

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**  
**GESTÃO DE PROJETOS - PPGP**

**GERENCIAMENTO INTEGRADO DE PROJETOS COMO SUPORTE AO**  
**ECOSSISTEMA DE SAÚDE PARA ENTREGA DE SERVIÇOS AOS PACIENTES**

**RICARDO SANTOS GERAIDINE**

**SÃO PAULO**

**2024**

Ricardo Santos Geraidine

**GERENCIAMENTO INTEGRADO DE PROJETOS COMO SUPORTE AO  
ECOSSISTEMA DE SAÚDE PARA ENTREGA DE SERVIÇOS AOS PACIENTES**

**INTEGRATED PROJECT MANAGEMENT SUPPORTING THE HEALTH  
ECOSYSTEM TO DELIVER SERVICES TO PATIENTS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos – PPGP da Universidade Nove de Julho – UNINOVE como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Administração - Gestão de Projetos**

Orientador: Prof. Dr. Luciano Ferreira da Silva

**São Paulo**

**2024**

Geraidine, Ricardo Santos.

Gerenciamento integrado de projetos como suporte ao ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes. / Ricardo Santos Geraidine. 2024.

210 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2024.

Orientador (a): Prof. Dr. Luciano Ferreira da Silva.

1. Gestão de projetos. 2. Gestão da saúde. 3. Integração. 4. Cuidado integrado. 5. Ecossistema da saúde. 6. Jornada do paciente.

I. Silva, Luciano Ferreira da.

II. Título.


CDU 658.012.2

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

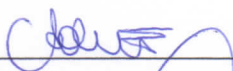
RICARDO SANTOS GERAIDINE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, Mestrado Profissional em Administração, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**.


São Paulo, 18 de novembro de 2024.



Prof.(a) Dr.(a). Luciano Ferreira da Silva (ORIENTADOR)



Prof.(a) Dr.(a). Cristina Dai Prá Martens (UNINOVE)



Prof.(a) Dr.(a). José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani (A.C. Camargo Cancer Center)



Prof.(a) Dr.(a). Juliana Pan (Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês)

“O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Fundo de Apoio à Pesquisa da Universidade Nove de Julho”.

“This research had financial support from Brazilian institutions: CNPq – National Council for Scientific and Technological Development, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) and the Research Support Fund of the Universidade Nove de Julho”.

“Enxerga mais longe a gaivota que voa mais alto.”

(Richard Bach)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe, “Professora Leni”, com quem aprendi muitas lições de vida e herdei a paixão por compartilhar conhecimento, com o humilde propósito de ajudar o caminho de uma pessoa. Também dedico ao meu pai, minha esposa, meus filhos, irmãos e família, que são meu porto seguro e fonte de inspiração para manter o foco.

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus pelos privilégios e conforto desta vida e também pela oportunidade de evoluir retribuindo com o próximo.

Agradecimentos à Universidade Nove de Julho e a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos (PPGP) pela possibilidade de integrar um mestrado profissional de excelente qualidade acadêmica com um corpo docente de alta qualidade, equipe administrativa dedicada e ótima estrutura.

Um agradecimento especial ao meu orientador Professor Doutor Luciano Ferreira da Silva, que foi um verdadeiro parceiro nesta trajetória, por sua dedicação, ensinamentos, rigor e confiança para me incentivar a produzir um estudo de qualidade. O Professor Luciano fez a diferença em minha evolução pessoal e profissional. Sou grato pela nossa jornada.

Minha gratidão ao Professor Walter Cardoso Sátyro, com quem iniciei esta jornada acadêmica, e a cada um dos professores do PPGP que nos ensinaram e transformaram ao longo desta breve vida acadêmica.

Agradeço também a cada um dos colegas de profissão de gerenciamento de projetos e de gestão da saúde que doaram horas de seu precioso tempo para trazer ideias e sugestões com genuíno propósito de elevar a qualidade desta pesquisa.

E sou grato pelos colegas de mestrado, que ao longo do curso também se mostraram bons companheiros de jornada, incentivando o progresso e compartilhando conhecimento.

## RESUMO

O setor da saúde é considerado de alta complexidade em função das interdependências entre seus diversos agentes para que o serviço assistencial possa ser prestado para o paciente e para a população. Alguns desafios do setor são desequilíbrio econômico, capacidade de atendimento da crescente demanda, aumento das doenças crônicas decorrentes do envelhecimento da população, mão-de-obra insuficiente e, ao mesmo tempo, atender às expectativas e necessidade dos pacientes. Os agentes que compõem o ecossistema de saúde atuam muitas vezes de forma fragmentada com processos disfuncionais, sistemas de informação não integrados e espaços físicos com baixa adaptação às rápidas transformações que o setor requer. Sendo assim, o objetivo desta dissertação é propor o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente. Para tanto, a pesquisa foi implementada em dois estágios, seguindo uma abordagem qualitativa. O primeiro estágio partiu da execução de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) composta por 2.575 artigos obtidos por meio das bases de dados Scopus, Web of Science e PubMed, tendo sido selecionados 249 artigos para compreensão dos pressupostos teóricos e gaps de pesquisa de gerenciamento de projetos no setor da saúde. O resultado da RSL demonstrou que há diversas práticas de gerenciamento de projetos aplicadas ao setor de saúde, porém, elas têm foco em resolver somente parte do problema. Neste sentido, foi identificado a oportunidade de encadear estes conhecimentos e propor um modelo que sirva como guia orientativo para que os gestores de saúde possam gerir seus projetos de forma integrada para entrega de serviços na jornada do paciente. O segundo estágio da pesquisa contemplou entrevistas semiestruturadas e grupos focais com intuito de incorporar a experiência dos praticantes para refinar o modelo conceitual orientativo. Foram aplicadas 12 entrevistas individuais e três sessões de grupo focal. Os resultados desta fase permitiram aproximar o modelo desenvolvido na primeira fase com as percepções e experiência dos praticantes. Outros resultados são a identificação de cinco principais barreiras e cinco principais facilitadores para implementação do gerenciamento integrado de projetos na saúde. Além disso, também foi apresentado como resultado uma relação de oito ganhos pela adoção do modelo declarados pelos profissionais durante a pesquisa empírica, bem como recomendações para replicação do modelo para instituições de saúde com diferentes níveis de maturidade. A contribuição prática que este estudo traz é que novos projetos no ecossistema de saúde sejam orientados por este modelo, podendo produzir serviços assistenciais integrados e completos de forma eficaz. O impacto social gerado é que este estudo ajude na superação dos desafios do ecossistema de saúde e conhecimentos alinhados com os Objetivos de Desenvolvimento de Sustentável (ODS) preconizados pelas Nações Unidas, especificamente, o ODS 3 (Saúde e Bem-estar). Esta pesquisa está alinhada com a linha de pesquisa 2 (Gerenciamento de Projetos) vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos – PPGP UNINOVE. A presente dissertação também está alinhada com outras pesquisas de seu orientador vinculadas ao projeto-eixo “Gestão de Pessoas e o Gerenciamento de Projetos”.

**Palavras-chave:** Gestão de Projetos, Gestão da Saúde, Integração, Cuidado Integrado, Ecossistema da Saúde, Jornada do Paciente.

## ABSTRACT

The healthcare sector is considered of high complexity due to the interdependence between its various agents so that the healthcare service can be provided to the patient and the population. Some challenges in the sector are economic imbalance, increasing capacity of the growing demand, increased chronic diseases due to the aging of the population, insufficient labor and, at the same time, meeting the expectations and need of patients. Agents that make up the healthcare ecosystem often act in a fragmented way with dysfunctional processes, unintegrated information systems and low adaptation to the rapid transformations that the sector requires. Thus, the purpose of this dissertation is to propose the conceptual guidance model of integrated project management to support the healthcare ecosystem to provide services to patient's journey. To this end, the research was implemented in two stages, following a qualitative approach. The first stage came from the execution of a Systematic Literature Review (SLR) composed of 2,575 articles obtained through the Scopus, Web of Science and PubMed databases, and 249 articles were selected to understand the theoretical assumptions and management gaps of projects in the healthcare sector. SLR's results have shown that there are several project management practices applied to the healthcare sector, but they focus on solving only part of the problem. In this sense, we identify the opportunity to connect this knowledge and propose a model that serves as a guidance guide for healthcare managers to manage their projects in an integrated way to deliver services on the patient's journey. The second stage of the research included semi-structured interviews and focus groups to incorporate the experience of practitioners to refine the orientative conceptual model. There were 12 individual interviews and three focal group sessions. The results of this phase allowed bring to the model developed in the first phase closer to the perceptions and experience of practitioners. Other results are the identification of five main barriers and five main facilitators for the implementation of integrated project healthcare management. In addition, a relationship of eight gains was also presented by the adoption of the model declared by professionals during empirical research, as well as recommendations for replication of the model for healthcare institutions with different levels of maturity. The practical contribution that this study brings is that new projects in the healthcare ecosystem are guided by this model and can produce integrated and complete care services effectively. The social impact generated is that this study helps to overcome the challenges of the healthcare ecosystem and knowledge aligned with the Sustainable Development Objectives (SDGs) recommended by the United Nations, specifically, SDG 3 (health and well-being). This research is aligned with research line 2 (Project Management) linked to the Postgraduate Program in Project Management – PPGP UNINOVE. This dissertation proposal is also aligned with other researchers conducted by your advisor and linked to the project-axis “People Management and Project Management”.

**Keywords:** Project Management, Healthcare Management, Integration, Integrated Healthcare, Healthcare Ecosystem, Patient Journey.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**3D** – Figura ou imagem em três dimensões (altura, profundidade e largura)

**ADKAR** - *Awareness, Desire, Knowledge, Ability and Reinforcement*

**ANAHP** – Associação Nacional dos Hospitais Particulares

**BIM** - *Building Information Modeling*

**BPM** – *Business Process Management*

**CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CNPq** - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**COVID** – *Corona Virus Disease*

**DMAIC** - *Define, Measure, Analyze, Implement and Control*

**EGP** – Escritório de Gerenciamento de Projetos

**ERP** – *Enterprise Resource Planning*

**HIMSS** - *Healthcare Information and Management Systems Society*

**HIS** - *Healthcare Information System*

**HPV** - *Human Papiloma Virus* (papilomavírus humano)

**IA** – Inteligência Artificial

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IESS** - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

**IHI**- *Institute for Healthcare Improvement*

**IoT** – *Internet of Things*

**ISO** - *International Organization for Standardization*

**LSS** - *Lean Six Sigma*

**NHS** - *National Health System*

**NHS** - *National Health System*

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**ONA** – Organização Nacional de Acreditação

**PDCA** – *Plan, Do, Check and Act*

**PMBOK** – *Project Management Body of Knowledge*

**PMI** – *Project Management Institute*

**PMO** – *Project Management Office*

**PPGP** - Programa de Pós-Graduação em Gestão de Projetos

**PPP** – Parceria Público Privado

**RSL** – Revisão Sistemática de Literatura

**TI** – Tecnologia da Informação

**UT** - Unidade Textual

**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

**VBHC** - *Value-Based Health Care*

**VMO** - *Value Management Office*

**WoS** - *Web of Science*

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados na pesquisa empírica.....	96
Tabela 2 - Perfil dos participantes dos grupos focais na pesquisa empírica.....	117
Tabela 3 – Refinamentos consolidados para o modelo macro a partir da pesquisa empírica.....	131
Tabela 4 - Refinamentos consolidados para o modelo detalhado a partir da pesquisa empírica.....	133
Tabela 5 – Principais barreiras para o gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	137
Tabela 6 – Principais facilitadores promovidos do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	138
Tabela 7 – Principais ganhos do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	139
Tabela 8 – Resultado da verificação das proposições da pesquisa.....	148
Tabela 9 - Principais barreiras e facilitadores para adoção e uso do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	160
Tabela 10 - Apêndice A - Protocolo - Frentes da pesquisa em campo.....	201
Tabela 11 - Apêndice A - Protocolo - Lista das principais categorias/conceito .....	205
Tabela 12 - Apêndice A - Protocolo - Etapas do ciclo de vida de projetos na saúde .....	206
Tabela 13 - Apêndice A - Protocolo - Questões orientadoras correlacionando categorias e etapas do ciclo de vida .....	207
Tabela 14 - Apêndice A - Protocolo – Exemplo de dinâmica do grupo focal .....	208

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Agentes do ecossistema da saúde que contribuem para entrega dos serviços assistenciais .....	28
Figura 2: Jornada do paciente teórica-referencial.....	47
Figura 3: Princípios e práticas de gestão aplicadas em projetos para entrega de serviços assistenciais.....	53
Figura 4: Gerenciamento de projetos organizacionais .....	67
Figura 5. Exemplo de interfaces de gerenciamento de portfólio, programas, projetos e subprojetos. ....	68
Figura 6: Exemplo de interfaces de gerenciamento de portfólio, programas e projetos.....	69
Figura 7: Modelo de gerenciamento de realização de benefícios no contexto de portfólios, programas e projetos.....	69
Figura 8: Modelo teórico detalhado - Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	71
Figura 9: Modelo teórico macro – Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	76
Figura 10: Etapas da pesquisa. ....	79
Figura 11: Argumentos de busca .....	80
Figura 12: Artigos selecionados por pares utilizando o software Rayyan.....	83
Figura 13: Mapa de análise de palavras-chave .....	85
Figura 14: Base de dados da RSL com codificação dos 249 artigos categorizados .....	86
Figura 15: Modelo de gestão integrada de projetos na saúde orientada à jornada do paciente .....	88
Figura 16: Praticantes que contribuíram para pesquisa empírica .....	93
Figura 17: Refinamentos propostos para o modelo macro .....	133
Figura 18: Refinamentos propostos para o modelo detalhado .....	135
Figura 19: Modelo macro refinado - Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	151
Figura 20: Modelo detalhado refinado - Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde .....	153
Figura 21: Gerenciamento integrado de projetos na saúde.....	159

## SUMÁRIO

RESUMO .....	ix
ABSTRACT .....	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS .....	xiv
SUMÁRIO .....	xv
1. INTRODUÇÃO .....	16
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	20
1.2 OBJETIVOS .....	22
1.3 JUSTIFICATIVA .....	23
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO .....	25
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
2.1 O ECOSSISTEMA DA SAÚDE .....	26
2.2 JORNADA DO PACIENTE – PLANO DE SERVIÇOS E SEUS COMPONENTES.....	40
2.3 PRINCÍPIOS E PRÁTICAS DE GESTÃO APLICADAS EM PROJETOS DO PLANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	51
2.4 GERENCIAMENTO INTEGRADO DE PROJETOS NA SAÚDE .....	65
2.5 MODELO TEÓRICO - CONCEITUAL .....	76
3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	78
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	78
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	80
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EMPÍRICOS.....	96
4.1 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS INDIVIDUAIS .....	96
4.2 RESULTADO DOS GRUPOS FOCAIS.....	117
4.3 REFINAMENTOS DAS DUAS ETAPAS INCORPORADOS AO MODELO .....	131
4.4 BARREIRAS E FACILITADORES PARA APLICAÇÃO DO MODELO.....	136
4.5 GANHOS PRÁTICOS E PONTOS DE ATENÇÃO AO REPLICAR O MODELO .....	139
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E MODELO FINAL .....	144
6. CONTRIBUIÇÃO PARA PRÁTICA.....	157
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	164
REFERÊNCIAS .....	167
APÊNDICE A - PROTOCOLO DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS.....	200

## 1. INTRODUÇÃO

O setor da saúde é considerado de alta complexidade em função das interdependências entre seus diversos agentes para que o serviço assistencial de saúde possa ser prestado para o paciente e para a população (Li *et al.*, 2023; Larsen *et al.*, 2021a; Lavikka *et al.*, 2019; Tampio *et al.*, 2022). Como relatado por Miquelin (1992), no início da década de 1990 em seus estudos sobre projetos arquitetônicos e de viabilidade para edifícios assistenciais de saúde, “um hospital é considerado um empreendimento complexo em confronto com emoções e incertezas nos momentos mais críticos da existência humana” (Miquelin, 1992, p. 01). Ainda neste sentido, Pan (2023) descreve a administração em saúde como um conhecimento aplicado à gestão da complexidade da saúde, compreendendo a orquestração de diversos agentes da saúde pública, laboratórios, hospitais, clínicas, redes assistenciais, entre outras instituições de saúde.

Alguns desafios do setor da saúde estão relacionados à necessidade de reestruturação e recuperação da rede de atendimento à saúde, cuidado de qualidade com sustentabilidade financeira, capacidade de atendimento, aumento das doenças crônicas na população idosa e mão-de-obra insuficiente (Niemelä *et al.*, 2019; Patrício *et al.*, 2020). Corroborando estas informações, dados do setor da saúde brasileiro podem exemplificar como as relações neste setor são complexas e mutáveis. Assim, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a expectativa de vida dos brasileiros é de 75,5 anos, o que é um dado positivo, mas como contraponto, acarreta o aumento da demanda por atendimento e investimento para tratamento de doenças mentais, cardiológicas e oncológicas (Orme *et al.*, 2019). Tal cenário demonstra um ambiente financeiramente promissor, mas segundo dados da ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados), a receita dos hospitais particulares reduziu 7,68% e as glosas, que representam a retenção de receitas ocasionados por falhas administrativas, aumentaram 21% no comparativo entre os anos de 2021 e 2022 (ANAHP, 2023).

O IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) indica em seu relatório mensal “Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar” de março de 2024, que os custos de pessoal assistencial, materiais médicos, insumos para cirurgia, próteses e demais materiais subiu 15% no comparativo entre 2022 e 2023 (IESS, 2024). Este contexto exemplifica o desafio enfrentado pelos gestores para garantir a sustentabilidade de suas instituições de saúde com formas mais eficazes de atender a demanda ao mesmo tempo que mantém a qualidade do cuidado (Trakulsunti *et al.*, 2018; Niemelä *et al.*, 2019). Ainda sobre esse cenário, a OMS (Organização Mundial de Saúde) recomenda 3,2 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, sendo que em

algumas regiões como América Latina e Caribe esta relação atinge somente 2 leitos/mil habitantes (CNSaúde, 2022).

Dados como estes orientam o desenvolvimento de políticas públicas e programas assistenciais de saúde que tratam, entre outros aspectos, de assistência básica, de doenças de alta complexidade como câncer ou mesmo de epidemias como Covid-19<sup>1</sup>. A implantação de tais políticas e programas se dá com o intuito de reduzir a incidência de doenças de maior complexidade e mortalidade (Michel *et al.*, 2018; Elia *et al.*, 2022). Apesar destes esforços, alguns países demonstram baixa adesão às campanhas de prevenção, como em casos de infecções de HPV<sup>2</sup>, em função da baixa qualidade dos exames e difícil acesso ao tratamento, sendo necessário incorporar novas estratégias e tecnologias para melhorar a eficácia dos programas (Fregnani *et al.*, 2013).

