, de novos modelos mentais para orientar as atividades do negócio e reorganizar os espaços de trabalho (OCDE, 2018). O que este estudo propôs foi uma mudança no formato da gestão, buscando implantar um programa de acreditação ou ainda mantê-lo em vigor, uma vez que a oportunidade de estar trabalhando com programas que visam ao aprimoramento da qualidade e à segurança do atendimento ao paciente é utilizada também como forma de diferenciar a empresa de saúde no exercício de práticas inovadoras que elevam o patamar do negócio. Existe a possibilidade de que a amplitude das melhorias trazidas pela acreditação seja algo observado por mais áreas além das de Qualidade e de operação.

Neely e Hii (1998) complementaram que barreiras internas, que prejudicam o desenvolvimento de inovação, podem se relacionar com um sistema organizacional rígido, estruturas hierárquicas e de comunicação formais, conservadorismo, conformismo, falta de visão, resistência a mudanças, falta de motivação e de atitudes que evitam os riscos.

As entrevistas destacaram que existe uma desconexão entre as áreas que trabalham com os programas de acreditação e as que trabalham diretamente com inovação, interpretadas como média e baixa pelos diferentes entrevistados. Esta lacuna resulta em ruídos sobre como os esforços entre as partes poderiam ser integrados, pensando em objetivos comuns entre as unidades.

Além disso, conforme abordado no item anterior, por mais que as equipes relacionadas à qualidade e aos processos compreendam melhor os conteúdos dos manuais de acreditação, sem o apoio corporativo e técnico, dificilmente, conseguirão desenvolver iniciativas além de uma abrangência intersetorial.



### 7.2.1 Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento B

Considerando que existe interesse e iniciativa por parte das unidades estudadas para promoverem melhorias contínuas em seus serviços, assim como o Ecossistema é direcionado estrategicamente para buscar inovação, entendeu-se que uma maneira de conciliar estas duas temáticas, de forma geral nas organizações de saúde, pode ser por meio de auditorias internas e do acompanhamento dos resultados dos planos implantados.

Com estes diagnósticos situacionais em mãos, os gestores envolvidos poderiam discutir com as equipes, em reuniões e em fóruns, as oportunidades para agregar melhorias, valor e inovação, desenvolvidas a partir do que é solicitado nos requisitos dos manuais de acreditação utilizados (ou o conjunto deles).

Além disso, os resultados e eventuais “não conformidades” também identificados nas auditorias externas podem ser compartilhados com as equipes relacionadas à inovação para gerar ideias com uma visão mais sistêmica.

É importante destacar que, considerando a dificuldade que muitos times têm em relação à interpretação dos conteúdos dos manuais de acreditação, cabe às equipes mais envolvidas nesse processo (como a da Gestão da Qualidade, por exemplo), traduzir as expectativas de cada requisito para fazer com que a necessidade esteja alinhada entre os diferentes profissionais. A análise de conteúdo realizada também pode contribuir com o direcionamento de ações que tenham sido estimuladas pelos requisitos.

Percebe-se que, ao mesmo tempo que conteúdos mais amplos e pouco prescritivos são abertos a múltiplas interpretações, isso também provoca um receio de falha de cumprimento pelas equipes, acarretando ações mais literais. A insegurança sobre “o que pode” e “o que não pode” mostrar nas auditorias também é um bloqueio para pensar em iniciativas além do esperado.

Em linha com este achado, Iacuzzi, Fedele e Garlatti (2021) destacaram que quanto mais rígidos e específicos forem os padrões dos manuais de acreditação, maior será a chance de as instituições imitarem outros modelos existentes para poderem cumprir com os requisitos. Em contrapartida, quando os padrões provocam mudanças evolutivas ou são mais universais, maiores serão as chances de negociação e de os serviços de saúde pensarem alternativas mais abrangentes para se alinharem ao que é requisitado (Iacuzzi, Fedele, & Garlatti, 2021).

Ao mesmo tempo que exigências dos manuais de acreditação podem ser incorporadas ao levantamento de melhorias e às práticas inovadoras pelas unidades, promover um método homogêneo nas instituições, para medir processos e resultados, também pode ser um alicerce

importante. Com a identificação sistematizada e contínua de oportunidades, incrementos não esperados podem ser agregados ao serviço prestado (inclusive, por meio de práticas inovadoras).

Uma vez implantadas as práticas de inovação que acarretam mudanças nos serviços, faz-se necessário acompanhar a evolução dessas iniciativas para que se possa evoluir também o alcance dos resultados e a geração de impacto. Cabe ressaltar que o Manual de Oslo (2018) determina como exigência mínima para considerar uma inovação, que os produtos ou os processos avaliados sejam novos ou substancialmente melhorados para a empresa em que foram implantados (não necessariamente precisa ser uma novidade para o mundo) (OCDE, 2018).

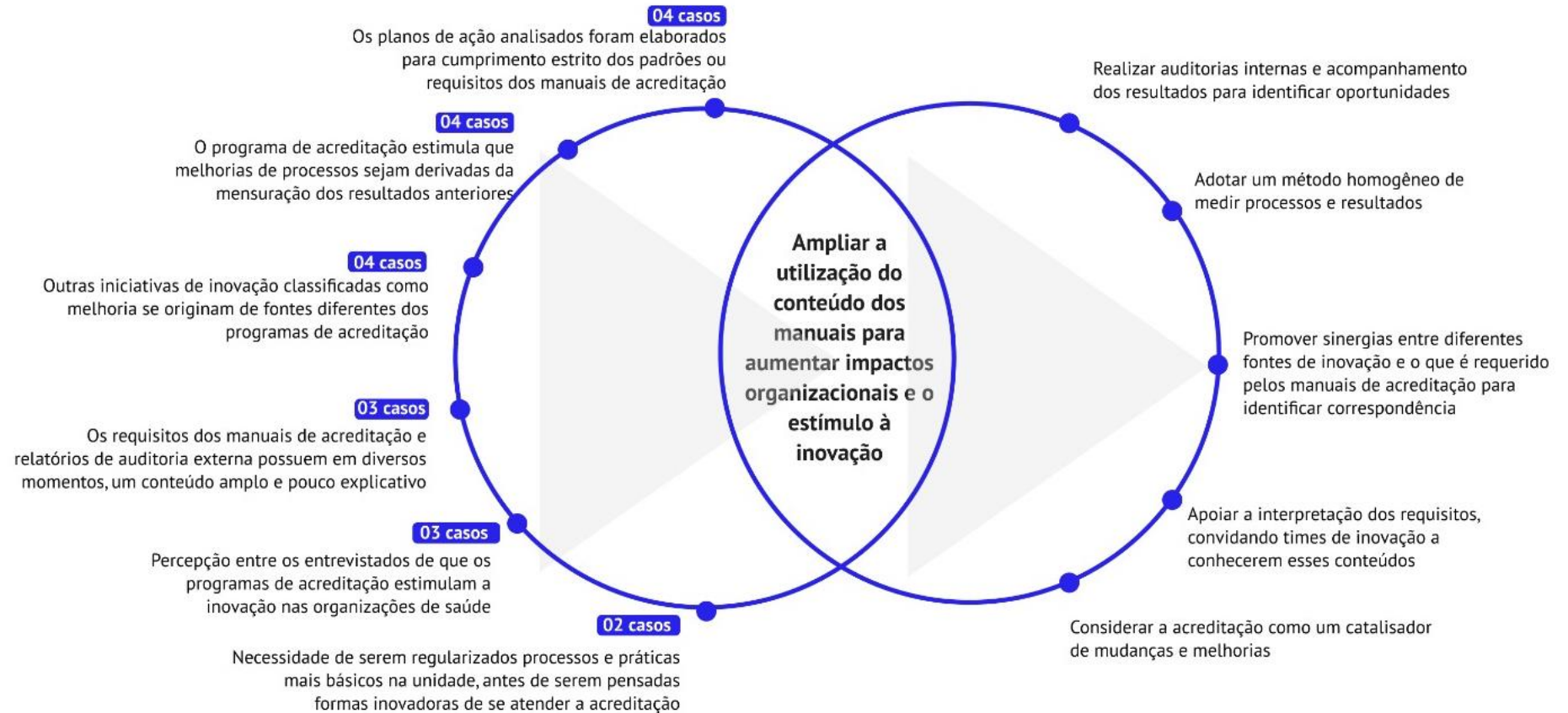
Por fim, utilizar os programas de acreditação como catalisadores de mudanças e melhorias desde a implantação, ampliando as práticas além do que é literalmente pedido pelos requisitos e focando nos objetivos maiores que envolvem cultura de segurança do paciente podem representar o fomento a oportunidades para desenvolver práticas inovadoras pelos times, estimulando as equipes a pensarem outras formas de atenderem ao que os programas de acreditação solicitam.