Com base nos desafios apresentados é preciso compreender que o setor da saúde precisa se reinventar e incorporar inovações que facilitem a gestão proativa para alcançar seus objetivos estratégicos e sociais (Pan, 2023). Um caminho para o aperfeiçoamento das práticas de gerenciamento de projetos na saúde é formular uma proposição que possa lidar com múltiplos fatores de dimensões técnicas, humanas e políticas, possibilitando a atuação dos agentes do ecossistema de saúde de forma integrada (Mamedio *et al.*, 2020). Neste mesmo sentido, o propósito dos agentes que atuam no setor da saúde é prover para a população equidade de acesso a serviços assistenciais de melhor qualidade, com sustentabilidade financeira aderente a diretrizes mundiais de saúde como o *Triple AIM*<sup>3</sup> (IHI, 2023).

Estas diretrizes foram influenciadas pelo conceito do VBHC (*Value Based Healthcare*) definido por Porter e Teisberg (2006), que enfatiza a oferta de cuidados eficazes com otimização de custos (Kokko *et al.*, 2022). O conceito de unidades de práticas integradas proposto por Porter e Lee (2013) organiza os processos de uma determinada especialidade clínica visando alcançar e manter um equilíbrio entre a eficácia assistencial e a redução de custos, mitigando os conflitos de interesses entre os agentes financiadores e prestadores de serviço, que objetivam maximizar seus benefícios individuais (Barros, 2020; Nicolai *et al.*, 2023). No Brasil, esforços são empreendidos para reduzir o impacto do desequilíbrio econômico e qualidade dos serviços de saúde, porém, ao invés de um sistema único e sinérgico,

---

<sup>1</sup> A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global - <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19>

<sup>2</sup> HPV: sigla em inglês para *Human Papiloma Virus* (papilomavírus humano)

<sup>3</sup> *Triple AIM* - base para otimizar a saúde de indivíduos e populações, melhorando simultaneamente a experiência do paciente com o atendimento (incluindo qualidade e satisfação), melhorando a saúde da população e reduzindo o custo per capita do atendimento para o benefício das comunidades. <https://www.ihl.org/>

existem dois sistemas, um público e outro privado que, quando comparados, evidenciam disparidades que dependem da superação de desafios políticos, regulatórios e empresariais para estabelecer um novo modelo de remuneração com benefícios mútuos entre os agentes do ecossistema de saúde (Diegoli *et al.*, 2023).

Pela visão de quem é atendido, para usufruir dos serviços de saúde disponibilizados, o paciente passa por etapas que, se não estiverem bem coordenadas, geram impacto direto na satisfação e saúde dos pacientes (Joseph *et al.*, 2020). Vale destacar que cada serviço de saúde promovido pelos agentes é composto por processos e protocolos, tecnologias disruptivas ou de gestão de dados do paciente, espaços físicos e equipamentos clínicos, equipes assistenciais capacitadas, materiais médicos e medicamentos. Tudo precisa ser orquestrado para que o serviço assistencial seja prestado de forma completa e efetiva (Lima *et al.*, 2021). Estes componentes são interdependentes e seu aperfeiçoamento é realizado com a aplicação de práticas de gestão de projetos, conforme a especificidade de cada item (Schwalbe, 2023).

Portanto, levando em conta a complexidade e diversidade de agentes neste contexto apresentado, bem como a relação de interdependência entre os agentes, esta pesquisa reconhece este ambiente como um ecossistema de saúde. Pundzienè *et al.* (2023) definem o ecossistema orientado para fins sociais como um fenômeno que procura o impacto social antes dos lucros e visa capacitar os cidadãos para o bem-estar individual e coletivo. Além disso, os serviços desenvolvidos e fornecidos pelos diversos agentes deste ecossistema devem atender à jornada do paciente (Pereira *et al.*, 2022; Randhawa *et al.*, 2021).

Vale explicitar que a jornada do paciente representa um percurso pelo sistema de saúde, que é iniciado a partir da tomada de consciência do paciente sobre um sintoma ou doença, e sua decisão de busca por opções de atendimento, diagnóstico, tratamento, até a solução de seu problema, por meio de serviços disponíveis no ecossistema de saúde. Por sua vez, os agentes presentes no ecossistema de saúde podem melhorar a jornada do paciente adotando tecnologias digitais, adaptando processos, entre outros incrementos que podem ser feitos por meio de projetos. Para tanto, é necessário complementar os serviços de saúde com visão estratégica, mudança de cultura, preparação de equipe, investimentos e apoio da liderança dos diversos agentes envolvidos no ecossistema (Costa *et al.*, 2021).

Um exemplo de alteração baseado em projetos para melhoria da jornada dos pacientes é a adoção de telemedicina (Cannavacciuolo *et al.*, 2023). Esta mudança influenciou a atitude dos profissionais de saúde frente às alterações na rotina de trabalho, seleção de plataformas tecnológicas, soluções de baixo custo que potencializaram ganhos em escala, entre outros. Neste contexto, vale destacar que a integração entre diferentes áreas organizacionais revelou-

se como um dos pontos fortes dos projetos de telemedicina. Assim, o processo de transformação promovido foi orientado pela visão estratégica da instituição de saúde e por modelos de maturidade de digitalização na saúde, como os preconizados pela HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society), para que se alcance níveis mais avançados de adoção tecnológica na jornada do paciente (Costa *et al.*, 2021).

Embora o caso citado tenha trazido benefícios para melhoria de serviços de atendimento no ecossistema de saúde, se a complexidade de mudanças e relações não fosse bem orquestrada, os riscos de formação de silos organizacionais seriam potencializados, gerando fragmentação dos componentes dos serviços assistenciais com impactos diretos à promoção de cuidados ao paciente (Klecun *et al.*, 2019; Tiso *et al.*, 2022). Com base nesta descrição, pode-se dizer que um único projeto pode requerer um conjunto de práticas de gestão de projetos e especialistas de temas distintos para que o escopo seja concebido ou mesmo executado. Tais projetos podem envolver médicos, cirurgiões, enfermeiros, profissionais multidisciplinares de saúde, arquitetos, engenheiros, consultores de processos, designers de serviço, gerentes de projetos, desenvolvedores de tecnologias, entre outros profissionais, para formar um time multidisciplinar com propósito único de lançamento e sustentação de um serviço assistencial completo que atenda o paciente e que seja aderente à cultura dos agentes da saúde (Miquelin, 1992; Joseph *et al.*, 2020; Svejvig *et al.*, 2021).

A origem do gerenciamento de projetos deriva das teorias e técnicas administrativas clássicas, que estabeleceram princípios de organização e gestão nas organizações e remontam aos projetos de defesa e construção civil da década de 1960 (Seymour, 2014; Kerzner, 2017). Nesta mesma época, foram empreendidos esforços para padronizar e organizar as diversas técnicas e ferramentas, o PMBOK – *A Guide to the Project Management Body of Knowledge* - lançado em 1987 pelo PMI – *Project Management Institute*, que passou a ser adotado como um modelo de gestão de projetos e desde então, agrega evoluções significativas para estar aderente às necessidades de um mundo cada vez mais dinâmico (PMI, 2021). Na governança moderna, os projetos devem se adaptar a um ambiente de rápida mudança (Li *et al.*, 2023) e a identificação de ideias inovadoras, assim como sua tradução para os negócios, requer o desenvolvimento de projetos e práticas aderentes ao contexto caracterizado pela complexidade e incerteza (Secundo *et al.*, 2023).

Do ponto de vista do gerenciamento de projetos, o foco de debate caminhou para a adaptação das diversas práticas em contextos voláteis, bem como o desenvolvimento de novas competências dos times de projetos, gestão de mudanças organizacionais, compreensão do impacto das tendências tecnológicas, além da incorporação de dimensões sociais, ambientais e

econômicas em todo ciclo de vida de seus projetos (da Silva *et al.*, 2023). Deste modo, aperfeiçoar as práticas de gerenciamento de projetos com a flexibilidade requerida para integrar projetos no ecossistema de saúde leva a um passo importante no caminho da transparência de implementação da melhoria contínua de serviços de saúde (Miquelin 1992; Schwalbe, 2021). Complementar ao aperfeiçoamento dos processos, e motivado pelo ritmo acelerado de mudanças do contexto em que os projetos estão inseridos, também é importante investir no desenvolvimento dos gestores de projetos fortalecendo sua capacidade de aprender com lições aprendidas de projetos anteriores ou contextos históricos para traçar cenários de futuro (Rosamilha, 2023)

Neste sentido, um modelo de gerenciamento integrado de projetos orientado ao ecossistema de saúde pode contribuir para reduzir as incertezas da complexidade na saúde. Também contribui para proporcionar integração dos componentes dos serviços para uma jornada do paciente, melhorar as relações dos agentes do ecossistema da saúde e transformar silos organizacionais em times multidisciplinares de projetos.

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Os agentes de um ecossistema de saúde muitas vezes atuam de forma fragmentada com processos disfuncionais, sistemas de informação não integrados e espaços físicos com baixa adaptação às rápidas transformações que o ecossistema requer (Mooij *et al.*, 2022; Tiso *et al.*, 2022). Por outro lado, estes agentes são interdependentes e alguns de seus desafios são atender regulamentações rigorosas (Bagrationi *et al.*, 2023), integrar suas cadeias de abastecimento (Benevento *et al.*, 2023), gerenciar projetos complexos, melhorar a produtividade e promover qualidade dos serviços (Bhat *et al.*, 2019), distribuir equipamentos médicos e postos de atendimento de assistência de forma a possibilitar equidade de acesso ao tratamento (Donkor *et al.*, 2021). Além disso, é necessário fazer tudo promovendo a colaboração entre os diversos participantes (Wai *et al.*, 2021), a integração de sistemas entre vários prestadores de serviço (Patrício *et al.*, 2020) e a melhoria de processos empresariais, a segurança no compartilhamento de dados (Kumar *et al.*, 2020).

Os desafios apontados levam a ineficiências que impactam diretamente na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, colocando em risco sua recuperação, ou mesmo gerando mortes. A NHS<sup>4</sup> (National Health System) estima que são 17.000 mortes por ano na Inglaterra ocasionadas por erros de administração de medicamentos e uma das causas raízes é o registro

---

<sup>4</sup> NHS: National Health System é o sistema de saúde público da Inglaterra - <https://www.nhs.uk>

de forma manual dos prontuários médicos (Zaman *et al.*, 2022). Neste sentido, a implementação de projetos de *lean six sigma* tem gerado melhorias dos processos assistenciais e administrativos para mitigar equívocos de medicação, falhas de abastecimento e capacitar equipes, gerando benefícios financeiros e melhoria dos cuidados ao paciente (Singh & Rathi, 2019). Porém, ainda existem muitas barreiras culturais e de investimentos em digitalização que precisam ser superadas neste ecossistema complexo.

Apesar das deficiências, a digitalização aplicada aos processos da saúde pode proporcionar avanços como cuidados assistenciais eficazes, integração tecnológica e compartilhamento adequado de dados (Gauthier *et al.*, 2018). Deste modo, a implantação de projetos de melhorias de processos e adoção de tecnologias depende do desenvolvimento de capacidades gerenciais como habilidades técnicas, conhecimento tecnológico e gerenciamento de parcerias entre agentes do ecossistema da saúde. Adicionalmente, a compreensão da relação de interdependência entre os diversos componentes é importante, pois os cuidados da saúde são organizados em silos departamentais e o atendimento poderia ser mais eficaz se adotado um fluxo contínuo de prestação de serviços orientado à jornada do paciente (Korhonen *et al.*, 2023).

Um exemplo de desafio a enfrentar neste contexto é a gestão de projetos de construção de hospitais, pois eles são geralmente rotulados como complexos ou tecnologicamente avançados. A complexidade desse tipo de projeto vem tanto da definição técnica dos serviços gerados em um hospital, quanto da tarefa de gerenciamento das interdependências de elementos, da causalidade não linear e do comportamento dinâmico do entorno desse projeto (Lavikka *et al.*, 2019). Por outro lado, a flexibilidade de produtos e processos permite uma margem de manobra para adaptações em projetos do ecossistema de saúde, o que auxilia como contraponto às incertezas e à volatilidade do contexto complexo, quando se analisa, por exemplo, as causas raízes que influenciam as mudanças entre as interdependências em projetos de construção de hospitais (Lavikka *et al.*, 2019).

Ainda sobre projetos do ecossistema de saúde, é necessário ter cuidados de compatibilização, para evitar problemas como falta de especificações técnicas, imprevisto de integrações e retrabalho de construção (Mamedio *et al.*, 2020). A ausência de compatibilidade tecnológica também pode acarretar a descontinuidade do uso de tecnologias por não gerar benefícios, por exemplo, na adoção de *wearables* para idosos em serviços de *homecare* (Talukder *et al.*, 2021). O impacto disto está diretamente relacionado à implantação de novas funcionalidades e afeta a percepção de benefícios e retorno dos investimentos, gerando barreiras para decisão de adoção de inovações (Zaman *et al.*, 2022).

Lima *et al.* (2021) destacam que diversos estudos apresentam casos que utilizam práticas específicas, porém, tratam somente de problemas isolados, sem gerar evidências robustas de mudanças de cultura ou organizacionais. Por sua vez, o gerenciamento de projetos em ambientes complexos requer práticas que integrem tanto aspectos sociais quanto tecnológicos, para compor serviços de saúde completos (Pundzienė *et al.*, 2023). A integração de diferentes abordagens de gerenciamento de projetos favorece contextos de alta complexidade, onde a equipe é desafiada a sincronizar entregas para obter um serviço único (Li *et al.*, 2023). Este cenário demonstra como o ecossistema de saúde deve ser integrado e reforça a percepção de que conduzir projetos de forma estratégica pode garantir serviços mais efetivos em toda jornada do paciente.

Com base no exposto, se faz necessário explorar o impacto e as implicações no contexto da gestão de projetos. Logo, esta dissertação adota a seguinte questão de pesquisa: **Como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes?**

## 1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral desta dissertação é propor um modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente.

A fim de viabilizar o alcance do objetivo geral estão definidos três objetivos específicos:

- a) Sintetizar a relação entre o ecossistema de saúde e o gerenciamento de projetos a partir da literatura acadêmica, identificando padrões e lacunas teóricas além de implicações e aplicações práticas;
- b) Elaborar modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde;
- c) Refinar o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos orientado à jornada do paciente a partir da experiência dos praticantes.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

A visão holística e sistêmica pode contribuir significativamente para superar a fragmentação do ecossistema de saúde e avançar para cuidados integrados (Patrício *et al.*, 2020). No mesmo sentido, o desenvolvimento de práticas de gestão mais flexíveis e capazes de se adaptar à complexidade da saúde é necessário para gerar melhoria de serviço assistencial oferecido aos pacientes (Crema & Verbano, 2021). Neste contexto, novas oportunidades e tendências de uso de tecnologias disruptivas decorrentes do *healthcare 4.0*<sup>5</sup> orientadas ao paciente contrastam com o que se aplicava no *healthcare 2.0*, onde o foco inicial era nos cuidados básicos de saúde centrados no médico, com registro manual de dados (Chen *et al.*, 2019; de Siqueira Correa *et al.*, 2023).

Schwalbe (2021) relaciona algumas tendências para o setor da saúde como cadeias de abastecimento mais estratégicas, personalização dos tratamentos, acolhimento da diversidade, segurança física e mental de pacientes e equipes assistenciais, uso de dispositivos de automação via internet (*Internet of Things*) e inteligência artificial. Somam-se a estas, implantação de exames e processos administrativos mais eficientes com uso de novas tecnologias diversificação das fontes de financiamento da saúde, fusões e integrações de grupos econômicos da saúde. Exemplos práticos dessas tendências são demonstrados por casos como adoção de redes móveis para interligar sistemas de saúde (Martins *et al.*, 2021) e fidelização do paciente com serviços de saúde baseados na internet (Martínez-Caro *et al.*, 2018).

Neste cenário de complexidade e desafios, a transformação digital permite um olhar também sobre a jornada do paciente, facilitando o diagnóstico e tratamento mais inteligente e eficaz dos pacientes, pois permite o redesenho de procedimentos administrativos com menor burocracia e maior facilidade de utilização pelas equipes assistenciais, eliminando etapas ineficazes ou desnecessárias (Benevento *et al.*, 2023). Embora alguns processos-chave tenham sido melhorados, como a facilidade de encontrar médicos e de agendar atendimento por portais online, ainda existem grandes lacunas, como o reconhecimento precoce de problemas de saúde, a comunicação inadequada entre vários prestadores, ou a indisponibilidade de pessoal especificamente dedicado a tornar a jornada do paciente mais fluída (Patrício *et al.*, 2020). Essa descrição representa uma abordagem sistêmica de concepção de serviços para compreender a experiência do paciente ao longo do percurso contínuo dos cuidados de saúde e da

---

<sup>5</sup> Healthcare 4.0: Conceitos da indústria 4.0 aplicados na saúde. As Organização das Nações Unidas definem como o campo do conhecimento de desenvolvimento e uso de novas tecnologias para melhorar a saúde

multiplicidade de agentes de serviços, podendo contribuir para superar os desafios e avançar na direção a cuidados integrados mais eficazes (Bez *et al.*, 2023).

Portanto, as inovações na tecnologia e nas operações são tendências do setor da saúde e requerem projetos de instalações físicas adaptáveis ao longo de seus ciclos de vida, para absorver alterações nos requisitos dos utilizadores (Lavikka *et al.*, 2019). As fases de concepção e construção de hospitais tecnicamente complexos, por exemplo, possuem prazos longos, durante os quais ocorrem mudanças no ambiente operacional, como alterar o fluxo e o propósito das áreas devido a adequações nos modelos de prestação de cuidados, novos tratamentos ou alterações de fontes financiadoras do empreendimento (Lavikka *et al.*, 2019).

Deste modo, projetos que usam as práticas preditivas, como os projetos de expansão e obras (Aubry *et al.*, 2018b; Marit Store-Valen, 2021), desenvolvimento de sistemas de informação (Klecun *et al.*, 2019; Gebre-Mariam *et al.*, 2019; Dóra *et al.*, 2023), equipamentos médicos e robôs cirúrgicos (Donkor *et al.*, 2021; Jones *et al.*, 2022), precisam ser combinadas com projetos que utilizam outras práticas para que o funcionamento completo dos serviços assistenciais de saúde seja efetivado. Assim, esse ambiente cada vez mais sinérgico é compreendido como oportunidade de suprir lacunas organizacionais, resultando em geração de eficiências financeiras e melhoria centrada no paciente (Chua *et al.*, 2023; Bui *et al.*, 2023). Parte dessas lacunas estão relacionadas com as práticas de gestão, em particular, de gerenciamento de projetos, que vêm se modernizando para se manterem relevantes para explorar as oportunidades do ecossistema da saúde (Unterhofer *et al.*, 2021).

As práticas de gestão dos projetos têm sido cada vez mais utilizadas em conjunto, buscando complementariedade e flexibilidade para viabilizar a entrega de serviços completos (Goodison *et al.*, 2019). Os guias de práticas também descrevem a complementação e adequação de seus processos ao contexto dos projetos e de seus objetivos estratégicos (PMI, 2022; Schwaber & Sutherland, 2020). O escritório de projetos e o processo de gestão de projetos no setor da saúde é reconhecido por autores como uma estrutura que contribui na orquestração dos agentes dos ecossistemas da saúde em prol da entrega de serviços orientados aos benefícios estratégicos definidos pela instituição de saúde (Schwalbe, 2023; Tampio *et al.*, 2023). Apesar dessa perspectiva positiva, não foram identificados na literatura selecionada, modelos de gestão que tratem da integração dos diversos projetos que compõem o aperfeiçoamento ou implementação de novos serviços promovidos pelos agentes do ecossistema de saúde.