As áreas de qualidade e de processos e os times de inovação podem caminhar juntos nessa mudança do paradigma organizacional e estabelecer, em conjunto, os formatos de trabalho que conciliarão estas disciplinas, de forma a agregar ganhos às mudanças desejadas, acarretando, inclusive, uma inovação do modelo de gestão destas empresas.

Vale ressaltar que a análise do conteúdo dos manuais trazidos por esta pesquisa pode ser um direcionador para os times entenderem como a acreditação pode estimular mudanças representativas.

O diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações (Figura 16) demonstra como os achados desta pesquisa podem se desdobrar em recomendações propostas.

Figura 16: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento B



Fonte: Elaborada pela autora.

### 7.3 AGRUPAMENTO C: TORNAR OS AUDITORES EXTERNOS E AS ACREDITADORAS ALIADOS NA GERAÇÃO DE OPORTUNIDADES PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE INOVAREM

Os dados discutidos nesta seção reúnem os achados relacionados, principalmente, à importância do papel dos auditores externos na compreensão dos processos de acreditação. Esses aspectos, inclusive, apareceram em 4 dos 5 casos assistenciais (Casos de 1 a 5).

Segundo as entrevistas, a observação das auditorias e a documentação analisada, o fato de as equipes envolvidas terem dificuldades para absorver o conteúdo dos manuais de acreditação, desperdiçando, assim, oportunidades de inovação, é agravado pela superficialidade com que alguns auditores externos abordaram os itens de avaliação durante as auditorias.

Fatores como serem sempre as mesmas equipes a avaliarem a instituição, falta de expertise dos avaliadores sobre os setores auditados, cumprimento de uma agenda restrita e condução da auditoria por meio de uma dinâmica de *checklist* foram citados como causas pouco agregadoras à inovação, uma vez que as trocas de experiências e de *insights* trazidos pelos avaliadores têm sido cada vez menores. O relato do gestor corporativo evidencia essa percepção.

Então eles vêm com um mindset ainda muito formal, sabe? 'Não, tem que ter ata de reunião, tem que ter isso, tem que ter aquilo'. Aí se você inova ou você faz diferente, às vezes, você tem que ficar explicando pra ele (o auditor) ter um entendimento de que aquilo, aquela forma que a gente trabalha, atende o requisito (Gestor corporativo 1 da Qualidade – Caso 4).

Nas auditorias observadas, notou-se que, em decorrência da necessidade de cumprir com os planos de avaliação e do formato de verificação das conformidades, os auditores traçaram um modelo de visita às áreas e de entrevista com os colaboradores que pouco explorou o que as unidades têm feito ou têm pensado para melhorar determinados padrões, mas sim, qual formulário ou indicador comprova aderência ao requisito do manual.

Além disso, conforme discutido no subitem anterior, a partir da assimilação maior dos conteúdos dos manuais de acreditação pelas equipes e da integração entre esses processos com os times diretamente envolvidos com as áreas de inovação, entendeu-se que as auditorias internas poderiam ser potencializadoras da identificação destas oportunidades para inovar.

Uma vez que a empresa esteja alinhada em seus diferentes níveis de atuação com os conceitos de inovação e em como estes podem ser tangibilizados em diferentes oportunidades, e que os conteúdos dos manuais de acreditação estejam assimilados pelos diferentes times, ter o olhar das equipes que avaliam internamente os serviços com base nos requisitos de acreditação pode representar um farol para estas oportunidades. E não apenas isso, uma vez que

existe um processo homogêneo e sistematizado de monitorar os impactos das iniciativas implantadas, novas práticas podem ser derivadas desses resultados, ampliando a profundidade e a sustentação das melhorias.

Dado que gerenciar os movimentos externos das acreditadoras é algo que está fora de controle das organizações auditadas, garantir uma dinâmica de avaliação e de interação interna, em que os requisitos sejam compreendidos em seu espectro mais amplo e trabalhados em conjunto com os diferentes times, pode ser algo que permita desenvolver mais práticas inovadoras relacionadas aos programas de acreditação.

### 7.3.1 Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento C

A partir do estabelecimento de uma parceria entre demandas e práticas de acreditação, os próprios métodos dos programas de acreditação podem contribuir com os processos de inovação dentro do Ecossistema.

Durante os processos de avaliação (auditorias de preparação, reuniões de alinhamento com consultores do processo de acreditação e as próprias auditorias finais), os times internos podem requerer dos auditores externos e das empresas acreditadoras maiores explicações sobre as possibilidades de se cumprir com um requisito, contribuindo, assim, para originar ideias que promovam inovação, reduzindo as incertezas quanto a essa aderência ao que está sendo solicitado.

Mesmo sabendo que a auditoria tem uma agenda a ser cumprida e um foco importante ao avaliar a adesão do serviço aos requisitos de cada manual, entendeu-se que ter mais momentos de troca de boas práticas e de conhecimentos, entre auditor e auditado, pode ampliar a visão deste último em relação à acreditação para além do conteúdo literal do manual, reconhecendo o programa como origem para iniciativas que agreguem valor à organização.

Por isso, é importante que as unidades assistenciais preconizem que as avaliações e o recebimento de auditores sejam mais alinhados com a temática do escopo do serviço avaliado. Deste modo, é possível criar sinergia entre acreditação e inovação, uma vez que provocações e estímulos pertinentes são trazidos por profissionais que circulam entre as diferentes organizações de saúde.

Até mesmo para programas de acreditação como o Padi e o PALC que, segundo a análise de conteúdo desta pesquisa, possuem requisitos com um menor potencial de inovação (1,94% e 2,09% de frequência, respectivamente – Tabela 3), pois se tratam de programas mais voltados à qualidade técnica de serviços de medicina diagnóstica, ter auditores mais aderentes à realidade