Desta forma, a intenção desta pesquisa é compreender as relações entre o ecossistema da saúde, a jornada do paciente, os princípios e práticas de gestão aplicados aos serviços e o gerenciamento integrado de projetos na saúde. Somando-se o aprofundamento que a literatura

selecionada possibilita nos estudos de casos, é possível estabelecer as interdependências entre os diversos projetos nas diferentes etapas do ciclo de vida de um projeto. Estas interdependências tratam tanto de questões técnicas quanto de negócios presentes nos objetivos de cada agente do ecossistema da saúde, fornecendo uma fundamentação sólida para suprir a necessidade declarada de um modelo de gestão orientado às especificidades do setor da saúde adequado à jornada do paciente.

Esta pesquisa identifica a oportunidade de encadear os conhecimentos e propor um modelo teórico-conceitual que sirva como orientativo para que os times multidisciplinares de projetos possam gerir, de forma integrada, a entrega de componentes (espaços físicos, processos, protocolos clínicos, sistemas de informação, soluções tecnológicas, equipamentos médicos, enfermeiros, profissionais multidisciplinares de saúde), que compreendem um serviço assistencial completo. Estes serviços precisam estar alinhados com as diretrizes de qualidade em saúde preconizados pelos governos locais e órgãos internacionais WHO (World Health Organization), os objetivos de enfrentamento dos desafios de saúde - ODS 3 “Saúde e Bem estar” (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) da ONU (Organização das Nações Unidas - United Nations), que apresenta as diretrizes/benefícios estratégicas definidos pelas instituições de saúde e, principalmente, devem suprir as expectativas dos pacientes e dos agentes do ecossistema da saúde.

#### **1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO**

Esta pesquisa é formada por seis seções que descrevem: (I) Introdução: Contexto, os objetivos e a relevância da pesquisa, estabelecendo a base para o estudo; (II) Referencial teórico: Conceitos-chave, literatura selecionada a partir da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e sua correlação, gerando bases sólida para compreensão da pesquisa; (III) Método e técnicas de pesquisa: Definição da unidade de análise e estratégia de uso dos métodos para a coleta e análise dos dados garantindo confiabilidade e replicabilidade dos resultados além dos procedimentos de coleta de dados; (IV) Apresentação dos resultados empíricos obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas e grupos focais; (V) Discussão de resultados e o modelo final refinado; (VI) Contribuições para prática; (VII) Considerações finais e Referências: relaciona as fontes consultadas com rigor na seleção de estudos relevantes para atender os objetivos da pesquisa. O final desta estrutura é reservado ao Apêndice A – “Protocolo de Entrevista”, que descreve os procedimentos, metodologias ou informações complementares necessárias para a compreensão e replicabilidade da pesquisa, oferecendo uma ferramenta valiosa para pesquisadores e praticantes interessados na aplicação dos resultados da pesquisa.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

Nesta seção é apresentada uma breve descrição sobre o ecossistema da saúde, jornada do paciente, princípios e práticas de gestão em projetos e o gerenciamento integrado de projetos na saúde, permitindo o relacionamento dos pressupostos teóricos que formam a base de um modelo teórico-conceitual para projetos na saúde. Esta descrição é baseada principalmente nos estudos selecionados na Revisão Sistemática de Literatura (RSL), conforme descrita na seção de “Métodos e técnicas de pesquisa”. Vale destacar que a literatura acadêmica é complementada por literatura não acadêmica, que é necessária em virtude da contemporaneidade do tema proposto na pesquisa e debates no setor da saúde que trazem conteúdos desenvolvidos por instituições e praticantes. A intersecção entre estes conhecimentos possibilita propor um modelo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde na entrega de serviços aos pacientes.

Ao longo desta pesquisa pretende-se sintetizar a teoria de gerenciamento de projetos na saúde de forma a estruturar um modelo teórico que correlacione os principais constructos e suas categorias teóricas. Este modelo teórico deve possibilitar a (I) compreensão das relações entre os agentes do ecossistema da saúde, a aplicação das práticas de gestão combinadas para gerar serviços de uma jornada do paciente para atender as expectativas e necessidades dos pacientes e da população (Figura 15) e (II) propor um ciclo de vida de gestão de projetos na saúde para governança do aperfeiçoamento dos serviços de forma integrada instrumentalizando a entrega de serviços completos e eficazes com sustentabilidade financeira das instituições de saúde. A partir deste modelo será possível compreender o fenômeno de gerenciamento de projetos no ecossistema da saúde de acordo com as percepções, experiências e opiniões dos praticantes, buscando refinar o modelo para torná-lo mais relevante a prática das instituições de saúde.

### **2.1 O ECOSSISTEMA DA SAÚDE**

O setor da saúde é considerado de alta complexidade em função da necessidade de interdependência entre seus diversos agentes e instituições para que o serviço assistencial possa ser prestado para a população (Mamedio *et al.*, 2020). Estudos destacam que entre os agentes mais relevantes neste setor podem ser citados os órgãos governamentais, instituições de saúde (hospitais, laboratórios e clínicas), operadoras e planos de saúde (Sunder *et al.*, 2020), centros de ensino e pesquisa, prestadores de serviços, farmacêuticas e fornecedores de materiais médicos (Gao *et al.*, 2020). Além destes agentes também podem ser levados em conta

construtoras e empresas de manutenção predial, fabricantes de equipamentos médicos, bem como toda gama de profissionais técnicos, administrativos e assistenciais, que constituem um ecossistema amplo e complexo para prestar serviços de saúde aos pacientes e à sociedade (Lemieux *et al.*, 2020).

Neste contexto complexo pode-se dizer que os maiores desafios para prestação de serviços assistenciais da saúde são: a gestão das despesas de saúde, que é pressionada pelo desequilíbrio econômico entre os modelos de remuneração (Kokko *et al.*, 2022; Porter & Teisberg, 2006) e a inflação na saúde (Lavikka *et al.*, 2019), o aumento de demanda devido ao envelhecimento da população, o crescimento das doenças crônicas, a ausência de competências profissionais, a superlotação de pronto-socorro e, ao mesmo tempo, o atendimento das expectativas dos pacientes (Peng *et al.*, 2020; Niemelä *et al.*, 2019; Kuiper *et al.*, 2022). Portanto, com base na diversidade de agentes e desafios supracitados, é imperativo otimizar o uso dos recursos, melhorando a eficiência dos serviços de saúde (Crema & Verbano, 2021).

Neste sentido, pode-se dizer que a forte interdependência e integração entre uma grande quantidade de agentes envolvidos moldam um ecossistema complexo, que pode ser descrito por sistema relativamente independente e autoajustável de atores integradores de recursos, conectados por acordos institucionais compartilhados e criação de benefícios mútuos, por meio da troca de serviços (Fusco *et al.*, 2023). Assim, as interações e influências mútuas entre um conjunto de sistemas caracterizam o conceito de ecossistema. Além disso, a exploração de novas tecnologias promove a criação de um ecossistema composto por profissionais de saúde, operadores de campo, cuidadores informais e pacientes, que participam uniformemente na coprodução dos serviços de saúde e na produção colaborativa de benefícios (Ciasullo *et al.*, 2022).

Desta forma, foi adoto para este estudo que o propósito do ecossistema da saúde é prover serviços assistenciais que impactem positivamente a saúde de seus usuários (Fusco *et al.*, 2023), com sustentabilidade econômica, social e sanitária para todos os agentes do ecossistema (Tiso *et al.*, 2022). Esta relação entre os fatores e os agentes está representada na Figura 1, que mais a frente irá compor o Modelo Conceitual proposto neste estudo.

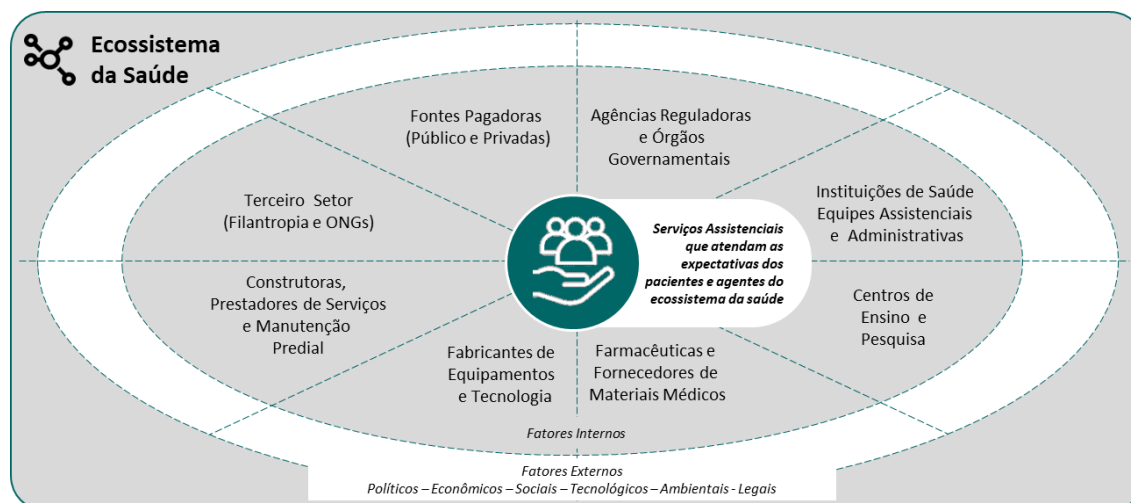


Figura 1: Agentes do ecossistema da saúde que contribuem para entrega dos serviços assistenciais  
 Fonte: elaborado pelo autor com base nos conceitos de Mamedio *et al.* (2020), Patrício *et al.* (2020), Tiso *et al.* (2022), Tampio *et al.* (2022) e Fusco *et al.* (2023).

Não obstante os desafios para que o ecossistema de saúde opere de forma eficiente em tempos regulares, a pandemia de Covid-19 entre os anos de 2019 e 2022, expôs as fraquezas e ameaças deste ecossistema em nível mundial, devido a fatores como complexidade, volatilidade, incertezas, fragilidades entre fluxos de suprimentos e falta de profissionais (Li *et al.*, 2023). Contudo, ao mesmo tempo, tal situação também demonstrou suas forças e novas oportunidades em momentos de crise (Martínez-Caro *et al.*, 2018), que possibilitam explorar um novo patamar de transformação proporcionado pelo advento de tecnologias disruptivas para evolução do modelo de prestação de serviços de saúde (Scheinker *et al.*, 2020). Portanto, a articulação entre agentes e instituições constitui o ecossistema da saúde de forma dinâmica e aberta, onde a gestão deve viabilizar as condições conjuntas para que os times multidisciplinares, ao longo do ciclo de vida de prestação de serviços, atinjam seus objetivos, tendo em conta, simultaneamente, as expectativas de seus patrocinadores e pacientes (Lavikka *et al.*, 2019).

O ecossistema de saúde sofre influência de fatores externos como políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, ambientais e legais, (análise PESTEL<sup>6</sup>), mas também influencia outros sistemas com os quais interage (Store-Valen, 2021). Estes fatores conectam-se diretamente às relações de poder entre concorrência, fornecedores e usuários (Yang *et al.*, 2020), além da perspectiva de novos entrantes e substitutos (Fournier *et al.*, 2018). Os fatores externos também influenciam a capacidade e eficácia do ecossistema de saúde, desafiando os gestores a

<sup>6</sup> Análise PESTEL – (acrônimo de (P) *Political*, (E) *Economic*, (S) *Social*, (T) *Technological*, (E) *Environmental* e (L) *Legal*), modelo de análise de fatores macro ambientais PEST proposto inicialmente por Francis Aguilar (1967) e refinado como PESTEL por outros autores como Johnson *et al.*, (2008).

orquestrá-los em consonância com os fatores internos, como sustentabilidade financeira, estruturas físicas, sistemas de informação, processos administrativos e protocolos assistenciais, e ainda relações humanas inerentes a cultura, aprendizado e engajamento das equipes tanto administrativas quanto assistenciais (Kuwaiti *et al.*, 2018).

Assim, o desempenho do ecossistema da saúde também influencia a sociedade, tendo em vista que a saúde de uma população interfere na cadeia produtiva de outros diversos pilares da sociedade como economia, produção, emprego, educação, transportes, meio ambiente, convívio social e a própria governabilidade (Randhawa *et al.*, 2021). Neste sentido, se faz necessário compreender que os prestadores de serviços no ecossistema de saúde tornaram-se cada vez mais fragmentados numa variedade de subespecialidades, laboratórios externos, prestadores de planos de seguros e práticas concorrentes (Patrício *et al.*, 2020).

Para compreensão do ecossistema de saúde é necessário reconhecer os principais agentes. Neste sentido, um dos primeiros agentes neste ecossistema são as “Agências reguladoras e órgãos governamentais”, que têm um papel crucial para estabelecer a legislação, regulação e políticas públicas que regem as relações entre todos os demais agentes do ecossistema de saúde. Um aspecto relevante sobre o papel desse agente é que o aumento dos custos de saúde coincide com o declínio do orçamento governamental, as alterações do padrão das doenças e a evolução da tecnologia médica, o que torna o governo cada vez mais incapaz de assumir sozinho a responsabilidade de fornecer instalações hospitalares e serviços de saúde (Wang *et al.*, 2022).

Por outro lado, a demanda por serviços de saúde de alta qualidade, apoiados pelo governo, exigiu o reconhecimento de novas práticas de gestão para aumentar a satisfação dos pacientes (Dixit *et al.*, 2022). Paralelamente, a redução nos custos operacionais também é motivo de preocupação para o governo, levando a visão que um ecossistema de saúde mais padronizado proporciona os melhores resultados, porém é necessária atenção à busca do equilíbrio para manter o serviço centrado no paciente (Malmrose & Kure, 2021). Assim, a liberação para início da prestação de serviços de saúde depende de laudos e autorizações emitidas por órgãos governamentais e o não atendimento às regras e legislação inviabiliza as atividades (Dixit *et al.*, 2022).

Os órgãos e agências também baseiam as suas decisões e políticas públicas em dados. Por exemplo, em 2016 o governo norueguês exigiu que os fundos regionais de saúde apresentassem um plano de desenvolvimento a longo prazo (até 2035), que reportasse um plano de desenvolvimento futuro das atividades e edifícios contendo dados sobre o espaço utilizado, capacidade ocupada, condição técnica, usabilidade e opções de adaptabilidade para ampliação

(Store-Valen, 2021). O papel dessas instituições é fundamental em momentos disruptivos, como por exemplo, na adoção de novas tecnologias como a tele saúde. Portanto, a interação dos domínios médicos regulamentados coexiste com novos recursos tecnológicos ainda não regulamentados, o que demanda a formalização deste novo serviço para abrir portas para um novo conjunto de dados sobre saúde, que realimenta o ecossistema de saúde (Vesselkov *et al.*, 2018).

As “Instituições de saúde” representam hospitais, clínicas e outras empresas, além de suas equipes assistenciais e administrativas, compondo o principal eixo de atendimento ao paciente, sendo compreendidos de forma ampla por suas relações técnicas e sociais em ambientes ambíguos e complexos (Mamedio *et al.*, 2020). Adicionalmente, novos hospitais podem estar vinculados a uma entidade privada, sem fins lucrativos, que trata os pacientes de forma privada, com foco em serviços de alta complexidade, tecnologia de ponta e serviços de saúde de alta qualidade como no estudo de caso detalhado por Mamedio (2020). Deste modo, vários tipos de agentes (públicos, privados e do terceiro setor) participam na prestação de serviços de saúde (Rajala *et al.*, 2021), sendo necessária a compreensão do desempenho global desta prestação de serviço por todo tipo de instituição (Korhonen *et al.*, 2023).

Com base no que foi descrito, pode-se dizer que o complexo ecossistema de saúde necessita de projetos de organizações públicas e privadas, sendo estes projetos implementados para garantir o funcionamento de partes do ecossistema, ou ainda dele todo. Tampio *et al.* (2022) descrevem em seu estudo que um projeto em saúde opera em um ambiente institucional forte, complexo e turbulento, sendo o próprio hospital um sistema social vago e complicado. Os propósitos distintos entre os diversos intervenientes, dentro e fora do ecossistema, diferem devido às suas responsabilidades e influência no projeto.

Ainda sobre os projetos do ecossistema da saúde, se faz necessário compreender que o gerenciamento de projetos é descrito como uma área de conhecimento que dá suporte metodológico para a implementação de projetos (Pereira *et al.*, 2022), pois possibilita produzir entregas consistentes e robustas de produtos e/ou serviços por meio de um esforço temporário. Neste sentido, vale destacar que projetos públicos são complexos devido, por exemplo, aos múltiplos objetivos, às múltiplas partes interessadas e às dificuldades em medir o sucesso onde a influência política é proeminente, e devem ser considerados como parte dos esforços estratégicos dos projetos (Larsen *et al.*, 2021a). Essas características têm implicações claras para a gestão dos hospitais e de como eles gerenciam os seus projetos.

Não obstante à relevância dos projetos de agentes públicos, a pluralidade de componentes privados e do terceiro setor reforça a necessidade de compreender os aspectos

singulares dos projetos reconhecidos neste contexto como sistemas complexos (Mamedio *et al.*, 2020). Por exemplo, os projetos hospitalares têm características únicas, pois o contexto a que estão submetidos depende de colaboração entre os profissionais de um time multidisciplinar desde sua concepção inicial, engajamento das equipes com planejamento, habilidades de improvisação e execução a fim de atingir os resultados projetados (Larsen *et al.*, 2021b). Os times multidisciplinares de projetos precisam adotar flexibilidade durante a implementação do projeto, nas funcionalidades do produto e de seu processo, que é uma força de equilíbrio para a complexidade do projeto (Lavikka *et al.*, 2019).

Os hospitais são complexos e parte deles, tecnologicamente avançados, com muitas estruturas e subfunções complicadas (Store-Valen, 2021), o que também demanda uma área de projetos atuando de forma proativa e contínua. Ao mesmo tempo, infelizmente o ecossistema de saúde conta com outra realidade em muitas localidades, realidade na qual os cuidados de saúde estão décadas atrás de outras indústrias em termos eficiência operacional, acarretando ineficiências operacionais significativas que comprometem a prestação de serviços de saúde (Lunkka *et al.*, 2021).

Além disso, no ecossistema de saúde a comunicação está envolvida com processos clínicos e operacionais complexos. Portanto, os gestores devem estar especialmente atentos à comunicação no ambiente de saúde devido ao envolvimento de diversos *stakeholders*. Com base neste contexto, quatro implicações podem ser citadas (Amankwah *et al.*, 2022), sendo elas: (I) Comunicação ampla no contexto do projeto e da jornada de prestação de serviços; (II) Gestão de Mudança organizacional e dos impactos dos projetos (III); Contexto do setor da Saúde; (IV) Alinhamento dos métodos de gestão tais como Gestão Estratégica, Gestão de Programas, Gestão de Projetos, Gestão de Mudanças e Gestão das Comunicações.