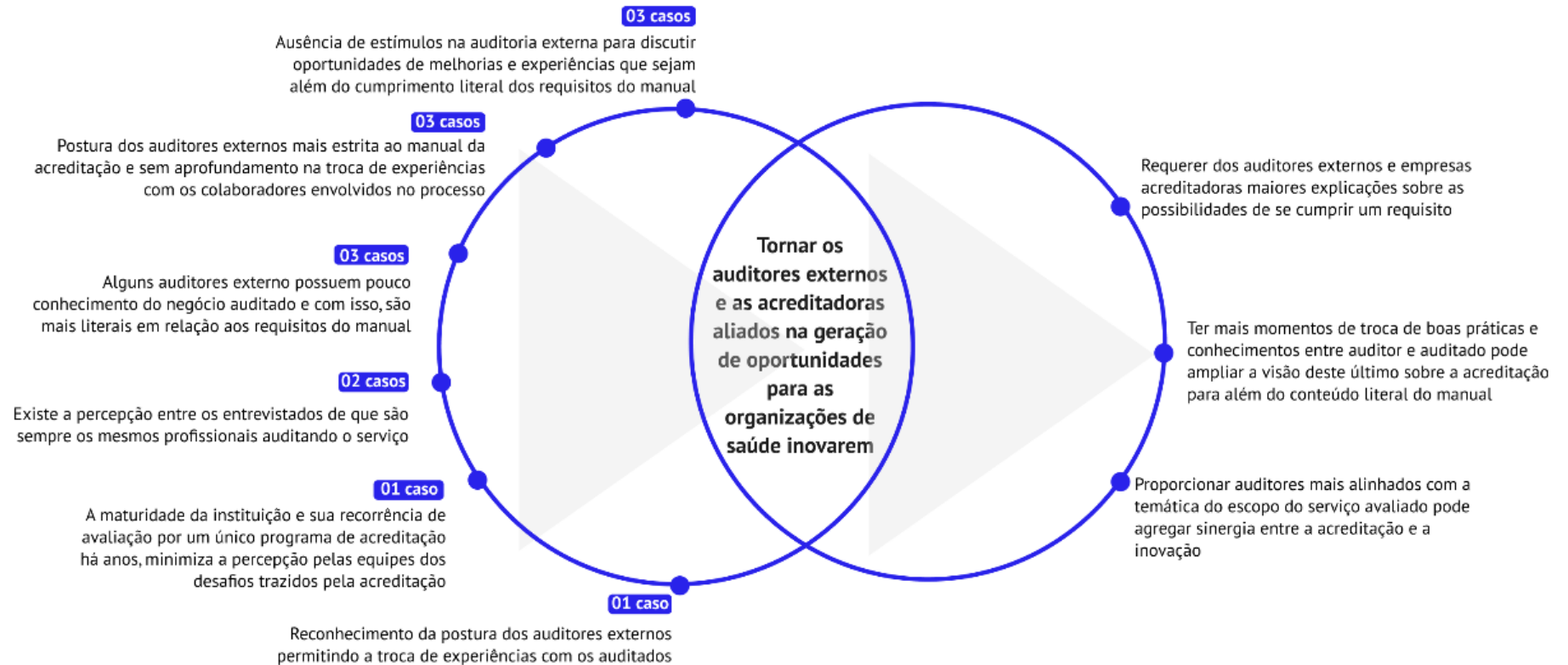
de grandes serviços pode auxiliar no estímulo à inovação, não só pelas exigências da acreditação, mas pela troca de vivências e de tendências do próprio mercado, dado que estes profissionais transitam entre instituições e conhecem diferentes realidades.

Entre os diferentes serviços acreditados pelo mesmo programa, é comum a troca de experiências e de boas práticas. Ter um olhar mais crítico para todas as oportunidades de iniciativas que levam uma organização a ser acreditada pode contribuir, inclusive, com a melhoria de mais serviços de saúde e do que é oferecido para os pacientes atendidos.

Além disso, compartilhar com as empresas acreditadoras os achados desta pesquisa (principalmente, no que tange ao perfil de requisitos que podem estimular inovação em cada manual), convidando-as a agregarem estas discussões à formação dos auditores externos, é uma oportunidade para fomentar esses incentivos a partir do olhar de quem está externo aos serviços de saúde. Desfrutar do conhecimento desses profissionais sobre todas as exigências de cada acreditação é uma importante oportunidade para conectar as disciplinas de qualidade e de inovação.

O diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações (Figura 17) reflete como os achados desta pesquisa podem se desdobrar em recomendações propostas.

Figura 17: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento C



Fonte: Elaborada pela autora.

#### 7.4 AGRUPAMENTO D: DESENVOLVER A INTEGRAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA QUALIDADE E A GESTÃO DA INOVAÇÃO

Os dados discutidos nesta seção reúnem achados relacionados aos métodos de gestão dos resultados tanto de qualidade, quanto de inovação nas unidades pesquisadas.

Os dados apontam que, em muitas unidades, incluindo as áreas relacionadas diretamente à inovação, não estão totalmente sistematizados o método de gestão de projetos e a mensuração dos resultados e dos impactos trazidos pelas ações implantadas, o que pode ser um limitador para identificar novas oportunidades de incrementos e de transformação.

A partir das entrevistas com as equipes de qualidade, de processos, de operação, de inovação e da avaliação da documentação referentes a cada uma delas, entendeu-se que os formatos de trabalho são bastante distintos dos métodos de documentação dos processos e dos projetos realizados. Enquanto as áreas relacionadas diretamente aos programas de acreditação têm formatos mais estruturados de execução de cada tarefa, existe superficialidade no conteúdo trabalhado em cada atividade. Os times de inovação, apesar de serem heterogêneos, aplicam algumas metodologias mais aprofundadas e com detalhes que permitem compreender melhor o que tem sido feito.

Como se reconhece que um dos ganhos trazidos pelas creditações às organizações de saúde é a implantação de processos de gestão mais padronizados, entendeu-se que essas boas práticas de gestão também podem se estender ao exercício de práticas de inovação no Ecosistema.

Percebeu-se que as equipes que trabalham com Qualidade e com Processos estão habituadas a utilizar ferramentas e métodos para acompanhar suas entregas de serviços e que as equipes de inovação, apesar de não adotarem um método estruturado para isso, também precisam compreender o impacto da mudança e seu potencial de escalabilidade.

Segundo a fundamentação teórica desta pesquisa, Kahn (2018) ressaltou que a inovação deve ser compreendida como resultado, processo e mentalidade. O autor explicou que a inovação como resultado enfatiza o que será gerado e, portanto, está relacionada com as tipologias da inovação, por exemplo, inovação de produtos/serviços, processos, marketing, modelo de negócio, cadeia de suprimentos e organizacional. A inovação como processo representa como esse conceito é entendido e aplicado na organização para que os resultados desejados possam ser atendidos (Kahn, 2018). A pesquisa permitiu evidenciar que ocorre o processo de inovar, mas ainda não de forma sistematizada em todo o Ecosistema.



Alinhados com essas ideias, Christensen e Overdorf (2000) apresentaram o conceito de inovações de sustentação, como sendo aquelas que fazem um produto ou serviço ter melhor desempenho de modo que os clientes do mercado principal a valorizem. Elas também podem ser radicais ou incrementais, mas o propósito competitivo comum é manter a trajetória de melhoria do desempenho no mercado estabelecido (Christensen, Grossman, & Hwang, 2009). Ter mecanismos para manter esse ciclo de ação, com o monitoramento de resultados e de impactos, é fundamental para emergir novas ideias entre as diferentes unidades.

Por isso, entendeu-se, de forma prática, que assim como as equipes relacionadas à inovação podem representar um suporte às equipes operacionais para pensarem em iniciativas que atendam aos requisitos de acreditação, os programas de acreditação também podem contribuir com as práticas inovadoras, agregando método e padrão ao processo de inovar do Ecosistema de Saúde junto às suas unidades.

Como a alta liderança de todos os casos avaliados vislumbra oportunidades de conciliação entre os programas de acreditação e a inovação pelos serviços de saúde, o processo de inovação, mesmo no ambiente de saúde, requer diversos cuidados com a segurança dos pacientes e deve ser estimulado. Acredita-se que esta contribuição mútua entre ambas as temáticas possa trazer ganhos em níveis de padronização, segurança e diferenciação para o respectivo Ecosistema de Saúde.