Os serviços de saúde são essencialmente executados por meio de relações interpessoais como a entre paciente e médico/enfermeiro/profissionais multidisciplinares de saúde (Zhang *et al.*, 2018). Esse tipo de relação pode ser medida com base em algumas métricas como acesso ao sistema de saúde (disponibilidade), condição de saúde (métricas de desfecho clínico - resultados do tratamento que podem ser desejados ou indesejados) e satisfação do paciente. A satisfação dos pacientes que se envolvem em interações enfermeiro-paciente de alta qualidade é maior, pois estes têm uma maior sensação de cuidado, menos ansiedade e depressão, o que pode promover a melhora da sua saúde geral (Haugan, 2014). Logo, um sistema de comunicação eficaz gera consumo mais racional dos recursos, pois a relação enfermeiro-paciente é o núcleo do serviço de enfermagem (Fan *et al.*, 2021). Adicionalmente, pesquisas recentes indicam a importância da interação enfermeiro-paciente conduzida em uma ampla

gama de ambientes de cuidados primários, cuidados hospitalares, comunidades, escolas e fábricas, para citar alguns poucos (Bentley *et al.*, 2016; Cardona-Morrell *et al.*, 2016; Haugan *et al.*, 2016).

Outro agente do ecossistema de saúde são os “Centros de educação e pesquisa”. Este agente contribui com ecossistema da saúde quando seus achados científicos têm potencial para aperfeiçoar a conduta médica, oferecer novas opções de tratamento a serem aplicados na rotina diária da assistência, potencializando melhoria do desfecho do tratamento (Martinez-Ortigosa *et al.*, 2023). O conhecimento gerado por um centro de educação e pesquisa deve ser disseminado para as equipes assistenciais e médicos para serem inseridos em seus protocolos de atendimento e resultarem em prescrições de medicamentos, orientações de diagnóstico e tratamento. Esse novo conhecimento a ser aplicado precisa ser registrado nos sistemas eletrônicos das instituições de saúde para que estejam à disposição dos pesquisadores para gerar novos achados (Cannavacciuolo *et al.*, 2023). Deste modo, os profissionais da saúde podem ser beneficiados com auxílio de ferramentas inovadoras e seguras para aperfeiçoamento dos seus processos de trabalho e, sobretudo, que influenciam o fluxo de comunicação, melhoram a aplicação do gerenciamento dos dados, apoiam a tomada de decisões e a mitigação de erros médicos em tempo real (Pereira *et al.*, 2022).

Com base no contexto supracitado, novas tecnologias estão sendo desenvolvidas no setor da educação, tecnologias essas que são aplicadas em ambiente de simulação realística por exemplo (Staziaki *et al.*, 2022). Outra mudança desenvolvida pelos centros de educação e pesquisa é a gamificação, que é definida pelo uso de componentes de jogos em outras atividades para incentivar o envolvimento com um produto ou serviço sendo utilizado, por exemplo, no ensino de radiologia. Os citados centros adotaram o conceito de *e-learning*, que foi capaz de melhorar a confiança no diagnóstico e reduzir as taxas de erro no diagnóstico de pneumotórax, ao mesmo tempo que ofereceu uma plataforma interativa divertida (Staziaki *et al.*, 2022).

Neste mesmo sentido, as empresas “Farmacêuticas e fornecedores de materiais médicos” são agentes do ecossistema de saúde que estabelecem parcerias com as instituições de saúde e centros de ensino e pesquisa (Romero-Torres, 2020). As interações com esses fornecedores se dão por meio de pesquisas clínicas com objetivo de desenvolver novos medicamentos e materiais para melhores desfechos, otimizar o tempo no tratamento de paciente (Gao *et al.*, 2020), reduzir custos operacionais, além de oferecer tratamento a uma parcela mais ampla da população (Klecun *et al.*, 2019). Como resultado das interações com estes agentes

podem ser citadas novas tecnologias como a impressão 3D<sup>7</sup> de próteses e órteses aplicadas em casos oncológicos, por exemplo, que permitem uma mudança radical no modelo de negócio, nas condições de tratamento e na recuperação pós-cirúrgica (Randhawa *et al.*, 2021).

Os “Fabricantes de equipamentos e tecnologias” como um sistema de apoio à decisão clínica, permite que pacientes e cuidadores tenham contribuído na concepção e melhoria dos serviços de saúde e identifiquem parcerias do ecossistema de saúde que precisam ser fortalecidas para atingir suas expectativas, contribuindo assim para a viabilidade a longo prazo de todo o ecossistema da saúde (Ciasullo *et al.*, 2022). Um aspecto que deve ser observado no ecossistema de saúde e que interfere nas relações e operações de vários agentes é a transformação digital (Dóra *et al.*, 2023). Por exemplo, um dos avanços advindos da adoção de recursos tecnológicos foi a telemedicina, onde pacientes e médicos interagem *online* (Kim, 2020). Assim, com o passar do tempo fica evidente que a consulta *online* será uma prática comum e deve evoluir para que os pacientes recebam suprimentos médicos no conforto de suas casas. A transformação digital não beneficia apenas os pacientes, mas também as instituições de saúde, pois cria um fluxo de dados automatizado, ao mesmo tempo que garante um processo de gestão eficaz (Bez *et al.*, 2023). Um sistema de gestão empresarial ERP<sup>8</sup> (Enterprise Resource Planning) oferece a capacidade de acompanhar todos os suprimentos, proporcionando rastreabilidade de medicamentos (Aroba *et al.*, 2023).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019) afirma que as tecnologias digitais oferecem oportunidades concretas para enfrentar os desafios do ecossistema de saúde. Dessa forma, as tecnologias digitais oferecem o potencial de melhorar a qualidade dos serviços e práticas de saúde. O relatório ainda destaca que as intervenções digitais de saúde podem ser usadas, por exemplo, para facilitar a comunicação direcionada aos usuários, de modo a ampliar a cobertura de contatos (Martins, Duarte, & Pinho, 2021).

Yang *et al.* (2022) descrevem que o ecossistema de saúde está evoluindo para uso dos sistemas de saúde inteligentes e que três expoentes são: Metaverso compreendido por uma rede de mundos virtuais 3D; Inteligência Artificial composta por sistemas de tecnologia da informação com capacidade de completar tarefas que normalmente requerem inteligência humana; Ciência de Dados constituída por um campo científico abrangente que envolve estatística, matemática e programação para analisar e estudar grandes conjuntos de dados. Neste mesmo contexto, o mesmo autor destaca alguns desafios oriundos pela adoção de tecnologias,

---

<sup>7</sup> 3D – Sigla para tridimensional, ou seja, algo que possui três dimensões geométricas: altura, largura e profundidade

<sup>8</sup> ERP – Enterprise Resource Planning – Sistema eletrônico de gerenciamento de informações médicas

que são: (I) Lógica de diagnóstico transparente e explicáveis; (II) Vínculo de confiança entre pacientes e hospitais, (III) Falta de vínculos entre paciente e IA; (IV) Segurança e privacidade de dados; (V) Questões éticas. Deste modo, a saúde inteligente quando bem empregada tem o potencial de proporcionar desfecho adequado à condição do paciente, além de melhorar a produtividade e a eficiência da prestação de cuidados de saúde que requer definição de estratégias para implementação de seus projetos.

As “Construtoras, prestadores de serviço e manutenção predial” também contribuem com o ecossistema da saúde, por exemplo, com as Parcerias Público Privadas (PPP) para implementação de novas unidades de atendimento (Wang *et al.*, 2022). As PPP são acordos de longo prazo assinados entre o setor público e um parceiro ou consórcio privado (Waluszewski, 2019). Essa nova empresa pode ser criada com propósito de atuar somente na concepção do projeto e implementação de infraestrutura, ou avançar em outros serviços como a gestão dos serviços assistenciais (Ferreira & Marques, 2020). Outro exemplo de contribuição destes agentes foi a construção de dois hospitais em Wuhan na China durante a pandemia de Covid-19. Esses dois hospitais têm três áreas principais: tratamento médico com 2.416 leitos, a área de residência do pessoal médico e a área de instalações auxiliares (Lu *et al.*, 2023). Assim, com base em um processo inovador de definição de *layout* e fluxos, foi possível gerar um projeto que uniu confiabilidade e praticidade (Lu *et al.*, 2020). Esta construção contou com a atuação integrada de 1.608 fornecedores e 952 subcontratados, realizando o feito em dez dias. Uma das declarações da equipe responsável foi que a eficiência da integração e colaboração foi fundamental para gestão integrada do projeto, construção, mobilização de recursos e alcance do planejamento global (Lu *et al.*, 2023).

A situação citada no parágrafo anterior ilustra a complexidade do ecossistema de saúde, bem como a necessidade de projetos integrados que permitam a todos agentes operarem para garantir o serviço ao paciente no final. Portanto, após o início dos serviços, o gerenciamento de instalações e manutenções entra em cena para garantir a sustentação da infraestrutura necessária para prestação de serviços. Vale destacar que um hospital é um dos tipos de edifícios mais complicados em comparação com outros edifícios públicos, sendo que os requisitos de gerenciamento de instalações e manutenções são muito mais sofisticados (Wen *et al.*, 2021). O motivo desta complexidade é porque eles demandam a aderência às regulamentações sanitárias, manutenção de equipamentos médicos e controle de ativos. Neste sentido, os setores responsáveis por este tipo de empreendimento estão empregando novas tecnologias como o uso do BIM (Building Information Modeling) para automatizar seus processos de gestão (Store-Valen, 2021).

Deste modo, os processos de saúde, juntamente com os projetos de construção de hospitais, são tipicamente complexos e envolvem colaboração multifuncional e multidisciplinar com muitas partes interessadas (Lavikka *et al.*, 2019). Como destacam Tampio *et al.* (2022), o tamanho e a complexidade dos projetos hospitalares induzem três grandes desafios ao gerenciamento de projetos: (I) o envolvimento de inúmeras partes interessadas induz interações complexas entre os stakeholders e conflitos de interesse; (II) a dinâmica e o aumento da capacidade induzem elevada incerteza; (III) a sua administração de uma estrutura de governação rigorosa e multifuncional induz elevados níveis de publicidade e controvérsia.

Existem estudos sobre quais os fatores de complexidade as equipes precisam analisar durante o ciclo de vida dos projetos. Lavikka *et al.* (2019) destacam o modelo de Geraldie *et al.* (2011) composto por: (I) Estrutura e Ferramentas, (II) Contexto, (III) Governança e (IV) Fatores Relacionais e Propriedades. Store-Valen (2021) analisa a complexidade a partir de fatores como (I) Estrutural, (II) Nível de Incerteza, (III) Ritmo e (IV) Sociopolítico. O mesmo autor também destaca a importância da gestão de mudanças baseada em estabelecer uma cultura de mudança equilibrada, acolher a mudança, avaliar impactos, implementar a mudança e realizar a melhoria contínua.

As informações até aqui apresentadas demonstram a complexidade e dificuldades para manter em funcionamento um ecossistema de saúde. Neste sentido, vale explicitar que um dos equipamentos mais relevantes neste ecossistema são os hospitais, que como visto durante a pandemia de Covid-19, promovem os serviços de saúde que garantem que outros setores da sociedade funcionem de forma adequada. Além disso, nota-se a importância de projetos tanto de organizações públicas quanto privadas, que são demandados também por conta da adoção e desenvolvimento de novas tecnologias. Neste contexto, a crescente complexidade nos processos de projeto para viabilizar o ecossistema de saúde leva à necessidade de os gerentes de projeto serem flexíveis e capazes de antecipar o futuro (Larsen *et al.*, 2021a).

Além disso, o processo espontâneo do ecossistema da saúde é inerente ao contexto enfrentado pela implementação de projetos, sendo uma característica única de sistemas adaptativos complexos (Mamedio *et al.*, 2020). Larsen *et al.* (2021b) destacaram que as avaliações formais aumentam com a complexidade do projeto, o que suprime práticas instintivas.

Outros agentes importantes no ecossistema de saúde são as “Associações do terceiro setor”, pois elas suprem uma importante lacuna no ecossistema no que tange às relações sociais e a garantia da equidade de condições para que o serviço assistencial de qualidade esteja disponível toda população (Gebre-Mariam *et al.*, 2019). Vale destacar que diversas instituições

de saúde têm origem em fundações filantrópicas com objetivos essencialmente assistencialistas e os proventos deste serviço são revertidos em novos investimentos (Ferreira *et al.*, 2020). A estrutura criada por instituições do terceiro setor são usadas para garantir o acesso a serviços de qualidade aos pacientes em condições de vulnerabilidade, sendo que podem suprir o atendimento básico para as populações vulneráveis (Pundzienė *et al.*, 2023).

Um aspecto relevante que precisa ser entendido no ecossistema de saúde é a entrada de recursos financeiros para os diversos agentes deste ecossistema. Assim, do ponto de vista da gestão da receita dos serviços, o setor de saúde pode ser classificado em dois segmentos principais, a saber, as instituições de saúde que cumprem o papel de prestadores de serviços e as operadoras de planos de saúde (Público e Privado), que são as “Fontes pagadoras (público e privadas)” de cuidados de saúde (Sunder *et al.*, 2020). Uma visão geral da cadeia de valor dos pagadores dos serviços de saúde mostra cinco funções importantes, que são: (I) desenvolvimento de produtos e aquisição de negócios; (II) gestão de membros; (III) gestão de fornecedores; (IV) gestão de cuidados; (V) gestão de sinistros (E&Y, 2018; Sunder, 2020).

Segundo Korhonen *et al.* (2023), a responsabilização também está intimamente relacionada com a eficácia. Segundo o autor, nos últimos anos, os cuidados de saúde baseados em valor (*Value-Based Health Care* VBHC) tornaram-se um método amplamente aprovado para fornecer e desenvolver serviços de saúde mais eficazes. Na VBHC, alcançar benefícios para os pacientes é considerado o objetivo global da prestação de cuidados de saúde, enquanto o valor é definido como os resultados de saúde alcançados pelo gasto com o serviço de saúde. De acordo com o VBHC, para diferentes tipos de condições médicas, as organizações prestadoras de cuidados de saúde precisam medir e gerir os custos e resultados ao nível do paciente ao longo de ciclos completos de cuidados (Korhonen *et al.*, 2023), ou seja, o percurso do paciente pelo sistema de saúde. Com efeito, a implementação do VBHC exige a medição de todos os custos relacionados com a viagem de um paciente em várias organizações do ecossistema de saúde, o que também pode ser considerado uma medição horizontal. O modelo VBHC recomenda organizar as unidades em torno do percurso do cuidado (Van Veghel, 2019).

Segundo Fusco *et al.* (2023), a OMS avançou em 2016 para um modelo de prestação de serviços com foco centralizado na saúde do paciente e da população, implicando uma parceria colaborativa entre profissionais de saúde e pessoas ou instituições empenhadas e capacitadas na cocriação de serviços de saúde e bem-estar numa abordagem de vida inteira. A Health Foundation identificou uma estrutura que compreende quatro princípios de cuidados centrados na pessoa (Fusco *et al.*, 2023), sendo eles: (I) Proporcionar às pessoas dignidade, compaixão e respeito; (II) Disponibilizar cuidados, apoio, prevenção ou tratamento coordenados; (III) Prover

atendimento, suporte ou tratamento personalizado; (IV) Apoiar as pessoas a reconhecer e desenvolver os seus próprios pontos fortes e capacidades para lhes permitir viver uma vida independente e plena.

No entanto, para atingir um nível mais alto de qualidade de serviços de saúde existem barreiras a serem superadas. Segundo Patrício *et al.* (2020), algumas destas barreiras incluem: (I) falta de informações e formas de coletá-las; (II) confiança, respeito e troca confiável de informações inadequados; (III) cultura organizacional, juntamente com a formação, demografia e crenças dos médicos; (IV) alinhamento de incentivos e outros fatores do ambiente externo. Estas barreiras exigem uma reformulação dos ecossistemas de saúde para permitir que os sistemas sejam integrados para garantir que as pessoas recebam uma continuidade de serviços de prestação da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, nos diferentes níveis e locais de cuidados.

Ainda nesse estudo, Patrício *et al.* (2020) destacam que a saúde integrada também exige combater a fragmentação do sistema e promover a coordenação e a colaboração dentro da rede de intervenientes nos cuidados de saúde, bem como equilibrar as necessidades individuais e organizacionais com o bem-estar social e a viabilidade do sistema de saúde. Para tal, tem sido defendida a evolução da governança e criação de unidades de prática integrada, tendo como exemplos do A.C. Camargo Cancer Center (ACC, 2023, p. 12-13), Hospital Albert Einstein (HIAE, 2023, p. 21-28), Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP, 2023, p. 24 -31) Hospital do Coração (HCOR, 2023, p. 53), Hospital Moinhos de Ventos (HMOV, 2023 p. 22-23), Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC, 2023 p. 28-31), Hospital Sírio-Libanês (HSL, 2023 p. 17-19, p. 55-56) e o Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês (IRSSL, 2023 p. 25-27) . Estas instituições de saúde buscam a evolução de seus processos de gestão como forma de proporcionar o ciclo completo de cuidados a uma condição médica mais colaborativa entre os beneficiários dos cuidados de saúde e os profissionais de saúde. Um aspecto importante neste contexto é que a OMS (2006) descreve que a saúde significa não apenas a ausência de doença, ou enfermidade, mas também que o bem-estar físico, mental e social das pessoas. Portanto, um hospital é socialmente sustentável quando consegue prestar atenção minuciosa aos vários impactos sociais nas partes interessadas durante o seu ciclo de vida e perceber o bem-estar dos stakeholders (Wang *et al.*, 2022).

Trabalhando como pesquisadores do Institute for Healthcare Improvement (IHI), Berwick, Nolan e Whittington (2008) unificaram então o conhecimento construído a partir do relatório da OMS, que conduziu o movimento da qualidade e o conceito do valor para os pacientes sob a estrutura de triplo objetivo. O IHI introduziu o conceito *Triple AIM* com o

objetivo de melhorar o bem-estar da população. A estrutura IHI *Triple AIM* serve como base para otimizar a saúde, melhorando simultaneamente a (I) experiência de atendimento do paciente (incluindo qualidade e satisfação), a (II) saúde da população e (III) reduzindo o custo per capita dos cuidados para o benefício das entidades sociais (Berwick *et al.*, 2008). Neste sentido, recentemente foi proposta a inclusão de um novo objetivo associado à melhoria do ambiente e satisfação do prestador de serviços assistenciais de saúde, que foi a origem ao “*Quadruple AIM*” (IHI, 2023).

Além das questões anteriormente apresentadas, a acreditação é um processo de certificação em qualidade de serviços assistenciais que, como filosofia de gestão, ajuda os hospitais a obterem vantagens competitivas que lhes permitam desenvolver sucessivas mudanças técnicas e ambientais (Algunmeeyn *et al.*, 2020). Esse tipo de certificação engloba todos os aspectos do trabalho das instituições de saúde, tais como o cuidado dos pacientes e suas famílias, estilo de liderança, serviços de segurança e apoio, além de melhoria de qualidade. A aplicação de padrões de acreditação melhora a gestão da informação, a educação e a formação dos profissionais de saúde. A acreditação envolve melhorias na formação dos custos hospitalares, aumento dos níveis de satisfação dos pacientes, confiança e reputação das instituições de saúde (Algunmeeyn *et al.*, 2020).

O processo de certificação envolve a criação de comissões de qualidade que promovem o diálogo e confiança entre as diferentes classes de profissionais (Picoito *et al.*, 2022). A aplicação para a acreditação contempla as etapas de formação de equipe, diagnóstico físico e documental, adequação de processos e procedimentos, auditoria externa de conformidade e plano de ação para manutenção e aperfeiçoamento dos padrões (Patrício *et al.*, 2020). As auditorias externas são denominadas “órgãos acreditadores” e as instituições são a *Joint Commission* (2023) dos Estados Unidos da América, *QMentum* (2023) do Canadá e *ONA*<sup>9</sup> (2023) do Brasil. Corroborando com a visão do serviço integrado orientado ao paciente e padrões internacionais de qualidade assistencial, as organizações presentes em um ecossistema de saúde necessitam de projetos eficazes, que não devem ser vistos apenas para atender as conformidades dos planos, mas principalmente como mecanismos para a entrega de valor aos pacientes (Store-Valen, 2021), bem como de seus colaboradores (Wang *et al.*, 2022).

Portanto, como apontado anteriormente, são necessários projetos que criem impactos e valores sociais e econômicos significativos em longo prazo, um trabalho extenso e de ligações estreitas com outros agentes e desenvolvimentos, como a reforma social e dos cuidados de

---

<sup>9</sup> ONA | Organização Nacional de Acreditação - <https://www.ona.org.br/>

saúde (Tampio *et al.*, 2022). Os objetivos mútuos e claros, um sistema de governança adequado do projeto, comunicação e mandatos claros foram considerados ferramentas importantes para contrabalançar a complexidade e a imprecisão vividas nos projetos de um ecossistema de saúde, que potencialmente comprometem o resultado do projeto (Larsen *et al.*, 2021a). É neste processo constante de melhoria, adaptação e transformação que o gerenciamento de projetos e suas equipes pode fazer a diferença e suportar o ecossistema de saúde por meio de entregas de produtos e serviços às equipes assistenciais e, principalmente, aos pacientes.

Portanto, apresentando como duplo objetivo dos projetos do ecossistema de saúde, sendo eles simultaneamente direcionados para a entrega de componentes dos serviços, bem como para a mudança organizacional (Larsen *et al.*, 2021b). Os projetos no ecossistema de saúde exigem a integração de diferentes competências, conhecimentos e perspectivas de projeto. Assim, é preciso gerenciar a integração na fase inicial, onde a incerteza é alta e a informação é escassa, o que impõe exigências aos participantes do projeto, tanto a nível individual como organizacional. Neste sentido, a colaboração intraorganizacional está associada tanto ao risco quanto à complexidade, e os esforços colaborativos estão associados a altas taxas de fracasso (Larsen *et al.*, 2021b).

A complexidade dos projetos desafia os gestores a lidar com incertezas, emergências e situações inesperadas. Implica lidar com múltiplos fatores de dimensões técnicas, humanas e políticas (Mamedio *et al.*, 2020). Merschbrock *et al.* (2018) estudaram projetos hospitalares que tinham em comum componentes técnicos semelhantes, mas cada um optou por uma solução colaborativa divergente em função de falta de consenso entre as partes. Portanto, a improvisação estratégica teve uma resposta potencialmente significativa dos gestores em relação à complexidade do projeto para fazer ajustes e mudanças, com foco na eficácia e no desempenho do projeto (Mamedio *et al.*, 2020). Além disso, as habilidades necessárias para gerenciar projetos complexos vão além daquelas ligadas ao gerenciamento de projetos preditivo, ágil e processos, sendo complementados com práticas de gestão de mudanças. A organização e o projeto operam em ambientes pluralistas, caracterizados por poder difuso e interesses divergentes (Larsen *et al.*, 2021b). Com base no que foi exposto nesta seção esta pesquisa adota a seguinte proposição:

Proposição 1: Os agentes do ecossistema de saúde necessitam de projetos integrados para prestar serviços de saúde aos pacientes com maior eficácia.

Os serviços fornecidos no ecossistema de saúde devem atender as expectativas e necessidades dos pacientes. Assim, a próxima seção avança na discussão sobre a jornada do paciente composta pelos serviços e seus componentes em cada etapa.

## **2.2 JORNADA DO PACIENTE – PLANO DE SERVIÇOS E SEUS COMPONENTES**

A jornada do paciente é uma representação gráfica e conceitual do percurso que o paciente deverá passar ao longo da utilização de um serviço de saúde (Simonse *et al.*, 2019). A jornada do paciente também pode ser compreendida como a organização dos serviços prestados pelos diversos agentes do ecossistema de saúde irão compor cada etapa do serviço assistencial (Sassen, 2023). A jornada é decorrente da aplicação dos conceitos de experiência do cliente e design de serviços no setor da saúde.

Segundo Cambra-Fierro *et al.* (2021), a experiência do paciente é conceituada por sua natureza holística, envolvendo respostas cognitivas, afetivas, emocionais, sociais e sensoriais dos clientes aos estímulos das empresas. Engström *et al.* (2022) descrevem o design de serviço como uma abordagem centrada no ser humano para a criação de novos serviços. Assim, ao explorar as experiências individuais e contextuais dos pacientes por meio de um processo iterativo de prototipagem, pode ser viabilizada a criação de serviços que atendam suas expectativas. Estes conceitos estão alinhados com a visão da medicina, onde os cuidados de saúde estão evoluindo de serviços prescritivos padronizados para modelos personalizados centrados na pessoa, que permitem a transformação do sistema por meio do envolvimento do paciente e dos agentes do ecossistema, para planejamento, implementação e prestação de serviços personalizados eficazes e sustentáveis (Romagnuolo *et al.*, 2021).

O design de serviços pode contribuir para a transformação dos cuidados de saúde, pois adota uma abordagem criativa e transformadora para prever novos futuros, combinando isso com uma perspectiva holística de sistemas de serviços. O design de serviços evoluiu para lidar com a crescente complexidade do setor, sendo cada vez mais adotado para projetar o encadeamento dos subserviços e as interações entre os diversos agentes do ecossistema da saúde (Patrício *et al.*, 2020). Segundo Randhawa *et al.* (2021), o ecossistema de saúde difere de outros ecossistemas de produtos tecnológicos em quatro aspectos importantes, que são representados por: (I) serviços e produtos fornecidos por uma rede difusa e com inúmeras combinações; (II) uma rede complexa de stakeholders; (III) contexto de interesses individuais, públicos, privados, regulamentações e ética médica, que precisam ser orquestrados de forma coletiva e viável para

atender ao propósito de gerar o último aspecto que é (IV) cuidados de saúde, que são um bem essencial.

Os mapas de jornada do paciente podem ser usados para desenvolver uma compreensão mais profunda das experiências e emoções dos pacientes, permitindo identificar necessidades não atendidas e para encontrar oportunidades para melhorias centradas no paciente nos cuidados de saúde (Bui *et al.*, 2023). Assim, dependendo do propósito exato do projeto de mapeamento da jornada do paciente, diferentes mapas podem ser criados para enfatizar diferentes aspectos. Deste modo, ao gerir a experiência na jornada, pode ser tratado o enriquecimento que abrange o antes, o durante e o depois da experiência, tornando-a agradável e atendendo às expectativas dos pacientes (Bui *et al.*, 2023).

Esta perspectiva de tratamento da experiência dos pacientes pode engajar no longo prazo pacientes de instituições privadas, ou mesmo suportar ações públicas, porque pode estabelecer comprometimento mútuo entre pacientes e instituições. Esta consciência é relevante principalmente em serviços altamente complexos como na saúde, onde atender às expectativas reforça a credibilidade da instituição de saúde, gerando elos de conexão com paciente (Cambrá-Fierro *et al.*, 2021). Com base no que foi apresentado, é possível dizer que o envolvimento do paciente na concepção e uso dos serviços é fundamental para gerar *feedbacks* utilizados para aperfeiçoar os serviços e identificar pontos de melhoria ou oportunidades a serem exploradas. Como complemento, as plataformas de *feedback* dos pacientes geram uma quantidade cada vez maior de dados sobre a experiência de atendimento dos pacientes, que atualmente não são utilizados pela maioria dos hospitais, ou por suas unidades de inteligência de negócios (Bez *et al.*, 2023).

No contexto de cuidados da saúde, a jornada do paciente permite analisar ineficiências na prestação dos serviços de saúde e facilita identificação de melhorias para tornar a experiência do paciente mais fluída (Joseph *et al.*, 2022). Ao compreender a experiência do paciente dentro do ecossistema de saúde, especialmente por meio do mapeamento da jornada do paciente, é possível identificar problemas e oportunidades, mapear o fluxo pelo qual um paciente passa, desde os primeiros sintomas, passando pelo diagnóstico, tratamento até o pós-tratamento (Sassen, 2023).

Os padrões crescentes de qualidade do tratamento e a necessidade de reduzir custos contrapõem modelos de serviço baseados na personalização ou padronização, sendo que o design de serviço atua como conciliador do desenho de uma arquitetura de serviços que atenda às expectativas do paciente e os objetivos dos agentes do ecossistema de saúde (Barros, 2020). Além disso, as jornadas podem ser usadas para ajudar a identificar pontos problemáticos em

processos e destacar oportunidades de melhoria em vários ambientes e contextos, bem como orientar a implementação eficaz de recursos para expandir os serviços ou estabelecer riscos operacionais (Joseph *et al.*, 2023). O mapeamento de processos também é usado para otimizar os serviços de cuidados, mas muitas vezes carece de uma abordagem centrada no paciente.

As organizações em geral e os prestadores de serviços em particular não podem dar-se ao luxo de virar as costas à tecnologia, especialmente no caso das economias emergentes (Cambra-Fierro *et al.*, 2021). As novas tecnologias, as mídias sociais e a infinidade de canais e plataformas disponíveis permitem uma maior conexão e interação com os consumidores, proporcionando às empresas inúmeras oportunidades de apoiar os clientes ao longo de sua jornada (Liu *et al.*, 2023b). No caso específico das clínicas de saúde privada, a tecnologia desempenha um papel muito relevante na criação e comunicação das instituições de saúde. A tecnologia está associada à inovação, eficiência e competência, sendo que ela pode não apenas reforçar o papel das instituições de saúde como disseminadores de conhecimento da saúde, mas também criar múltiplos canais e pontos de contato para interagir com os clientes (Cambra-Fierro *et al.*, 2021).

A jornada do paciente também fornece uma abordagem integrativa para inovar sistemas de saúde complexos e projetar para a mudança social pretendida. Deste modo, a elaboração de uma jornada do paciente é realizada com técnicas de *design* de serviços, que contribui para um sistema de cuidados de saúde mais centrado e integrado nas pessoas e garante que estas recebam cuidados de saúde contínuos ao longo da vida (Patrício *et al.*, 2020). O termo jornada abrange experiências acumuladas no decorrer das diferentes fases do relacionamento cliente-empresa, que compreendem busca, aquisição, utilização do serviço e pós-utilização, incluindo todos seus pontos de interação (Cambra-Fierro *et al.*, 2021).

Portanto, a modelagem da jornada do paciente é realizada para atender a realidade de cada contexto e não existe um modelo genérico que sirva para todas as situações. Joseph (2023) descreve o processo de mapeamento da jornada do paciente com a utilização de cinco formatos de mapas, que são: (I) cognitivo de modelo mental; (II) experiências; (III) jornada do cliente; (IV) modelo de serviços; (5) mapa espacial. Cada um destes mapas inclui dados de forma distinta e ilustra experiências em diferentes contextos. Assim, a partir da definição de uso de um desses formatos, o mapeamento da jornada do paciente é iniciado analisando o contexto atual, com o objetivo de identificar melhorias na prática clínica, processos de prestação de serviços e seus resultados para os pacientes.

A criação de uma jornada do paciente parte da compreensão das principais etapas do fluxo que o paciente terá interação e quais os aspectos específicos têm maior potencial para

impactar positivamente sua experiência (Philpot *et al.*, 2019). O processo de mapeamento da jornada do paciente envolve três fases (preparação, interação e mapeamento), utilizando para isso entrevistas, estudos em campo, atividades de *workshop* para formulação do mapa final que represente a jornada do paciente. O produto final deste processo é um mapa visual com as etapas do fluxo de atendimento do paciente passando por pré-tratamento, tratamento e pós-tratamento com seus respectivos prazos, descrição das expectativas do paciente e serviços realizados, percepções e emoções do paciente ao longo da jornada e inspirações para melhoria dos serviços (Bui *et al.*, 2023).

Em seu estudo para criação de uma jornada do paciente para uma nova plataforma de soluções digitais para serviços de saúde, Turk *et al.* (2022) utilizaram um modelo preconizado pelo consórcio Gravitare-Health, uma parceria público-privada com 41 instituições europeias e americanas liderada pela Universidade de Oslo. O modelo consiste em um processo de compreensão do perfil dos pacientes, criação do mapa da jornada do paciente e do plano de serviços. Conforme o Gravitare-Health (2021), o perfil dos usuários, ou *personas*, é realizado com a descrição fictícia, porém real, de um usuário típico com suas limitações, emoções e expectativas. A descrição das *personas* é realizada de forma colaborativa pela equipe envolvida na modelagem, possibilitando compartilhar percepções, gerando maior consciência e consenso sobre cada uma de suas características e necessidades ao longo do percurso. Esta consciência durante a idealização permite o desenvolvimento de serviços específicos, selecionando os agentes do ecossistema e componentes do serviço requeridos para atender cada *persona* de forma personalizada em cada etapa da jornada (Randhawa *et al.*, 2021).

Ainda descrevendo o modelo Gravitare-Health (2021), o mapa da jornada do paciente é normalmente composto por dois eixos, onde colunas representam as etapas do percurso do paciente ao longo do serviço assistencial e duas raias com foco em atividades-chave diretamente associadas à “experiência do paciente”, ou “*front-stage*”, e atividades-chave de “*back-stage*”, ou internas que compõem o “plano de serviços” (*service blueprint*), compreendendo assim, todos os fatores internos que influenciam a eficácia dos serviços prestados. Em cada coluna, a etapa da jornada do paciente é detalhada, incluindo suas respectivas subetapas e expectativas do paciente (problemas - *pain points*). Na seção “experiência do paciente” estão descritos o passo a passo das ações do paciente, as atividades-chave do fluxo de serviço que tratam da interação com paciente, canais de interações (*touchpoints*), os agentes de saúde (médicos, enfermeiros e profissionais multidisciplinares de saúde) e administrativos que irão interagir com o paciente, os departamentos das instituições de saúde envolvidos na etapa, o trecho do mapa de emoções e percepções (positivas e negativas) do paciente.

Na seção “plano de serviços” são detalhadas as atividades-chave internas do fluxo de serviços, que tratam da interação entre as áreas internas da instituição de saúde e os agentes do ecossistema da saúde, prazos médios de atendimento e os indicadores assistenciais que permitem a avaliação de efetividade e controle de qualidade da prestação dos serviços. O plano de serviços também agrega o encadeamento dos componentes (fluxos, processos, protocolos, tecnologias, espaços físicos, medicamentos, materiais e equipes) necessários para que o serviço assistencial possa ser prestado, seus requisitos funcionais, interdependência entre as diversas áreas internas e agentes do ecossistema de saúde e os indicadores operacionais que permitem a avaliação da performance e disponibilidade de cada componente necessário para o serviço da etapa analisada. Os gestores dispõem de uma grande variedade de indicadores de serviço e operacionais, comparáveis entre as diversas instituições de saúde e agentes do ecossistema, servindo como referência para apontar melhorias, suportar a tomada de decisão sobre diretrizes organizacionais e políticas públicas (Kokko *et al.*, 2022).

A literatura é rica em exemplos de jornadas do paciente que descrevem os benefícios do uso desta representação para compreensão da melhor forma de encadeamento dos processos para que o paciente tenha sua expectativa de melhora da condição de saúde atendida (Joseph *et al.*, 2020; Randhawa *et al.*, 2021; Bharatan, 2021; Turk *et al.*, 2022; Gravitare-Health; 2021; Erickson *et al.*, 2012). Em um estudo de caso de melhoria de eficiência de um centro cirúrgico de um hospital de Madrid, Sales-Coll *et al.* (2023b) descrevem que o desenho da jornada do paciente ao longo do processo auxiliou na compreensão do fluxo de informações e materiais para otimização dos processos. Os projetos previam melhorias em três áreas: gerenciamento da lista de espera, critérios de agendamento da sala de cirurgia e compartilhamento de recursos cirúrgicos, e criação de equipes de melhoria contínua (Sales-Coll *et al.*, 2023b). Esse estudo demonstrou como resultados: a redução do tempo de espera, o aumento da eficiência das salas cirúrgicas, decorrente de uma mudança cultural na gestão dos recursos cirúrgicos, particularmente, no planejamento das atividades e um aumento notável nos indicadores de eficiência cirúrgica, defendendo benefícios da aplicação dos princípios *Lean* para melhoria contínua, associados ao uso da jornada do paciente.

As etapas da jornada do paciente são desenhadas conforme o contexto a que estão inseridas. A jornada do paciente é iniciada quando o paciente identifica um sintoma que aponta que a sua saúde está fora de sua condição normal. A partir deste momento o paciente busca por conhecimentos disponíveis em livros, sites, pessoas de seu convívio, ou por um profissional de saúde que possa definir um diagnóstico e prescrever o tratamento para que sua saúde retorne à condição normal (Joseph *et al.*, 2020).

Randhawa *et al.* (2021) descrevem uma jornada do paciente com objetivo de auxiliar na transformação da cadeia de serviços de implantes dentários gerados por impressão 3D. Um dos principais objetivos foi de fornecer aos pacientes oncológicos, uma experiência mais fluida com tratamento e recuperação em melhores condições. A jornada do paciente descrita é formada por quatro etapas: (I) Diagnóstico, (II) Pré-operatório, (III) Cirurgia e (IV) Pós-operatório. Na etapa inicial, o estudo descreve que os mapas de jornada do paciente e stakeholders serviram como artefatos experimentais dividindo os ciclos de aperfeiçoamento em componentes tangíveis para coletar com eficiência as informações sobre as áreas críticas da jornada do paciente definitiva. A jornada do paciente também foi elemento-chave no desenho definitivo por construir colaboração, consenso e adesão entre os *stakeholders* sobre as mudanças organizacionais e seus processos, equipe e tecnológicas, como uso de inteligência artificial, necessárias para o novo modelo. Esta pesquisa também contribuiu para aprender sobre o papel central dos pacientes e da interação dos *stakeholders* no atendimento das expectativas dos pacientes. O novo modelo gerou melhorias como qualidade do serviço assistencial, redução de custos e tempo de tratamento (Randhawa *et al.*, 2021).