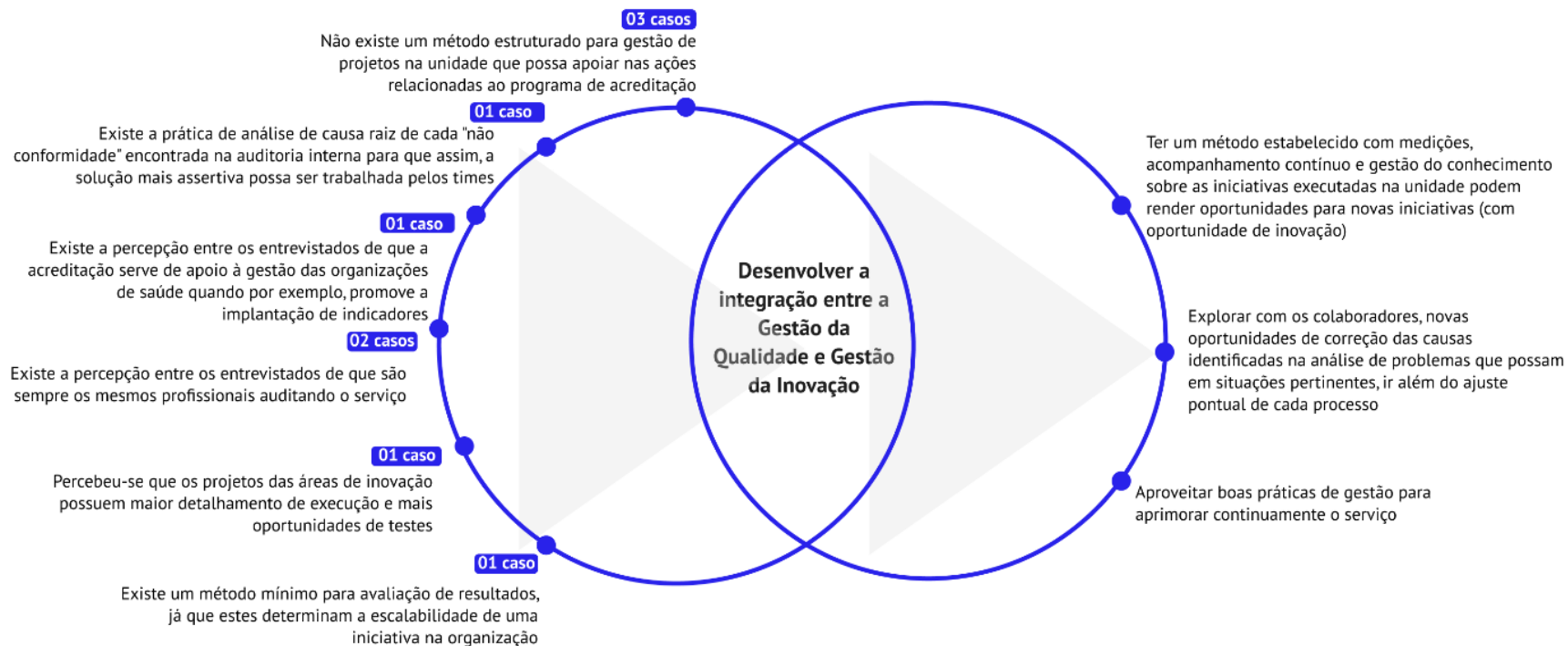
#### 7.4.1 Detalhamento da Recomendação Gerencial Proposta – Agrupamento D

Considerando que há oportunidades para agregar mais método às práticas inovadoras nas organizações de saúde, procedentes das exigências das acreditações, seria interessante que estas avaliassem as oportunidades de conduzir iniciativas em conjunto com os times de Qualidade e de Inovação.

Ainda que estas equipes não estejam hierarquicamente subordinadas à mesma diretoria, ter projetos matriciais que garantam a atuação sinérgica entre elas pode representar ganhos de amplitude e impactos nas mudanças e em sua forma de mensuração.

O diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações (Figura 18) reflete como os achados desta pesquisa podem se desdobrar em recomendações propostas.

Figura 18: Diagrama de relacionamento entre resultados e recomendações – Agrupamento D



Fonte: Elaborada pela autora.

## 7.5 EVIDÊNCIAS NÃO AGRUPADAS

Os achados classificados como “evidências não agrupadas”, embora não tenham sido tratados neste estudo em virtude de sua aparição pontual e pouco relacionada com os demais agrupamentos, podem ser indiretamente impactados pelas ações descritas anteriormente. Tal impacto pode ser observado ao longo das implantações práticas das recomendações propostas.

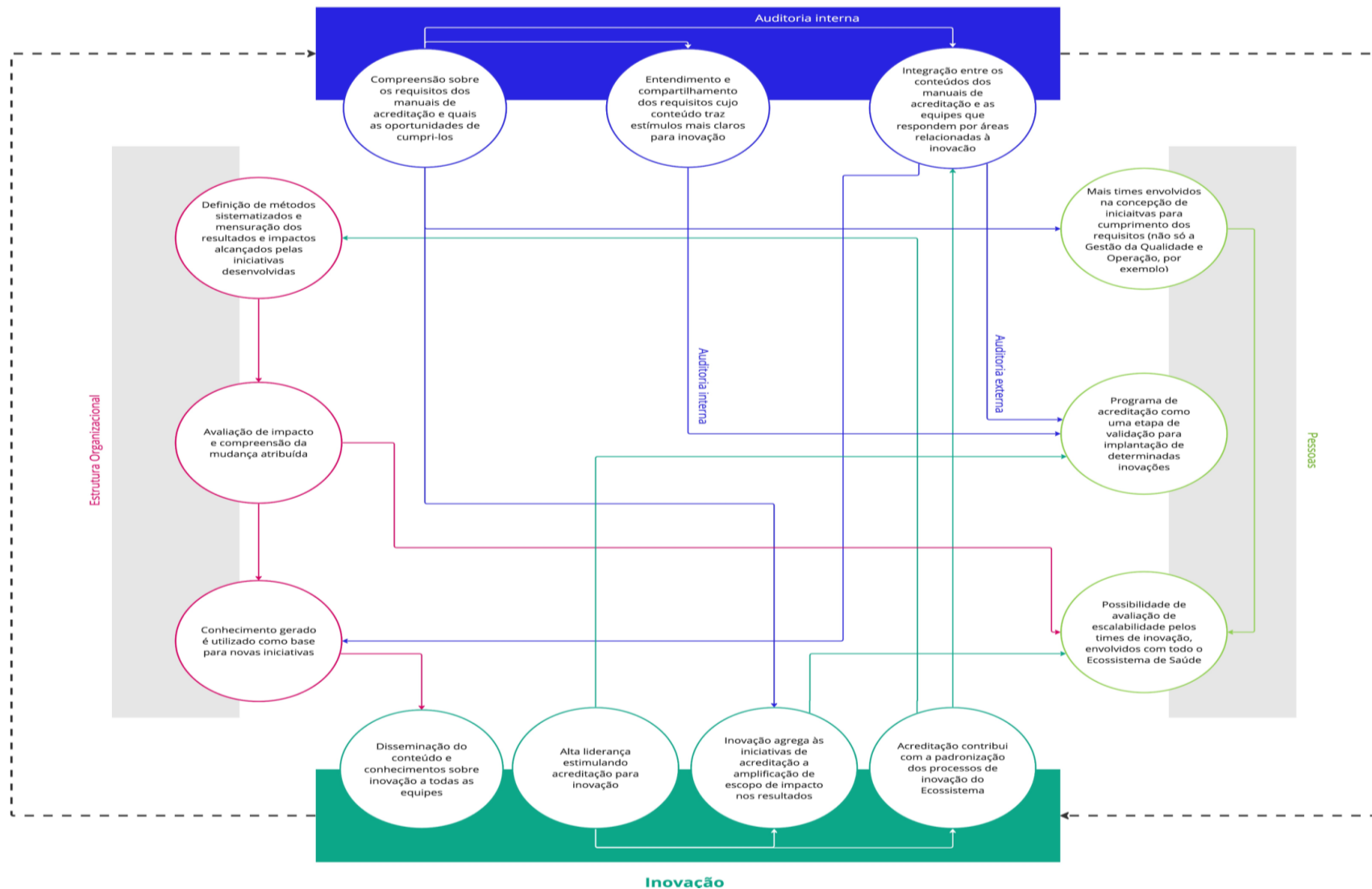
## 7.6 GERAÇÃO DA PROPOSTA DE INTERAÇÃO ENTRE ACREDITAÇÃO E INOVAÇÃO (IAI)

Consolidando as recomendações trazidas por este estudo, a Figura 19 apresenta a proposta de interação entre acreditação e inovação, demonstrando, inclusive, como pode ocorrer a conexão entre as iniciativas voltadas à implantação/manutenção de um programa de acreditação e as iniciativas de inovação dentro das organizações de saúde.