Joseph *et al.* (2020) descrevem que o método de desenho de jornada do paciente é frequentemente utilizado por engenheiros de *design* de serviços, sendo que o conceito e a utilização no contexto da saúde são relativamente novos. Além de representar visualmente o percurso completo que um paciente segue durante todas as etapas do serviço de saúde, um modelo como este também possibilita entender as emoções e percepções do paciente ao longo desta jornada. Em um cenário hipotético proposto por Joseph *et al.* (2020), criado a partir de modelos descritos em 30 artigos analisados nesse estudo, foi criado um modelo para casos de baixa complexidade como náuseas e gripes, composto por cinco etapas: (I) Consciência dos sintomas, (II) Consideração de tratamento, (III) Procurando atendimento médico, (IV) Diagnóstico de tratamento e (V) Recuperação.

No contexto deste estudo, foram analisados requerimentos complementares do serviço como acesso aos registros clínicos nas plataformas de sistema de gestão de saúde, registro de saúde pública e tecnologias de saúde móvel. A decisão sobre tratamento é definida a partir das informações clínicas, dados de diagnóstico e conduta médica descrita em protocolos médicos, cabendo ao médico a consolidação e interpretação do conjunto de dados e informações disponíveis para prescrever os cuidados necessários para recuperação da saúde do paciente, tendo como respaldo uma equipe multidisciplinar que proteja a segurança e a integridade dos pacientes. Os profissionais médicos também são citados como fonte de informação nas etapas iniciais de consideração, busca por atendimento e, posteriormente, na recuperação. Estas

informações são disponibilizadas muitas vezes com o uso de sites na internet para gerar consciência e informações seguras para os pacientes (Joseph *et al.*, 2020).

Em um estudo sobre doenças críticas não transmissíveis, Bharatan (2021) relata como a abordagem de mapeamento das etapas da jornada do paciente em direção a soluções acionáveis foi utilizada. Os principais pontos de contato ao longo da jornada do paciente neste contexto incluem etapas e seus respectivos serviços, que são descritos como: (I) Conscientização – divulgar hábitos promotores de saúde e disseminar informações sobre doenças e fatores de risco para educação do paciente; (II) Triagem – triar os pacientes de acordo com as suas doenças, comorbidades e avaliar riscos; (III) Diagnóstico – realizar diagnóstico e prescrever tratamento; (IV) Tratamento – prover acesso ao tratamento e monitorar resposta; (V) Adesão – promover a adesão à terapia gerir dados de doenças crônicas e suprir dados de políticas públicas; (VI) Controle ou remissão – acompanhar melhora nos sintomas e qualidade de vida. A jornada do paciente desenvolvida derivou para um modelo de acompanhamento robusto possibilitando acompanhar indicadores de evolução dos tratamentos com a utilização de sistemas de informações médicas e gestão de dados estruturados. Assim, essa jornada do paciente permitiu uma melhor compreensão das interações entre os diversos agentes do ecossistema da saúde a fim de suprir informações necessárias para tomada de decisão, possibilitando navegar no ecossistema com mais confiança e alcançando melhores resultados.

Ainda sobre a utilização da jornada do paciente como estratégia de construção de serviços de saúde, pode ser dito que tais serviços são essencialmente uma relação interpessoal entre paciente e equipe assistencial (médico, enfermeira assistencial, profissionais multidisciplinares de saúde e enfermeira navegadora). Essa relação pode ser medida com base em algumas métricas como acesso ao sistema de saúde, melhora da condição de saúde (Zhang *et al.*, 2018), desfecho clínico e melhoria dos índices de satisfação do paciente (Ferreira & Marques, 2021). Em seu estudo Erickson *et al.* (2012) também destaca o papel da enfermagem assistente no papel de coordenação multidisciplinar para navegação do paciente ao longo das etapas que o paciente vai percorrer no serviço assistencial. Os princípios utilizados para esta jornada foram de acolher os pacientes e seus familiares, concentrar-se nos objetivos e missão organizacional, aumentar a continuidade dos cuidados, aumentar a produtividade do cuidador, potencializar o trabalho em equipe multidisciplinar, redesenhar o fluxo e ambientes físicos destinados aos cuidados e aperfeiçoar procedimentos de segurança do paciente.

De forma complementar ao modelo tradicional da jornada, a atuação da enfermagem assistente foi modelada de forma a viabilizar a navegação do paciente de forma transversal em todas as etapas da jornada, atuando como conexão entre os diversos serviços (Erickson *et al.*,

2012). A enfermeira assistente acolhe e orienta o paciente pela jornada, sendo que a atuação dela inicia as etapas de acesso do paciente ao serviço assistencial, dando apoio na pré-admissão e tratativas burocráticas para ingresso ao sistema de saúde. Durante a prestação do serviço, a enfermeira assistente ainda auxilia na condução do atendimento ao paciente, orienta atividades preparatórias para exames e procedimentos cirúrgicos, acompanha internações e tratamentos, presta suporte clínicos e operacional ao paciente e às equipes envolvidas até o final do processo com liberação clínica e administrativa. Esse acompanhamento também pode englobar casos terminais, tornando o tratamento humanizado com base em cuidados paliativos para o paciente, além de acolhimento e suporte psicológico para os familiares (Swinton *et al.*, 2021). No pós-tratamento e desfecho faz o acompanhamento pelo contato telefônico para avaliar o engajamento do paciente com a medicação, facilitar consultas periódicas para reavaliação e orientar procedimentos de recuperação fora da instituição de saúde como fisioterapia (Erickson *et al.*, 2012).

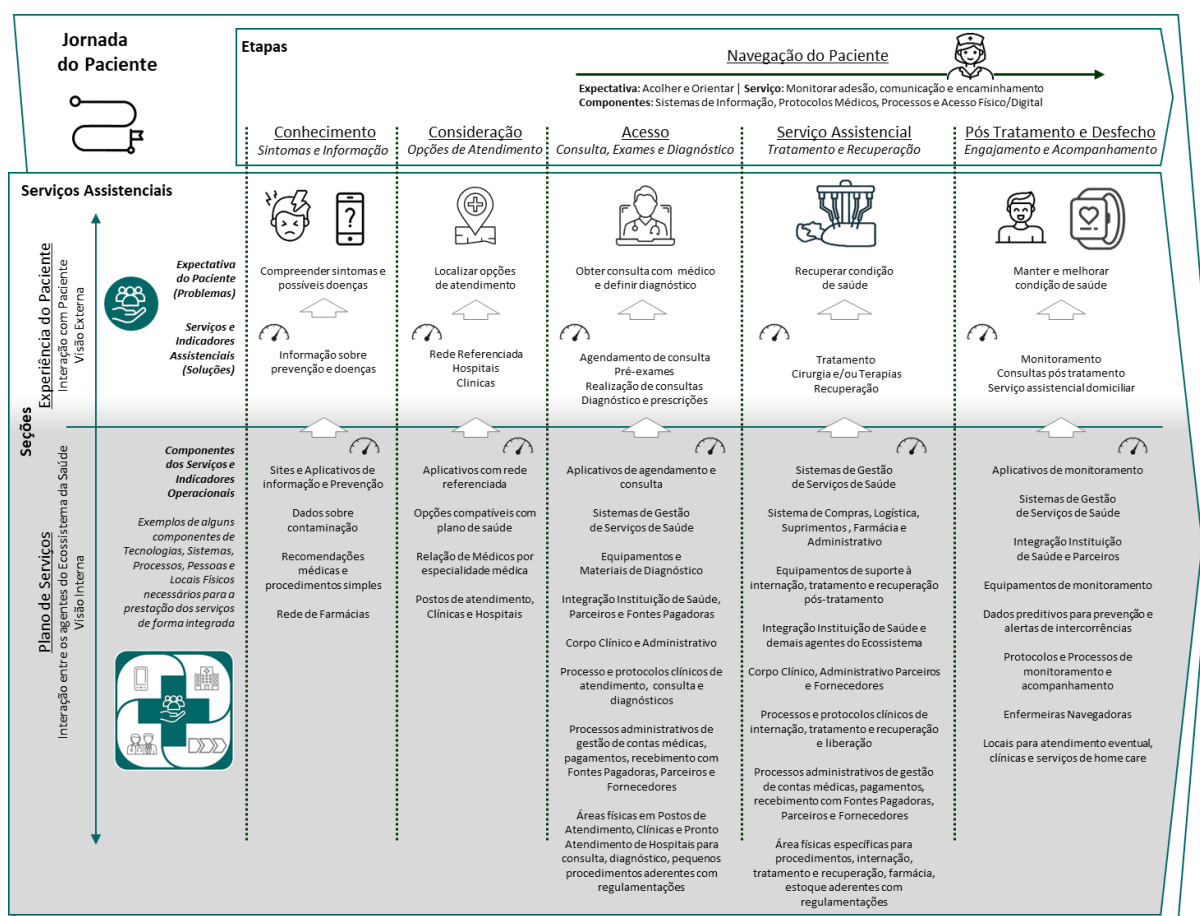


Figura 2: Jornada do paciente teórica-referencial

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos modelos de Erickson *et al.* (2012), Joseph *et al.* (2020), Randhawa *et al.* (2021), Bharatan (2021) e Gravitare-Health (2021).

A partir destes modelos foi possível desenhar uma representação conceitual da jornada do paciente como descrito na Figura 2. A respectiva representação tem o propósito de estabelecer um elo conector entre o ecossistema da saúde, os serviços assistenciais que precisam de melhorias e as práticas de gestão utilizadas nos projetos na saúde. Esta jornada do paciente contribui com o objetivo desta dissertação que é propor o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente.

A jornada do paciente apresentada possibilita exercitar a interdependência entre os componentes de serviço descritos em uma jornada do paciente, os projetos na saúde, as práticas de gerenciamento de projetos mais adequadas ao contexto e o gerenciamento integrado de projetos da saúde. Este encadeamento pode permitir a organização de todos os componentes de projeto e gestão dos agentes do ecossistema necessários para que o serviço seja entregue de forma completa pelos times multidisciplinares de projetos. Deste modo, a Figura 2 apresenta, de forma simplificada, a visão das etapas da jornada do paciente. A forma sintética como está representada busca equilíbrio entre declarar a importância do papel dos pacientes na concepção e especificação dos serviços e a necessidade de aprofundamento em técnicas específicas como análises de problemas, elaboração de cenários de solução dos respectivos agentes do ecossistema, cenários de solução, protótipos, testes e outras visões como subetapas, pontos de contato e percepções do paciente durante o serviço.

A jornada do paciente apresentada é composta por duas seções e seis etapas. As seções representam as interações entre usuários e prestadores do serviço. A primeira seção é denominada de “experiência do paciente”, que tem como foco principal as interações do paciente com as instituições de saúde. Esta seção é composta pelas subseções (I.a) Expectativas dos pacientes (*pain points*) e (I.b) Serviços e indicadores assistenciais (soluções). A segunda seção é denominada de “plano de serviços”, que tem como foco principal as interações entre as instituições de saúde e os agentes do ecossistema de saúde.

O plano de serviços consolida a solução técnica para prestação dos serviços, solidificando os componentes necessários em cada etapa da jornada do paciente como processos administrativos, protocolos assistenciais, sistemas de tecnologia e informação, integração de cadeias de suprimentos com parceiros e fornecedores, *stakeholders*, espaços físicos, profissionais assistenciais e administrativos, e toda infinidade de componentes que formam os serviços prestados ao paciente. A jornada do paciente também inclui os indicadores operacionais que possibilitam acompanhar a performance de cada componente que faz parte do serviço assistencial prestado.

A partir do desenho das seções as etapas representam o fluxo que o paciente percorre desde a identificação do sintoma até o desfecho de seu tratamento:

- (I) Conhecimento – Tomar consciência de sintomas e/ou informações de prevenção sobre possíveis doenças;
- (II) Consideração – Encontrar opções de meios eletrônicos ou locais de atendimento disponíveis ou elegíveis ao paciente;
- (III) Acesso – Obter o agendamento da primeira consulta do paciente com médico, realizar exames e definir o diagnóstico;
- (IV) Serviço assistencial – Realização do tratamento prescrito e recuperar condição de saúde;
- (V) Pós-Tratamento e Desfecho – Engajamento do paciente com continuidade do tratamento até que o desfecho positivo obtido seja sua condição de saúde ou cuidados paliativos, definidos com médico e família;
- (VI) Navegação do paciente – Etapa transversal aos serviços, focada no acolhimento e orientação prestados pela enfermeira navegadora desde o acesso até o pós-tratamento e desfecho.

Os autores selecionados durante a RSL também ajudam a esclarecer a correlação dos serviços oferecidos em cada etapa com os componentes dos serviços e seus projetos e produtos. Na etapa de “Conhecimento”, são relatados estudos de casos sobre o desenvolvimento de serviços de consulta via internet para que os usuários brasileiros e portugueses possam ter acesso às informações sobre doenças (Martins, *et al.*, 2021). Um exemplo no Marrocos sobre a utilização de aplicativos móveis para gerenciamento de dados epidemiológicos e geolocalização durante a pandemia de Covid-19 para suporte às políticas públicas de prevenção (Berquedich *et al.*, 2020).

Na etapa “Consideração” existem estudos sobre localização de dispositivos robóticos em centro de tratamento de câncer no sul do Reino Unido (Jones *et al.*, 2022) e projetos de PPP para integração de grandes complexos com novas instalações de tratamento e farmácia em locais comunitários na Austrália (Saedd *et al.*, 2019). Para a etapa de “Acesso” e “Pós-tratamento e Desfechos”, foram selecionados 11 artigos que tratam do uso de telemedicina, com aplicações desde consultas emergências (Kim *et al.*, 2020), consultas iniciais (Dóra *et al.*, 2023) e acompanhamento de tratamento de idosos (Burmeister *et al.*, 2019). Na etapa de “Pós-Tratamento e Desfecho” ainda existem estudos sobre uso de dispositivos vestíveis em projetos

de IoT para rastrear dados clínicos do paciente (Darbandi *et al.*, 2022). Na etapa de “Navegação do Paciente” é possível citar o estudo de Erickson *et al.* (2012) que retrata o papel de navegação realizado pela enfermeira navegadora no acolhimento e orientação do paciente ao longo do seu percurso pela jornada. Cruces *et al.* (2023) indicaram que ter uma visão transversal da instituição de saúde possibilita satisfazer as necessidades do paciente e facilita uma visualização mais explícita da jornada do paciente, permitindo maior eficiência no alinhamento dos processos de atendimento aos objetivos estratégicos da instituição.

Outro exemplo é relatado por Freitas *et al.* (2021), sobre os serviços de navegação de paciente com câncer de mama no hospital A.C. Camargo Cancer Center em São Paulo – Brasil, que foi iniciado em 2017, com o objetivo de coordenar a jornada do paciente. O caso descrito permite compreender como é proporcionado o acolhimento e compreensão do diagnóstico; barreiras psicossociais; orientação sobre os exames solicitados e preparos; otimização de agendamentos e trânsito dos pacientes; o ponto focal entre paciente e os profissionais envolvidos na jornada do paciente; cumprir com protocolos clínicos e operacionais. Como resultados foram obtidos 87% como média de satisfação na análise de quesitos como acolhimento, conforto, relevância no atendimento, redução da ansiedade, aumento da segurança, agilidade nos processos, confiança no profissional, duração do atendimento, motivo da indicação da instituição e priorização dos atendimentos. Ainda nesse estudo, em 2020, com o auxílio do programa de navegação, o tempo médio entre a primeira consulta e o tratamento chegou a 39 dias e, em 2021, diminuiu para 35 dias.

Com base no que foi descrito sobre a jornada do paciente e nos resultados das pesquisas levantadas, esta dissertação adota como proposição que:

Proposição 2: Os projetos de serviços ao paciente do ecossistema de saúde devem estar alinhados com a jornada do paciente.

A partir da perspectiva construída até aqui, nota-se que há um papel relevante dos projetos e, respectivamente, da gestão destes para uma prestação de serviços de saúde efetiva pelos agentes presentes no ecossistema de saúde. Assim, a próxima seção é dedicada ao tema de “Princípios e práticas de gestão para projetos do plano de serviços de saúde”, que abordará a correlação entre as práticas e os projetos de implementação ou melhorias de cada componente da jornada do paciente.

## 2.3 PRINCÍPIOS E PRÁTICAS DE GESTÃO APLICADAS EM PROJETOS DO PLANO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O ecossistema da saúde realiza a gestão de seus projetos há décadas, mas como destaca Schwalbe (2021), nem sempre utilizando o potencial que práticas de gestão ou de gerenciamento de projetos podem proporcionar. Neste contexto, é possível dizer que o gerenciamento de projetos também evoluiu para atender as necessidades de contextos complexos, ambíguos e iterativos como os dos projetos na saúde (Unterhofer *et al.*, 2021). O *Project Management Institute* (PMI) declara na versão sete do *PMBok*<sup>10</sup> que os padrões baseados em processos são, por natureza, prescritivos e orientados à entrega, sendo que a evolução está na orientação a práticas e princípios para tornar o gerenciamento de projetos mais eficiente e focado em resultados (PMI, 2021).

Além disso, o PMBoK também orienta que o gerenciamento de projetos deve ser adaptado para atender às necessidades da organização e/ou projeto específico, sem exigências de execução de determinados processos ou práticas (PMI, 2022). Ainda sobre as práticas de gerenciamento de projetos, o *Guia do Scrum* também evoluiu para uma visão menos prescritiva em sua nova versão (Schwaber & Sutherland, 2020). Essa evolução está alinhada à expectativa das lideranças das instituições de saúde, que esperam sistemas de medição de performance mais orientados ao desempenho dos serviços e não somente à performance de entrega de projetos (Larsen *et al.*, 2022).

Vale destacar que a discussão apresentada nos parágrafos anteriores é relevante, pois o foco desta pesquisa está no nível estratégico de governança dos projetos e não na visão operacional de processos ou execução de atividades dos projetos. Ainda neste sentido, os melhores índices de eficácia do tratamento e satisfação dos pacientes são obtidos por meio do constante aperfeiçoamento dos serviços assistenciais (Evans, 2016; Ortiz *et al.*, 2021). Assim, como visto no capítulo anterior, os serviços de cada etapa da jornada do paciente são divididos em duas seções, sendo a primeira orientada à “experiência do paciente” e a segunda orientada ao “plano de serviços”, que compreende todos os componentes necessários à prestação do serviço (Gravitate-Health, 2021). O aperfeiçoamento de cada componente do serviço é realizado por meio de projetos com escopos e práticas específicas, por exemplo, como em projetos de melhorias de processos, utilizando a boa prática *lean six sigma* (Kuiper *et al.*, 2022), para gerar ajustes em processos já existentes de agendamento de consulta (Wang *et al.*, 2022),

---

<sup>10</sup> PMBOK - Project Management Body of Knowledge - <https://www.pmi.org/standards/pmbok>

ou mesmo ser aplicada em um projeto de redesenho do processo para lançamento de um novo sistema de teleconsulta (Kim *et al.*, 2020).