Na horizontal, foram estabelecidos dois polos principais, que se relacionam com as recomendações referentes à Acreditação e à Inovação. As recomendações trazidas em cada um desses polos, discutidas nos resultados deste estudo, conectam-se tanto ao polo vertical direito de “Pessoas” (verde - que se refere ao envolvimento dos times de diferentes áreas na execução coordenada destas duas temáticas nos projetos das empresas e em como estas equipes darão escalabilidade às iniciativas desenvolvidas pelo arranjo acreditação e inovação), quanto ao polo vertical esquerdo de “Estrutura organizacional” (azul - que representa como a organização, alicerçada por sua cultura e valores, dará suporte a estas novas práticas recomendadas).

A Figura 19 sintetiza essas conexões. O objetivo foi direcionar os esforços das instituições de saúde para aproveitar os requisitos e os conteúdos provenientes das creditações em direção à melhoria contínua e à inovação.

Figura 19: Modelo IAI  
Acreditação



Fonte: Elaborada pela autora.

## 8. CONCLUSÃO

A empresa selecionada para esta pesquisa possuía, em 2021, mais de mil unidades de atendimento e quase 9 milhões de pacientes assistidos, sendo representativa do mercado de saúde no Brasil, segundo dados divulgados no próprio *site* da empresa. Ela participa da definição de comportamentos no mercado, influenciando concorrentes e práticas do segmento. Assim sendo, o objetivo da presente pesquisa foi investigar **“Como os programas de acreditação, por meio de seus manuais de avaliação de qualidade podem contribuir com as práticas inovadoras nas organizações de saúde?”**, buscando compreender como a aplicação das ações relacionadas ao cumprimento dos padrões e dos requisitos de acreditação impactam a inovação de processos e de serviços de um Ecosystema de Saúde composto, principalmente, por unidades hospitalares, unidades de medicina diagnóstica e cuidados integrados.

A análise do conteúdo dos 5 (cinco) manuais dos programas de acreditação mais utilizados no Brasil, realizada como o apoio do *software* IRaMuTeq, e o estudo de casos múltiplos de cinco unidades de um dos maiores Ecosystema de Saúde do país (Casos de 1 a 5) e das áreas de gerenciamento da inovação do Ecosystema (Caso 6), buscaram responder à principal pergunta deste estudo: **“Qual a influência dos programas de acreditação no desenvolvimento de práticas inovadoras pelas organizações de saúde?”**

No caso das unidades pesquisadas, constatou-se baixa relação entre os planos de ação e as iniciativas geradas para cumprir com os requisitos dos manuais de acreditação e as práticas inovadoras desenvolvidas nas unidades e no Ecosystema.

Apesar de a análise de conteúdo ter evidenciado que estímulos à inovação podem ser identificados em até 31,90% dos requisitos de um manual de acreditação (no caso da ONA) (Tabela 3), considerando a frequência com que os vocábulos relacionados à inovação foram encontrados no texto dos manuais, isso não foi suficiente para constatar a aplicação dessas possibilidades na prática.

Foi observado que o uso e a interpretação destes manuais ainda ficam majoritariamente sob responsabilidade das equipes de Gestão da Qualidade e que estas desdobram esses conteúdos para as demais unidades operacionais e assistenciais conforme possibilidade de cada contexto. Isso implica tanto na dificuldade de compreender o que determinados requisitos estão demandando aos serviços, quanto em considerar iniciativas mais robustas para aderir ao que é solicitado, considerando-se que os conhecimentos de diferentes times sobre inovação também são heterogêneos e superficiais. A ausência de um método estruturado para gerir estes projetos

também prejudica a documentação dos impactos gerados e a avaliação visando reconhecer oportunidades de melhorias futuras. Os programas de acreditação também avaliam estruturas e processos de apoio para a cadeia assistencial, portanto, estes poderiam ser uma oportunidade para que os serviços de saúde arriscassem novas abordagens.

Evidenciou-se, inclusive, que as iniciativas relacionadas aos programas de acreditação focam na realidade da instituição que está implantando ou realizando a manutenção do programa e que, nesses casos, a integração dessas equipes com os times corporativos não se traduzia em apoio.

Paralelamente, pode-se constatar que os colaboradores e os gestores relacionados aos processos de inovação dentro da organização não se sentiam envolvidos e pouco contribuía com a implantação de práticas inovadoras desenvolvidas por outros times, evidenciando que a acreditação para as demais áreas não é relevante para regular a implantação de novos projetos, ainda que estes possam vir a ferir um requisito anteriormente em conformidade.

A pesquisa mostrou que, quando se trata da relação entre programas de acreditação e práticas inovadoras em uma organização de saúde, esta parece gerar uma espécie de oposição gerencial entre esses dois fenômenos.

Ao passo que alguns profissionais interpretam a implantação e a manutenção de uma acreditação como um processo burocrático, custoso e de sustentação complexa pelas empresas, o propósito desses programas deve ser sintonizado com a proposta de valor principal de um serviço de atendimento à saúde, que é entregar uma assistência e um cuidado seguro, resolutivo e eficiente.

Quando observadas as iniciativas de inovação voltadas ao segmento de saúde, identificadas na coleta de dados deste estudo, observou-se que, não coincidentemente, estas trazem inteligência, tecnologia e transformação que caminham de forma convergente com a entrega de uma melhor assistência, muitas vezes agregando agilidade aos processos de atendimento e/ou facilitação no acesso a um determinado tipo de cuidado.

Com isso, estabelece-se um conflito entre qualidade/acreditação e inovação, visto que as temáticas não se conectam umas com as outras e, por isso, não são aproveitadas as possibilidades de troca. Percebeu-se que a acreditação é aplicada para padronizar e parametrizar processos, enquanto a inovação é considerada como algo que vai gerar muita mudança e, assim, pode comprometer a estabilidade adquirida pelos setores.

Em virtude de a auditoria ser um momento de avaliação, no qual os serviços e os profissionais são submetidos a uma prova e devem evidenciar, em poucas horas ou dias, o quanto estão aderentes ao que é requerido por um determinado manual, existe a preocupação

inerente de não querer arriscar. Por entender que determinadas iniciativas podem não ser consideradas conformes aos requisitos implantados, opta-se por cumprir estritamente com os requisitos, muitas vezes sem nem mesmo entender o que estava sendo solicitado.

Percebeu-se que, enquanto as poucas inovações trazidas pelos programas de acreditação às organizações de saúde refletem, majoritariamente, em mudanças e incrementos em processos, as inovações realizadas por áreas que trabalham diretamente com isso aplicam-se mais a serviços e a produtos. Essas inovações podem, inclusive, estar relacionadas ao cumprimento de programas de acreditação, mas não de maneira intencional.

Enquanto para os times locais de qualidade e de processos falta um método homogêneo para gerenciar os planos de ação de forma sistematizada, para os times de inovação percebeu-se que as diferentes etapas dos processos de inovação estão presentes no desenvolvimento das iniciativas, apesar de entenderem que a medição dos impactos ainda pode ser aperfeiçoada.

Apesar de, durante muitos anos (e talvez até o momento presente), os programas de acreditação serem interpretados como burocráticos e pouco flexíveis, observou-se que estes ainda são reconhecidos pelas organizações de saúde como uma forma de diferenciação de mercado. Além disso, as acreditadoras são reconhecidas por deterem as principais boas práticas assistenciais e por serem um canal que permite que os serviços de saúde alcancem níveis mais elevados de qualidade e de segurança no que se refere à assistência.

Considerando que os colaboradores e os gestores de unidades mais assistenciais e operacionais ainda têm pouco contato e prática com o conteúdo de inovação, estabelece-se uma lacuna de aproveitamento das temáticas de inovação e de qualidade de forma integrada. Esse hiato foi corroborado pela atuação dos auditores externos de forma mais fiscalizatória do que estimulante, o que pode ser repensado pelas próprias acreditadoras.

Ao mesmo tempo que os profissionais são cobrados pela implantação ou pela manutenção de um programa de acreditação, parece que eles se dividem entre os muitos requisitos e etapas burocráticas trazidas pela acreditação, enquanto o mundo externo também lhes cobra que pensem mais em inovação, deixando o esforço organizacional pulverizado e com pouca força para alcançar ambos os objetivos.

Assim sendo, esta pesquisa mostrou que, em algum grau, há potencial de inovação trazido pelos requisitos de todos os manuais avaliados, mas existe uma dificuldade contínua para interpretar o que os manuais de acreditação recomendam, como mencionado pelos entrevistados. Além disso, a falta de entendimento sobre o que pode ser considerado inovação e como inovar pode ser uma prática relacionada aos diferentes níveis hierárquicos requer

atenção por parte dos gestores do Ecossistema estudado e abre uma lacuna entre ambos os fenômenos, levando-os a caminhar, na maior parte do tempo, apartados nas organizações de saúde.

A alta liderança dessas organizações apoia ambos os movimentos, no entanto, parte do seu papel deveria ser promover essas conexões a partir da proposição de novos modelos de trabalho, que alinhem implantar ou manter uma acreditação, vislumbrando as inovações decorrentes.

Sabe-se que processos assistenciais ligados diretamente aos pacientes possuem pouca abertura para “novas formas de fazer”, assim como o rigor e o cuidado de implantação de testes, em um cenário assistencial, requerem movimentos mais controlados e que não impactem a segurança clínica e assistencial do público atendido. No entanto, existe uma estrutura de gestão e de suporte a essa assistência que, atualmente, lida com informações fragmentadas, sistemas de informação diversos e profissionais de outras formações desenvolvendo soluções para a área da saúde. Esses aspectos poderiam ser aprimorados e repensados por meio de práticas inovadoras para que a assistência pudesse ser fluida e com baixa fricção em seus processos.

Apesar de os profissionais de saúde serem treinados para ter uma visão mais disciplinada do cumprimento dos processos e dos protocolos, também são eles que, muitas vezes, “improvisam” melhorias para entregar um melhor cuidado. Assim sendo, tornar o profissional de saúde também um agente de mudança com o olhar da inovação, permitindo que melhorias, incrementos e até quebras de paradigmas possam ir além dos desenvolvimentos tecnológicos, pode agregar ainda mais qualidade para o cenário de saúde no Brasil, tornando-o mais seguro e sustentável. Como os programas de acreditação são prestigiados neste segmento, é fundamental contar com a contribuição deles nesse movimento, inclusive, agregando maiores estímulos à inovação em seus conteúdos de avaliação.



## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim sendo, acredita-se que o presente estudo tenha feito uma análise importante sobre os direcionadores para o desenvolvimento da inovação, tanto nas unidades investigadas quanto na visão de Ecossistema.

Em relação ao potencial benefício trazido à sociedade por esta pesquisa, entende-se que a extensão da discussão dos achados desse ecossistema específico pode contribuir para uma discussão mais ampla do ecossistema de saúde no país. Esta pode apontar para uma governança do sistema de acreditação público e privado, que ganharia com base na dimensão combinada entre as temáticas de acreditação e de inovação, ao estimularem melhorias para a qualidade assistencial e operacional, permitindo ganho de valor para os clientes atendidos, dentre eles, a tão almejada combinação de qualidade e custos.

Entende-se que todas as perguntas de pesquisa elencadas no início deste estudo foram respondidas, assim como foram atingidos todos os objetivos propostos, contribuindo, portanto, com a atual discussão sobre como os custos da saúde poderiam se beneficiar com o esforço de acreditação-inovação, na medida em que inovações para reduzi-los, sem afetar a qualidade do serviço, podem ser incentivadas e mais bem trabalhadas, avançando para resultados na eficiência e na sustentabilidade do setor da saúde.

O presente estudo procurou contribuir para balizar decisões e iniciativas relacionadas às temáticas propostas e suas possíveis relações em uma empresa privada reconhecida por investir, constantemente, em qualidade em saúde e em inovação tecnológica e de serviços. No entanto, por se tratar de um estudo de casos múltiplos, de seis unidades de uma única empresa, os achados limitaram-se a uma realidade específica, não podendo ser generalizados, embora representem parte do que acontece no mercado, mas podendo direcionar outros estudos similares em outros contextos do segmento de saúde no Brasil, sobretudo com relação à acreditação e à inovação.

Enfim, entende-se que esta pesquisa além de colaborar com discussões do segmento sobre as contribuições que os programas de acreditação podem ter para o desenvolvimento de iniciativas inovadoras em organizações de saúde, pode também auxiliar outros estudos acadêmicos que sigam a mesma temática.

Para concluir, cabe mencionar que esta dissertação será entregue ao Comitê de Ética, que autorizou o desenvolvimento desta pesquisa no Ecossistema de Saúde. A proposta de orientação e as recomendações desenvolvidas serão encaminhadas à empresa estudo de caso,

com o objetivo de incentivar o seu uso após a apresenta-los formalmente a toda a alta liderança, momento em que poderão, inclusive, ser levantados e discutidos todos os pontos aqui analisados.

## REFERÊNCIAS

- Alves, V. L. de S. (2019). *Gestão da Qualidade: ferramentas que contribuem para o gerenciamento da qualidade e de riscos nos serviços de enfermagem*. 3 ed. São Paulo: Martinari.
- Baba, Y. (2012). Adopting a specific innovation type versus composition of different innovation types: Case study of a Ghanaian bank. *International Journal of Bank Marketing*, 30(3), 218–240. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/02652321211222568>.
- Barbosa, P. R., & Gadelha, C. A. G. (2012). O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. *Revista Saúde Pública*, 68–75.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.
- Berssaneti, F. T., Saut, A. M., Barakat, M. F., & Calarge, F. A. (2016). Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? *Revista da Escola de Enfermagem*, 50(4), 648–655. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500016>.
- Bessant, J., & Tidd, J. (2019). *Inovação e Empreendedorismo*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo Da Saúde*, 2011(3), 319–331. Recuperado de <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20113319331>.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *Inovação na Gestão da Saúde*. Porto Alegre: Bookman.
- Christensen, C. M., & Overdorf, M. (2000). Meeting the Challenge of Disruptive Change. *Harvard Business Review*, n.p. Recuperado de <https://hbr.org/2000/03/meeting-the-challenge-of-disruptive-change>.
- Costa, L. S. (2016). Inovação nos serviços de saúde: Apontamentos sobre os limites do conhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 32. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151915>.
- Creswell, J. (2007). Revisão da literatura. In: Creswell, J. *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Tradução por Luciana Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 43-64.
- Damanpour, F., Walker, R. M., & Avellaneda, C. N. (2009). Combinative effects of innovation types and organizational Performance: a longitudinal study of service organizations. *Journal of Management Studies*, 46(4), 650–675. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2008.00814.x>.
- D’Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84–92. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Figueiredo, M. L. de, & D’Innocenzo, M. (2011). Dificuldades encontradas pelos gestores de instituição de saúde na utilização da metodologia gestão por processos. *Revista de Administração em Saúde*, 13(50), 45-52. São Paulo.

Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2009). Developing the evidence base for accreditation of healthcare organizations: a call for transparency and innovation. *Quality and Safety in Health Care*, 18(3), 162–163. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032359>.

Guarcello, C., & Vargas, E. R. de. (2020). Service Innovation in Healthcare: A Systematic Literature Review. *Latin American Business Review*, 21(4), 353–369. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10978526.2020.1802286>.

Guindalini, C., & Oliveira, M. M. de. (2017). Qualidade por concepção: uma nova abordagem para acelerar o desenvolvimento tecnológico e inovação na área da saúde. *Revista Visa Em Debate*, 5(1), 3–10. Recuperado de <https://doi.org/10.22239/2317-269x.000875>.

Gunday, G., Ulusoy, G., Kilic, K., & Alpkan, L. (2011). Effects of innovation types on firm performance. *International Journal of Production Economics*, 133(2), 662–676. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2011.05.014>.

Hamel, G. (2006). The Why, What, and How of Management Innovation. *Harvard Business Review*, n.p. Recuperado de <https://hbr.org/2006/02/the-why-what-and-how-of-management-innovation>.

Hisrich, M. P. P., Peters, M. P., & Shepherd, D. A. (2014). Ética: Criação e manutenção da confiança. *Empreendedorismo*. 9. ed., 88–91. Porto Alegre: AMGH.

Iacuzzi, S., Fedele, P., & Garlatti, A. (2021). Using accreditation to leverage innovation in healthcare: Evidence from an oncological centre. *International Journal of Public Administration*, 44(16), 415–423. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01900692.2020.1795671>.

JCI – Joint Commission International. (2020). Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 7. ed. Recuperado de <https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/>.

JCI – Joint Commission International. (2020). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. [S.l.]: The Joint Commission Oak Brook. Recuperado de <https://www.jcrinc.com>.

Jorge, M. J., Carvalho, F. A. de, & Medeiros, R. de O. (2013). Esforços de inovação organizacional e qualidade do serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. *Revista de Administração Pública*, 47(2), n.p. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000200003>.

Kahn, K. B. (2018). Understanding innovation. *Business Horizons*, 61(3), 453–460. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2018.01.011>.

Kim, Y. (2017). The effect of process management on different types of innovations: An analytical modeling approach. *European Journal of Operational Research*, 262(2), 771–779. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2017.03.064>.

Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation Implementation Overcoming the Challenge. *Current directions in psychological science*, 14(5), 243–246. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/20183036>.

- Lucas, J. A., Avi-Itzhak, T., Robinson, J. P., Morris, C. G., Koren, J. M., & Reinhard, S. C. (2005). *Continuous Quality Improvement as an Innovation: Which Nursing Facilities Adopt It?*, v. 45, ed. 1. Recuperado de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/>.
- Malik, A. M. (2017). Gestão da qualidade e segurança do paciente: ações e resultados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40. Recuperado de <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2668>.
- Malik, A. M. (2005). Quem é o responsável pela qualidade na saúde? *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 2, 351-364. Recuperado de <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6573/5157>.
- Manzo, B. F., Brito, M. J. M., & Corrêa, A. dos R. (2011). Acreditação Hospitalar: aspectos dificultadores na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 15, n. 2., 259-266.
- Mazzon, J. A. (2018). Using the methodological association matrix in marketing studies. *Revista Brasileira de Marketing*, 17(5), 747–770. Recuperado de <https://doi.org/10.5585/bjm.v17i5.4175>.
- Mol, M. J., & Birkinshaw, J. (2009). The sources of management innovation: When firms introduce new management practices. *Journal of Business Research*, 62(12), 1269–1280. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.01.001>.
- Neely, A., & Hii, J. (1998). *Innovation and Business Performance: A Literature Review Commissioned by GO-ER. The Judge Institute of Management Studies*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/264870158>
- Nodari, C. H., Olea, P. M., Charles, E., & Dorion, H. (2013). Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. *Revista de Administração Pública*, v. 47, n. 5, 1243-1264. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000500008>.
- OCDE. (2018). *Oslo Manual 2018*. OECD iLibrary. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>.
- Oke, A. (2007). Innovation types and innovation management practices in service companies. *International Journal of Operations and Production Management*, 27(6), 564–587. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/01443570710750268>.
- Oliveira, J. L. C., Gabriel, C. S., Fertoni, H. P., & Matsuda, L. M. (2017). Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1394.2851>.
- ONA - Organização Nacional de Acreditação. (2022). *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*.
- ONA - Organização Nacional de Acreditação. *Mapa de Acreditações*. Recuperado de <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>.
- Oyadomari, J. C. T., Aguiar, A. B. de, Chen, Y.-T., & Dutra-de-Lima, R. G. (2013). Inovação de práticas de controle gerencial e fontes de informação. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 7(19), 16. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/rco.v7i19.55424>.
- Padi - Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem. (2022). *Norma do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem*. Recuperado de [Norma-Padi-Versao-5.1.pdf](#).

Paiva, M. S. de, Cunha, G. H. de M., Souza Junior, C. V. N., & Constantino, M. (2018). Inovação e os efeitos sobre a dinâmica de mercado: uma síntese teórica de Smith e Schumpeter. *Interações*, 155–170. Recuperado de <https://doi.org/10.20435/inter.v19i1.1561>.

PALC - Programa de Acreditação de Laboratório Clínicos. (2021). *Laboratórios Acreditados pelo Brasil*. Brasil: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial. Recuperado de <http://www.sbpc.org.br/programa-da-qualidade/laboratorios-acreditados/>.

Pedroso, M. C. & Malik, A. M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000024>.

Plonski, G. A. (2017). Inovação em transformação. *Estudos Avançados*, 31(90), 7–21. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.3190002>.

Portela, M. C. (2000). Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 259-269. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>.

Qmentum IQG International. (2018). *Padrões para serviços hospitalares*. Traduzido e adaptado por IQG Health Services Accreditation, São Paulo: Health Standards Organization, v. 1 e 2.

Qmentum Global Alliance. *Instituições acreditadas*. Recuperado de <https://qga.global/instituicoes-acreditadas/>.

Rowley, J., Baregheh, A., & Sambrook, S. (2011). Towards an innovation-type mapping tool. *Management Decision*, 49(1), 73–86. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/00251741111094446>.

Sampath, B., Rakover, J., Baldoza, K., Mate, K., Lenoci-Edwards, J., & Barker, P. (2021). Whole System Quality: A Unified Approach to Building Responsive, Resilient Health Care Systems. In: IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement. Recuperado de [www.ihl.org](http://www.ihl.org).

Sartori, P., & Garrido, I. (2023). Ambidestria Organizacional e Inovação: proposições para o avanço da teoria e prática. *Brazilian Business Review*, 2, 215–235. Recuperado de <https://doi.org/10.15728/bbr.2023.20.2.6.pt>

Schiesari, L. M. C. (2014). Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? *Ciência e Saúde coletiva*, 19(10), 4229–4234. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.21642013>.

Shaw, C. (2015). Accreditation is not a stand-alone solution. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(3), 226–231. Doi: 10.26719/2015.21.3.226. PMID: 26074223.

Silva, K., Moreira, J. A. A., Vasconcelos, L. T., Oliveira, L. L., & Coimbra, C. K. (2015). Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(1), 617–632. Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2589>.

Smits, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, D., Sicotte, C., & Preval, J. (2007). Conceptualizing performance in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), 47–52. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm056>.

Tavassoli, S., & Karlsson, C. (2015). Persistence of various types of innovation analyzed and explained. *Research Policy*, 44(10), 1887–1901. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.respol.2015.06.001>.

Vivone, M. V., & Torres Junior, A. S. (2016). Agentes internos de melhoria contínua: uma revisão bibliográfica. *Gestão e Sociedade*, 11(28). Recuperado de <https://doi.org/10.21171/ges.v11i28.2124>.

Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

WHO – World Health Organization. (2002). *World Health Report: reducing risks, promoting healthy life*. Recuperado de Cuidados paliativos (who.int).





## APÊNDICES

### APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES/PROFISSIONAIS DE QUALIDADE E PROCESSOS

Perguntas	Aspecto relacional do estudo
1. De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)
2. Você percebe alguma disposição maior por parte da alta liderança para promover mudanças quando a necessidade surge a partir dos requisitos da acreditação? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)
3. De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro desta unidade e do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)
4. De que forma a empresa organiza-se para cumprir com os padrões/requisitos de um programa de acreditação?	Gestão das ações para o cumprir com os requisitos da acreditação
5. A seu ver, existe algo que poderia ser diferente nos requisitos e nos manuais dos programas de acreditação? Poderia comentar com exemplos?	Conteúdo dos manuais de acreditação: Estímulo para mudança/inovação (Contexto geral)
6. Com base em sua experiência, quais requisitos ou padrões de acreditação geraram mudanças na organização para que pudessem ser cumpridos? Poderia comentar alguns exemplos?	Estímulo dos manuais de acreditação para mudança/inovação (Contexto específico)
7. Como ocorre o processo de desenvolvimento de um projeto originado para cumprir com um ou mais requisitos de acreditação? Quais são as áreas envolvidas? Poderia comentar a respeito?	Desenvolvimento de projetos dentro da empresa (Origem acreditação)
8. As iniciativas de melhoria geradas pelos programas de acreditação costumam ter mais foco setorial, intersetorial ou institucional? Poderia citar exemplos?	Abrangência das melhorias (Origem acreditação)
9. A seu ver, qual projeto elaborado a partir de um programa de acreditação que mais gerou impacto na organização? Por quê?	Avaliação dos resultados de um projeto (Origem acreditação)
10. Houve alguma iniciativa proposta para cumprir com um requisito de acreditação que, após a auditoria, foi descontinuada? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Origem acreditação)
11. Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes da adoção dos programas de acreditação? Por favor, comente e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Origem acreditação)
12. O que você poderia comentar sobre outros projetos que focaram diretamente no cumprimento de um requisito, mas que foram desenvolvidos com alguma relação com os programas de acreditação? Como eles são integrados às evidências da acreditação?	Projetos de melhoria com relação indireta aos programas de acreditação
13. Quando outras melhorias são propostas na organização, sem estarem relacionadas com os programas de acreditação, quais poderiam ser suas origens mais comuns?	Projetos de melhoria (Sem origem acreditação)

14. Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/o na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões de acreditação dos programas vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem acreditação)
15. Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes de outros projetos na organização? Por favor, comente e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Sem origem acreditação)

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES/PROFISSIONAIS DAS ÁREAS QUE IDEALIZARAM E IMPLANTARAM PROJETOS DE INOVAÇÃO**

<b>Perguntas</b>	<b>Aspecto relacional do estudo</b>
1. De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)
2. De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecossistema?	Origens dos projetos de inovação (Contexto específico)
3. Como ocorre, nesta empresa, o processo de desenvolvimento de um projeto que busca inovação? Quais são as áreas envolvidas? Quais protocolos são adotados para implantação?	Desenvolvimento de projetos de inovação (Contexto específico)
4. De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras sem, necessariamente, contarem com a área de inovação? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)
5. De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro do Ecossistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação)
6. Você já ouviu falar sobre algum projeto desenvolvido em sua área que teve como objetivo cumprir com um padrão de um programa de acreditação? Poderia citar exemplos?	Desenvolvimento de projetos dentro da empresa (Origem acreditação)
7. Quando alguma iniciativa/projeto é proposta/o na empresa, as áreas responsáveis consultam a conformidade desta/deste com os padrões dos programas de acreditação vigentes na empresa? Esse processo é uma etapa de validação das ideias geradas?	Regulação da acreditação nos projetos de melhoria (Sem origem acreditação)
8. Dos projetos desenvolvidos no último ano pela sua área (ou em parceria com a mesma), algum tinha relação direta com programas de acreditação? Poderia me contar mais a respeito?	Projetos de melhoria com relação direta com os programas de acreditação
9. Iniciativas de melhoria que tenham um foco setorial têm a mesma priorização para seu desenvolvimento em relação às iniciativas mais sistêmicas? O que determina essa priorização?	Abrangência das melhorias (Sem origem acreditação)
10. Já houve alguma iniciativa inovadora proposta que foi descontinuada pouco tempo após sua implantação? Poderia explicar o que aconteceu?	Estágios de implantação de um projeto (Sem origem acreditação)
11. Que tipo de avaliação é feita quanto aos impactos das mudanças decorrentes dos projetos de inovação? Explique e cite exemplos.	Avaliação dos impactos (Sem origem acreditação)
12. Qual a sua percepção sobre o conhecimento de inovação pelas áreas do Ecossistema?	Inovação na empresa (Contexto específico)

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS REPRESENTANTES DA ALTA LIDERANÇA DO ECOSSISTEMA / AUDITORES DOS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO (QUANDO APLICÁVEL)

Perguntas	Aspecto relacional do estudo
1. De acordo com sua percepção, como as empresas de saúde diferenciam-se, atualmente, no mercado brasileiro?	Inovação (contexto geral)
2. Quais estímulos as organizações de saúde têm para inovar?	Inovação (contexto geral)
3. De que forma você entende que os projetos com foco em inovação surgem no Ecosistema?	Inovação (contexto específico)
4. De acordo com sua percepção, os programas de acreditação de qualidade são uma oportunidade para as empresas de saúde conseguirem inovar? Por quê?	Inovação x Acreditação (Contexto geral)
5. De acordo com sua percepção, atualmente, as iniciativas de melhoria da qualidade são integradas com os projetos de inovação dentro do Ecosistema? Por quê?	Inovação x Acreditação (Possibilidades de relação) (Contexto específico)
6. De acordo com sua percepção, as áreas assistenciais e operacionais das organizações de saúde conseguem desenvolver práticas inovadoras a partir de necessidades próprias? Por quê?	Origens dos projetos de inovação (Contexto operacional)
7. Quais são os parceiros das organizações de saúde para o estímulo à inovação e à melhoria contínua?	Ecosistema de inovação segmento saúde
8. Gostaria de comentar algo mais sobre as temáticas acreditação e inovação dentro do nosso Ecosistema de Saúde?	Inovação x Acreditação (Contexto específico)

APÊNDICE D: MODELO DE CARTA DE ANUÊNCIA AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

**ANUÊNCIA DO GESTOR DA UNIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, Diretor(a) Geral de \_\_\_\_\_ (Nome da Unidade de Negócio) \_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada **INOVAÇÃO E ACREDITAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: RELAÇÕES E IMPACTOS** a ser conduzida sob a responsabilidade de **MARIANNA IORIO RATES** nas dependências das unidades e/ou programas da \_\_\_\_\_ selecionados para esta pesquisa, a qual possui as condições necessárias para a sua realização.

Este projeto será realizado no período de 15/03/22 a 14/10/22.

Estou ciente que serão realizados:

- a) Entrevistas com gestores de qualidade e de processos de cada uma das unidades assistenciais selecionadas e das áreas corporativas;
- b) Levantamento e análise dos relatórios de auditorias internas e externas, registros de implantação de projetos, planos, práticas e outros documentos internos decorrentes das exigências trazidas pelos sistemas de acreditação;
- c) Observação da realização de auditorias de acreditação que aconteçam durante o período de coleta de dados.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora com os requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

No caso do não cumprimento dos itens acima, há a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer tipo de penalização.

São Paulo, 25 de novembro de 2021.

---

**ASSINATURA DO(A) DIRETOR(A)**