Da mesma forma como neste exemplo de projetos de processos, em projetos de aplicativos móveis podem ser utilizadas práticas ágeis (Nazir *et al.*, 2022), para projetos de *healthcare 4.0*, como monitoramento remoto de pacientes, podem usar práticas de inovação (Palanisamy *et al.*, 2019). Além destes, as práticas preditivas têm grande histórico de aplicação em construção de novos hospitais, como em casos de PPPs (Parceria Público-Privada) (Saeed *et al.*, 2019), alterações de *layouts* (Kokkonen *et al.*, 2018), ou implantação de equipamentos médicos (Aubry *et al.*, 2018b). Alguns projetos combinam práticas com diferentes ciclos de vida em um formato híbrido para atingir determinados objetivos, como por exemplo, no desenvolvimento de um novo produto de alta tecnologia com práticas ágeis e o treinamento de grupos de usuários aplicando práticas preditivas (PMI, 2017). Sistemas de informações médicas utilizam a mesma lógica aplicando práticas ágeis e tradicionais em diferentes etapas dos projetos (Goodison *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante nesta discussão é que os projetos na saúde envolvem equipes multidisciplinares, o que é compreendido como facilitador dos projetos (Donkor *et al.*, 2021). A participação das equipes multidisciplinares é benéfica por agregar uma visão plural e necessária, dados os conhecimentos técnicos complexos e fragmentados, além de conhecimentos sociais sobre as expectativas dos pacientes e dos agentes do ecossistema desde a concepção e ao longo do ciclo de vida do projeto (Tampio *et al.*, 2022). Por isso, agregar práticas de gestão de mudanças organizacionais desde as etapas iniciais contribui para preparar o ambiente para aceitação da transformação decorrente da implementação de novos sistemas de informações gerenciais (Krogh, 2018), gestão de conflitos e tratativas de barreiras, facilitando a adoção de processos e tecnologias (Schouten *et al.*, 2022), e a promoção de comunicação mais clara sobre os objetivos das mudanças para fomentar uma nova cultura (Bagrationi *et al.*, 2023).

Como exemplificado na Figura 3, o uso das práticas combinadas de gestão nos projetos favorece a velocidade e a sincronia de entrega dos diversos projetos, que irão compor o plano para disponibilizar serviços assistenciais eficazes, que atendam às expectativas dos pacientes e agentes do ecossistema (Goodison *et al.*, 2019).

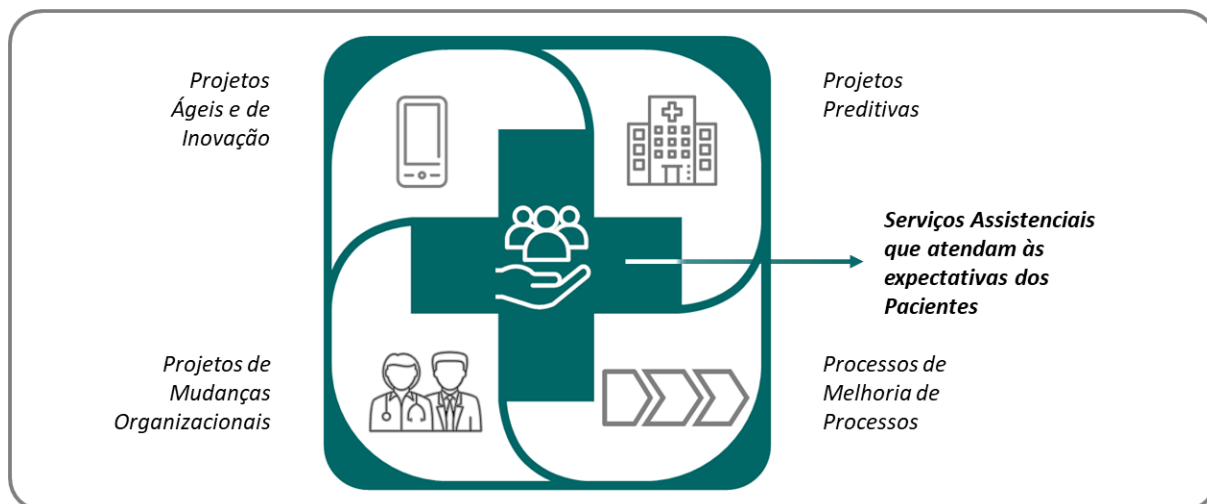


Figura 3: Princípios e práticas de gestão aplicadas em projetos para entrega de serviços assistenciais

Fonte: elaborado pelo autor com base nos conceitos de Goodison (2019), Lima *et al.* (2021), Schwaber e Sutherland (2020), Schwalbe (2021), PMI (2022), Larsen *et al.* (2022), Kurtz e Snowden (2003) e Samanta *et al.* (2023).

Os principais guias de práticas como o PMBoK sétima edição (PMI, 2021), Grupo de Processos: um Guia de Prática (PMI, 2022), ou Guia do Scrum (Schwaber & Sutherland, 2020), declaram que as práticas podem ser complementadas com conhecimento técnico específico de especialistas, cientistas e analistas do setor conforme contexto do projeto. Esse conhecimento complementar às práticas é considerado como “opinião especializada”, sendo que com este posicionamento se buscou de forma ampla na literatura selecionada nesta pesquisa, o conhecimento das práticas e princípios de gestão aplicadas aos projetos na saúde que formam o plano de serviços da jornada do paciente.

Neste sentido, vale destacar que as práticas de desenvolvimento ágil continuam a crescer em popularidade à medida que as organizações as adotam para atender aos requisitos de *software* em constante mudança (Nazir *et al.*, 2022). Práticas ágeis seguem um estilo de desenvolvimento iterativo e incremental, se ajustando dinamicamente às mudanças de requisitos inerentes à complexidade do ecossistema da saúde, bem como permitem uma melhor avaliação dos cenários de incerteza (Goodison *et al.*, 2019).

O gerenciamento ágil de projetos é considerado como uma alternativa ao gerenciamento de projeto preditivo (Goodison *et al.*, 2019), também denominado de cascata ou orientado ao planejamento (preditivo). Assim, seguir uma prática iterativa requer que os usuários apoiem o processo de descoberta e evolução de um sistema, sendo adequada às necessidades de tecnologia para os cuidados de saúde, onde os erros podem não ser muito dispendiosos, tanto do ponto de vista do orçamento como do risco para os cuidados ao paciente (Goodison *et al.*, 2019).

Nazir *et al.* (2022) relatam um estudo de caso em que a metodologia Scrum foi adotada para desenvolvimento de um *software* para gerir a distribuição de vacinas pela Guarda Nacional dos Estados Unidos durante a pandemia de Covid-19. As cerimônias foram adaptadas para o modelo de trabalho remoto e em ciclos menores, ocorrendo algumas vezes ao longo do dia para suprir a necessidade de alinhamento frente à constante mudança de requisitos. O planejamento e acompanhamento foi reduzido ao essencial, dada a dinâmica de desenvolvimento polivalente e entregas de curto prazo. Em três meses foi possível evoluir em funcionalidades para gerir a distribuição dos primeiros lotes de vacinas e mais 2 integrações com sistemas dos órgãos do governo. Como resultado, emergiram da equipe lições aprendidas como a adaptação da metodologia para a realidade do ambiente de emergência e a distribuição de mais de 1,8 milhões de doses de vacina, que gerou cobertura vacinal de 66% da população com a primeira dose em meio à pandemia.

Embora os projetos que seguem a prática ágil tenham suas vantagens, nos contextos extremamente voláteis como os do ecossistema da saúde, adaptar rapidamente os requisitos do projeto em constante evolução pode levar a consequências graves, incluindo a perda de vidas (Nazir *et al.*, 2022). Portanto, a entrega de projetos permite às organizações de saúde fazerem mais com o seu financiamento, o que poderia melhorar a prestação de serviços de saúde. Deste modo, ao desenvolver soluções de alta qualidade que atendam às necessidades dos usuários é preciso reduzir o número de sistemas abandonados e contribuir para melhorar a prestação de serviços de saúde, a fim de reduzir também a alta porcentagem de falhas em projetos de TI (Goodison *et al.*, 2019).

Um aspecto que precisa ser destacado é que a implementação e o aperfeiçoamento de um sistema de gestão de saúde são extremamente complexos. Neste sentido, Sequeira *et al.* (2021) estudaram um projeto nos Estados Unidos usado para tornar a experiência dos médicos mais fluida no uso do registro eletrônico de dados dos pacientes utilizando práticas ágeis. Nesse estudo foi criada uma equipe multidisciplinar do projeto, composta por 10 membros que representavam as equipes assistenciais, tecnologia e gerenciamento de projetos. Assim, com a utilização de sessões de reconhecimento, médicos e enfermeiros puderam expor os problemas e melhorias no uso do sistema e, de forma colaborativa, realizaram a priorização dos temas mais relevantes. Esses temas foram segmentados em quatro grandes grupos, sendo o primeiro destinado para ações de capacitação, o segundo para correções técnicas de curto prazo, o terceiro para melhorias significativas com maior prazo de implementação e o último com restrições técnicas ou regulatórias para refinamento. Como resultado houve aumento da

proficiência no uso do sistema, além da redução significativa do esgotamento dos médicos em função do uso do sistema.

Outro desafio no desenvolvimento de softwares para saúde é a documentação requerida para atender a regulamentação governamental e padrões de qualidade da saúde. Mathrani *et al.* (2022) investigaram práticas de documentação produzidas em times Scrum e os padrões da ISO9001. As descobertas demonstram o esforço de engajamento dos desenvolvedores com tarefas de documentação consideradas excessivas e, por vezes, desnecessárias, intrusivas e prejudiciais em outros setores, mas que na saúde são consideradas vitais para aderência à legislação, manutenção da qualidade e preservação da integridade da saúde e dos dados do paciente. A pesquisa analisou documentações e entrevistou membros de projetos de software na saúde, concluindo que somente 56% dos documentos requeridos pela ISO9001 constavam na metodologia ágil orientando complementações para que seja atendida sua plenitude (Mathrani *et al.*, 2022). Apesar dessa situação poder gerar algumas tensões entre desenvolvedores, as atualizações das normas de qualidade já reconhecem a natureza evolutiva dos softwares desenvolvidos com métodos ágeis, que, por sua vez, podem gerar documentação realmente relevante para garantir os padrões de qualidade e segurança do paciente sem que se sintam excessivamente policiados e micro gerenciados.

Embora haja diferenças nas rotinas a depender da prática de gerenciamento de projetos, as práticas ágeis são particularmente relevantes em contextos considerados como complexos ou complicados, e também se mostram efetivas para que as inovações sejam objetivadas (Kurtz & Snowden, 2003). Saidi *et al.* (2021) destacam as características da prática ágil que se adequam com as inovações em serviços apresentando atividades e práticas que visam reduzir custos e melhorar a qualidade dos serviços na área da saúde. Nesse mesmo estudo é analisado que as inovações em serviços de saúde são diferentes das desenvolvidas em produtos, porque são parcialmente intangíveis, interacionais e impulsionadas pela aprendizagem, o que lhes confere um caráter social dinâmico também adequado às práticas ágeis.

As inovações de serviços no setor da saúde ainda se diferem de outros setores, pois o cotidiano da população com o qual se relacionam é influenciado pela economia, cultura e distribuição geográfica. Apesar da inovação tecnológica estar incorporada nas práticas quotidianas na maioria das instituições de saúde, como clínicas e hospitais, muitas delas não têm departamentos de pesquisa e desenvolvimento dedicados com maturidade para potencializar os avanços em processos e mudanças organizacionais que proporcionem benefícios nas rotinas diárias do cuidado assistencial, ou mesmo busca de soluções disruptivas de mercado (Saidi *et al.*, 2021). Neste sentido, uma opção é a inovação aberta, que é descrita

por Elia *et al.* (2022) como um processo baseado no compartilhamento de conhecimentos gerido entre as fronteiras organizacionais, incorporando capacidades de agentes externos e internos ao ecossistema de saúde, para suprir lacunas dos serviços assistenciais ou funções administrativas que permitam maior eficiência do todo.

A inovação também cumpre um importante papel social, como no caso de criação de próteses biomecânica, por possibilitar a reintegração de profissionais amputados.. No caso relatado por De Paulo *et al.* (2021), a correlação entre conhecimentos da medicina no campo da cinesiologia, que é o estudo das estruturas ósseas, musculares e anatômicas, em conjunto com o estudo de novas tecnologias, como impressão 3D e desenvolvimento de arduinos, foi possível desenvolver uma prótese de baixo custo por cerca de 2% do custo das próteses de alta tecnologia, possibilitando ao trabalhador retomar suas atividades com vantagens econômicas e sociais, além de impactos positivos na condição psicológica do paciente.

Ao contrário das práticas ágeis, as práticas preditivas de gerenciamento de projetos são associadas ao método preditivo, ou cascata, que tem como característica a definição de projetos como empreendimento temporário para criar um produto ou serviço orientado a um plano, ou escopo, com prazos e orçamento previamente estabelecidos (PMI, 2013). Cabe explicitar que a complexidade do ecossistema da saúde muitas vezes desafia a rigidez dessas características, pois o contexto em que o projeto preditivo está inserido está em constante mudança, com aspectos sociais não lineares e auto-organização espontânea da equipe multidisciplinar do projeto (Mamedio *et al.*, 2020).

Deste modo, em alguns casos pode ser percebido como vantagem para um projeto preditivo exitoso na saúde, absorver características presentes em práticas ágeis, como a flexibilidade e adaptação. De acordo com a visão preditiva de gestão de projetos, a flexibilidade e a mudança são consideradas como algo a evitar, enquanto em outros contextos, a mudança é tida como algo a ser evitado para viabilizar fatores críticos de sucesso dos projetos, como o planejamento cuidadoso e as definições claras de requisitos. Assim, no contexto dinâmico e incerto, por exemplo, de um projeto de construção hospitalar, a mudança deve ser vista como benéfica para entregar melhores serviços ao longo da execução de um projeto.

A flexibilidade obtida no gerenciamento de projetos pode ser colocada em prática utilizando os conceitos de ciclo de vida iterativos e incrementais, ou ciclos de vida adaptativos (PMI, 2013). O primeiro tipo possibilita a adoção de uma estratégia de entrega de fases sequenciais, ou sobrepostas, para administrar as mudanças de objetivos, a evolução de conhecimento das incertezas iniciais do contexto ou entregáveis que já podem ser utilizados sem causar impacto no projeto. O segundo tipo é destinado para contextos em que as fases de

entregas precisam ser realizadas em períodos de tempo menores, utilizando vários processos em cada iteração para que exista um ciclo contínuo de entregas incrementais que possam ser utilizadas imediatamente pelos usuários.

As mudanças em um projeto podem ser mais bem absorvidas com o constante diálogo sobre as expectativas dos pacientes e agentes do ecossistema da saúde (Lavikka *et al.*, 2019). Neste sentido, o PMBoK sétima edição (PMI, 2021) destacou o conceito de *tailoring*, relacionado à capacidade do gestor de construir um processo de gerenciamento a partir de uma seleção de atividades e ferramentas. O *tailoring* tem maior protagonismo dada a necessidade de adequação dos processos de gerenciamento de projetos dentro da prática preditiva, que realmente tornará a gestão eficaz dada as complexidades social e técnica do ecossistema de saúde, devido à reorientação de seus objetivos, ingresso de novos agentes, governança ampla e expectativa de resultados pretendidos do projeto.

O período de pandemia deixou como legado, lições aprendidas para as práticas preditivas de gerenciamento de projetos, como as da construção dos hospitais de Wuhan (Lu *et al.*, 2023), projeto citado anteriormente para exemplificar a complexidade do ecossistema da saúde. Outros dois casos que merecem destaque por exemplificarem a evolução da prática preditiva são os projetos *blitz*, no qual são empregadas técnicas de gestão extrema de cronogramas (Li *et al.*, 2023), bem como o modelo de construção modular integrada utilizado em hospitais de campanha (Wai *et al.*, 2021). No caso dos projetos *blitz*, a escolha da prática preditiva é declarada como ideal, pois são projetos mais urgentes, normalmente em resposta a uma crise ou evento inesperado e seu foco está no plano previamente definido como essencial para início de operação e no prazo restrito, presentes nestes projetos. Apesar da característica preditiva desses casos, eles precisam se adaptar a um ambiente de rápida mudança demandada pela crise da pandemia.

Os projetos *blitz* descritos por Li *et al.* (2023), compreendem três hospitais localizados na China, nas cidades de Wuhan, Shenzhen, Xangai e Nanjing. Nesses projetos de resposta rápida, o atraso nos prazos custaria vidas, assim a cada hora que passava, os possíveis danos e custos aumentavam exponencialmente, resultando em desastres secundários. Para tal contexto, resolver uma crise pode ser mais crítico e urgente do que poupar recursos, sendo necessário reduzir padrões de qualidade do escopo planejado para graus razoáveis para viabilizar soluções parciais.

O modelo de construção modular integrada foi utilizado em um dos hospitais de Wuhan durante a pandemia, despertou o interesse em sistemas baseados em módulos pré-fabricados, com acabamentos e acessórios construídos em uma verdadeira fábrica e, posteriormente,

transportados para o canteiro de obras para instalação (Wai *et al.*, 2021). Esse modelo de construção incorpora teorias de modularização, design de fabricação e produção enxuta. A análise de dez projetos localizados no Reino Unido, Cingapura, China, Estados Unidos e Mianmar apresentou lições aprendidas positivas com a redução do ciclo de vida de construção, conquistada mantendo ganhos de eficiência no trabalho em campo; menor impacto ambiental; redução de resíduos; prevenção de riscos para os operários (Wai *et al.*, 2021). Também surgiram problemas como capacidade da rede rodoviária, gestão de um projeto com escopo fechado imposto pelo sistema de pré-fabricação modular, bem como dificuldades de acesso ao canteiro de obras para armazenamento.

As práticas preditivas também são adotadas na implementação de sistemas de gestão de cadeias de suprimentos e administração utilizando ERPs, ou sistemas complexos de informações hospitalares (HIS<sup>11</sup>), por tratarem da definição clara dos objetivos do projeto ao longo de seu ciclo de vida (Nunes *et al.*, 2018; Aroba *et al.*, 2023). Aroba *et al.* (2023) relatam a implementação de sistemas de planejamento de recursos empresariais fornecidos pela SAP<sup>12</sup>, exige mudanças organizacionais e tecnológicas substanciais, transformando a forma como os *stakeholders* realizam suas atribuições. A automatização promove a redução de erros manuais, traz maior produtividade, elimina etapas desnecessárias, direciona o tempo das equipes para atividade assistencial ao invés da burocracia.

Instituições de saúde brasileiras que necessitam digitalizar seus processos para proporcionar serviços assistenciais eficazes e seguros investem em sistemas integrados de HIS como Tasy<sup>13</sup> e MV<sup>14</sup>. Nunes *et al.* (2018) descrevem um caso de implementação do HIS em um hospital de grande porte em São Paulo, Brasil, que presta serviços assistenciais de pronto-socorro, atendimentos ambulatoriais e tratamento de diversas de especialidades médicas. Tal hospital tem ainda 200 leitos de internação e terapia intensiva, 700 profissionais distribuídos em setores assistenciais e administrativos, além de 6.000 médicos cadastrados. O escopo foi formado por 30 módulos, distribuídos por quatro setores: administrativo, financeiro, assistencial e apoio (suporte a operação). Foram investidos três meses para definição de escopo e contratação, mais dez meses para implementação dos primeiros módulos. A implementação foi dividida em dez etapas, desde a conscientização sobre os benefícios do novo sistema, passando pelas entrevistas e parametrizações técnicas e culminando na etapa de testes,

---

<sup>11</sup> HIS - *Hospital Management Software* ou *Hospital information system*

<sup>12</sup> SAP - empresa de origem alemã de softwares de gestão de empresas – <https://www.sap.com>

<sup>13</sup> Tasy – sistema de informática para gestão de informações hospitalares produzido pela Philips do Brasil - <https://www.philips.com.br/healthcare/resources/landing/solucao-tasy>

<sup>14</sup> MV – Sistema de gestão hospitalar e clínicas produzido pela empresa MV no Brasil - <https://mv.com.br/>

treinamentos, entrada em produção (*go-live*), operação assistida e sustentação. O uso de práticas complementares, como gestão de processos e gestão de mudanças organizacionais, contribui para superar barreiras e aumentar o engajamento das equipes com o novo modelo de prestação de serviços.

Store-Valen (2021) descreve a aplicação do design de serviços na concepção dos projetos de espaços físicos e manutenções prediais. O caso reforça a importância do envolvimento dos *stakeholders* em todo processo de concepção e posterior operação dos ambientes, e o uso da realidade ampliada com tecnologias como o BIM<sup>15</sup>. A gestão de instalações (*facility management*) é responsável pelos serviços de manutenção, melhoria e adaptação das instalações das instituições de saúde, visando garantir a funcionalidade e as condições de utilização do ambiente construído (Sampaio *et al.*, 2023). A gestão da manutenção predial também pode estar associada à gestão dos equipamentos médicos, conhecida como engenharia clínica, que trata da qualidade de infraestrutura e equipamentos de saúde (Amankwa *et al.*, 2022).

Sampaio *et al.* (2023) destacam que é cada vez mais útil a aplicação de novas tecnologias como o BIM para a promoção de uma gestão inteligente do patrimônio para aproveitamento das energias renováveis, redução de resíduos e da construção sustentável, além de contribuir para a superação de paradigmas como a desconexão histórica entre os agentes do ecossistema da saúde nas fases de projetos, construção e sustentação, superando problemas, principalmente de transferência de informações.

Como foi destacado, o ecossistema de saúde demanda projetos para que os serviços aos pacientes sejam efetivados. Neste sentido, as instituições de saúde em todo o mundo têm enfrentado desafios significativos para continuar a evoluir e buscam apoio em práticas orientadas à solução de problemas, como o Ciclo PDCA<sup>16</sup> de Deming (Prybutok, 2018), *Business Process Model* de Smith (BPM<sup>17</sup>), *lean seis sigma* (LSS) e o *lean healthcare*, como respostas para enfrentar suas fragilidades e servir melhor os pacientes (Samanta *et al.*, 2022).

O método *lean* aplicado ao ecossistema da saúde é comumente reconhecido e adotado pelas instituições da saúde e órgãos governamentais, com casos registrados em todo o mundo, como Reino Unido (Lindsay *et al.*, 2020), Itália (Rosa *et al.*, 2023), Índia (Bhat, *et al.*, 2019),

---

<sup>15</sup> BIM – Building Information Modeling é uma representação digital das características físicas e funcionais de uma instalação, formando uma base para decisões durante seu ciclo de vida, desde a concepção inicial até a demolição. National Institute of Building Sciences - <https://www.nationalbimstandard.org/faqs#faq1>

<sup>16</sup> Ciclo PDCA – (Planejar-Fazer-Estudar-Agir) é um processo sistemático para obter aprendizado para a melhoria contínua de um produto, processo ou serviço - <https://deming.org/explore/pdsa/>

<sup>17</sup> BPM – Gestão de Processo de Negócio é um processo que documenta as relações entre áreas internas e externas em formato de fluxos para compreensão das entradas, processos e saídas da cadeia de valor. -

Canadá (Fournier *et al.*, 2018), China (Fan *et al.*, 2021), México (Peimbert-García *et al.*, 2019), Estados Unidos (Trakulsunti *et al.*, 2018) e Brasil (Régis *et al.*, 2019). Com base no *lean* são promovidas melhorias nos cuidados de saúde, que servem para eliminar desperdícios em processos e atender às expectativas dos pacientes, bem como dos agentes do ecossistema da saúde.

Azevedo *et al.* (2021) salientam que as práticas de gestão de processos não só oferecem metodologias de melhoria de processos e qualidade, mas também um sistema de gestão para as organizações implementarem mudanças e sustentarem resultados. O termo *lean healthcare* tem sido utilizado para nomear o uso da filosofia enxuta no contexto dos cuidados de saúde e caracterizado por aplicar um ciclo de melhoria contínua, apoiado em ferramentas, métodos e princípios que melhoram a forma como as instituições de saúde são organizadas. Além disso, a visão *lean* orienta como as instituições orquestram seus espaços físicos, sistemas de informação, processos e equipes assistenciais e administrativas, na busca pela melhoria contínua dos serviços prestados (Lima *et al.*, 2021).

O Kanban é uma das ferramentas do *lean* utilizadas em projetos de melhoria de processos e projetos ágeis, sendo descrito por Anderson (2010) como um método adaptável para catalisar resultados dos projetos. O Kanban está sendo utilizado, por exemplo, em projetos de redução de estoques no almoxarifado de laboratórios médicos com o auxílio de gestão visual dos itens mais críticos e mantendo seus níveis de estoque em quantidades e prazos adequados à demanda (Gurumurthy, *et al.*, 2021). Neste mesmo sentido, como já citado, as instituições de saúde buscam a melhoria de seus padrões de qualidade por meio de programas de acreditação. A acreditação é um processo de avaliação e auditoria de qualidade hospitalar, que certifica uma determinada instituição de saúde como aderente aos padrões de qualidade internacionalmente praticados e está comprometida em sua rotina diária em melhorar a eficiência e a eficácia de forma contínua (Bender *et al.*, 2010). Em uma pesquisa realizada com médicos e pessoal de enfermagem de hospitais da Jordânia, os principais benefícios reconhecidos pela equipe na incorporação de práticas de gestão para a qualidade com o Kanban, foram melhoria de qualidade, satisfação e segurança do paciente, progresso do custo-efetividade e da reputação do hospital (Algunmameyn *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa de múltiplos casos, Régis *et al.* (2019) estudaram exemplos de hospitais brasileiros que implementaram *lean healthcare* mantendo suas práticas de melhoria contínua por ao menos três anos. Os três hospitais foram selecionados em São Paulo, sendo dois especializados em diagnóstico e tratamento do câncer, e o terceiro com perfil de alta complexidade, com atendimento integrado de diversas especialidades médicas como

cardiologia, transplantes e ortopedia. Os processos de implementação dos três casos são equivalentes, passando por definição de objetivos estratégicos; conscientização dos princípios *lean* no planejamento estratégico e rotinas de gestão; treinamento das equipes; implementação de *lean* e suas ferramentas, com destaque para o redesenho do fluxo de valor de especialidades específicas, acompanhamento de resultados e melhoria contínua. O primeiro hospital focou em iniciar sua implementação em fluxos de quimioterapia e radioterapia, o segundo optou pelos fluxos de videocirurgia e o terceiro abordou a cadeia assistencial hospitalar formada por doze setores. Os resultados obtidos pelas três implementações geraram resultados significativos e destacam que o *lean healthcare* assume um papel estratégico nas instituições de saúde por gerar cooperação entre os envolvidos para atingir seus objetivos estratégicos.

Lima *et al.* (2021) analisaram 58 artigos com casos de aplicação do *lean healthcare* nos Estados Unidos, Itália e Brasil entre os anos de 2014 e 2018, sendo que foram listados 19 setores incluindo atendimento assistencial, especialidades clínicas, serviços de diagnóstico e departamentos administrativos, nos quais a prática foi aplicada com tendência de aumento para os departamentos de tecnologia e farmácia. Algumas das ferramentas mais utilizadas nestes estudos foram mapeamento de diagnóstico e solução de problemas; organização do espaço de trabalho e práticas de gestão de equipes. Os principais resultados reportados foram a melhoria do *leadtime*<sup>18</sup>, o aumento de produtividade, a redução de desperdícios e a melhora do espírito de equipe, conquistados com a correta aplicação dos princípios e fundamentos do *lean*. Lima *et al.* (2021) também destacaram que os resultados de práticas de gestão de projetos podem ser potencializados quando houver aplicação das mesmas em fluxos completos, rompendo silos organizacionais, pois a visão holística promove mudanças estruturais e culturais de maior impacto nas instituições de saúde.

Outro exemplo que pode ser citado é o caso um hospital em Winnipeg no Canadá, no qual, para solucionar problemas de tempos de espera e permanência, Peng *et al.* (2020) relataram um estudo de incorporação de médicos ao serviço de triagem e a integração necessária entre os componentes para que o novo serviço fosse disponibilizado ao público. O modelo tradicional de triagem, realizado somente por equipes de enfermagem, criava barreiras ao processo de avaliação eficiente dos pacientes e a incorporação de um médico na triagem tenderia a aumentar a precisão da avaliação inicial dos pacientes, enquanto os pacientes eram beneficiados por um primeiro contato com um médico. Para que o novo serviço estivesse completo e disponível para atender a população, foi necessário prever melhorias em alguns

---

<sup>18</sup> Leadtime – Tempo transcorrido entre o pedido, produção do bem ou serviço e entrega ao solicitante

componentes como revisão de processos e protocolos de atendimento, redesenho do *layout* do ambiente para novo fluxo de pacientes, adaptação no sistema de gestão de informações hospitalares, contratação e reorganização da escala da equipe assistencial e médica aos horários de pico de demanda. Os resultados mostraram que a implementação do novo formato de serviço de triagem pode reduzir o tempo de espera para atendimento em 49% e o tempo de permanência dos pacientes em 34%, em todos os cenários estudados.

Em algumas situações, a adoção de uma prática mais simples como o ciclo PDCA, resulta em impactos positivos para o paciente, a equipe e a instituição de saúde, como o caso relatado por Prybutok (2018) em um centro médico do Texas, nos Estados Unidos. Utilizando um ciclo PDCA, o time multidisciplinar do projeto identificou causas raízes, promoveu mudanças em processos, incorporou novos equipamentos de baixo custo e um novo sistema simples de automação de altas. Com esta solução integrada, o time multidisciplinar do projeto reduziu o tempo médio de permanência do paciente em 27%, atingindo 90 minutos em quatro meses. Outros ganhos foram o reconhecimento da relevância de uso de métodos de gestão complementares, o apoio da liderança e o trabalho em equipe, permitindo à instituição de saúde gerar as adequações para alcançar a mudança cultural necessária para atingir um propósito comum assumido pela equipe.

Desta forma, pode ser evidenciado que as práticas de gerenciamento de projetos e ferramentas da gestão da qualidade possuem sinergia com as de gestão da mudança, pois todas têm como propósito orientar e sustentar a dinâmica de mudanças no contexto único e complexo da saúde (Samanta *et al.*, 2023). O PMBoK (PMI, 2021) descreve o gerenciamento de mudanças (*change management*) como boa prática, cíclica e estruturada para transição de indivíduos, grupos e organizações de um contexto atual para um contexto futuro em que suas expectativas e objetivos estratégicos sejam atendidas. O PMI (2021) também reconhece que sua aplicação eficaz constrói e sustenta o alinhamento com processos, aprimora competências, promove a cultura de mudança e desenvolve novas habilidades que oferecem suporte aos projetos.

Deste modo, a necessidade de adaptação intrínseca aos ambientes complexos, como da saúde, depende que indivíduos e times multidisciplinares do projeto sejam empoderados e autogerenciados para se adaptarem ao contexto do projeto, ao mesmo tempo que aprendem com a inspeção dos artefatos desenvolvidos (Schwaber & Sutherland, 2020). Cabe lembrar que o paciente é o norteador que direciona as mudanças da saúde e o objetivo dos cuidados da saúde é oferecer o cuidado certo, no momento certo, com qualidade e flexibilidade para acompanhar o ambiente de mudanças do ecossistema, decorrente de ajustes na organização das instituições de saúde (Lima *et al.*, 2021). Por outro lado, muitas vezes os cuidados da saúde são organizados

em silos departamentais e a prestação dos serviços poderia ser mais eficaz se adotado um fluxo contínuo orientado ao paciente, com base na jornada do paciente (Tiso *et al.*, 2022; Dixit *et al.*, 2022; Korhonen *et al.*, 2023).

O modelo de gestão de mudanças organizacionais ADKAR<sup>19</sup> é orientado a objetivos e formado por um percurso de cinco passos (Conscientização; Desejo; Conhecimento; Habilidade e Reforço) pelos quais passam o indivíduo, grupos e organizações, para viabilizar a mudança (Samanta *et al.*, 2023; Gleg *et al.*, 2019). Em um caso de aperfeiçoamento de processos de um ambiente pediátrico, Gleg *et al.* (2019) descrevem um cenário inicial onde a equipe utilizou uma lista de tarefas com baixa eficácia na identificação de itens concluídos ou correlação com os objetivos estratégicos. O escopo do projeto seria substituir o atual modelo de trabalho pelo uso de planilhas eletrônicas personalizadas por uma consultoria externa. Um processo gradual e colaborativo de desenvolvimento dos quadros eletrônicos de gestão aliado a eficaz aplicação da gestão da mudança, baseado no modelo ADKAR foi aplicado. O resultado foi reconhecido como importante na implementação do novo modelo de gestão do processo do setor pediátrico com sustentabilidade e adequado à complexidade do ambiente organizacional.

Samanta *et al.* (2023) descreveram um caso em que as práticas de melhorias de processo do pronto-socorro, baseadas em *lean six sigma* foram associadas ao modelo de gestão de mudanças organizacionais ADKAR para potencializar os resultados do redesenho dos processos de qualidade de um hospital na Índia. Essa associação de práticas foi realizada pois a equipe multidisciplinar do projeto identificou a necessidade de reforçar o modelo DMAIC<sup>20</sup> dado o cenário da instituição da saúde, que apresentava barreiras para mudança de sua cultura organizacional, baixo engajamento das equipes, histórico de treinamentos de pouca qualidade e resistências internas.

O modelo ADKAR é considerado simples e ideal para o ambiente hospitalar, porque ajuda a avaliar a preparação individual para uma melhor adesão das equipes ao movimento de mudança, como por exemplo, na implementação do processo no pronto-socorro, o tempo total de permanência foi reduzido em 40% (Trakulsunti *et al.*, 2021). Além disso, o formato do projeto piloto de adoção do *lean six sigma* associado ao ADKAR foi reconhecido como benéfico para transformar o cenário organizacional da instituição de saúde. Assim, os projetos

---

<sup>19</sup> ADKAR: Acrônimo gerado a partir das palavras em inglês que representam os comportamentos durante o processo de implementação da mudança: Awareness (Conscientização), Desire (Desejo), Knowledge (Conhecimento), Ability (Capabilidade), and Reinforcement (Reforço) Samanta *et al.*, (2023).

<sup>20</sup> DMAIC: Acrônimo gerado a partir das palavras em inglês das etapas de compreensão e resolução de problemas: Define (Definir), Measure (Medir), Analyze (Analisar), Implement (Implementar), e Control (Controlar) (Trakulsunti *et al.*, 2021).

devem tratar de ineficiências identificadas nos processos de consentimento do paciente/família, disponibilidade de leitos de internação e unidade de terapia intensiva e gestão de capacidade da equipe assistencial.

Cannavacciuolo *et al.* (2023) relataram que um serviço de telemedicina eficaz requer que a instituição de saúde e os agentes de saúde do ecossistema desenvolvam capacidades para compreender e incorporar as necessidades dos pacientes do ponto de vista clínico em seus componentes. Os autores destacam que também requer o desenvolvimento de capacidades de liderança colaborativa que seja capaz de estabelecer relacionamentos de longo prazo, com abertura para adaptações no modelo de prestação de serviços. Assim, para superar essas barreiras, o time multidisciplinar do serviço de telemedicina deve criar novos conhecimentos não apenas sobre a tecnologia, mas também sobre os benefícios econômicos da telemedicina, seus impactos no fluxo organizacional e atuar para promover mudanças comportamentais.

O conceito de telemedicina pode então ser usado para convencer os pacientes e os agentes do ecossistema da saúde de que a tecnologia funciona em prol do ecossistema e pode suportar o processo de tomada de decisão para definição de novos caminhos terapêuticos, garantindo o gerenciamento integrado do paciente. A superação de barreiras equivalentes é descrita por Cruces *et al.* (2023) como meio de viabilizar a equidade de acesso à população do Chile, melhora da qualidade dos cuidados e redução dos tempos de atendimento se comparados ao modelo tradicional de atendimento. Nesse caso foram utilizadas as práticas ágeis para desenvolvimento da plataforma de atendimento, gestão de processos para adaptação do serviço existente, suas métricas ao novo modelo e gestão de mudanças organizacionais para conscientização dos benefícios e treinamento das equipes e pacientes. Os benefícios obtidos pelo uso integrado destas práticas permitiram ao governo do Chile fazer uma gestão mais eficaz e eficiente de seus recursos financeiros limitados.

Com base nas informações apresentadas até aqui pode-se dizer que as práticas de gestão também reconhecem que os agentes do ecossistema da saúde, times multidisciplinares e, principalmente, o paciente, são importantes para que o projeto atinja seus objetivos. Tampo *et al.* (2022) reforçam a ideia com pelo menos quatro razões, a saber: (I) os gestores das instituições de saúde que definem os objetivos estratégicos e critérios de aceite de um projeto; (II) o planejamento e execução do projeto depende de um time multidisciplinar e agentes do ecossistema da saúde engajados com esses objetivos; (III) a resistência das equipes assistenciais e administrativas impactadas pelo projeto pode representar diversos riscos e inviabilizar o projeto; (IV) o serviço ineficaz decorrente de um projeto com falhas pode afetar diretamente a saúde dos pacientes. Deste modo, os projetos na saúde que negligenciam a influência das

pessoas correm o risco de criar pontos cegos e, assim, lançar as sementes de problemas futuros ao progredir de ideias e planos de ação para a mudança real que não conta com apoio dos envolvidos (Krogh, 2018).

Portanto, para gerir projetos em ambientes complexos como o ecossistema da saúde são requeridas práticas que integrem tanto aspectos sociais quanto tecnológicos a fim de compor serviços de saúde integrados e completos (Pundzienė *et al.*, 2023; Patrício *et al.*, 2020). Neste sentido, esta dissertação assume como proposição:

**Proposição 3:** A complementariedade dos princípios e práticas de gestão de projetos no ecossistema de saúde pode facilitar a entrega de serviços de saúde, baseada na jornada do paciente

A próxima seção é dedicada ao “Gerenciamento integrado de projetos na saúde”, que consolida as visões do ecossistema da saúde, a jornada do paciente e os princípios e práticas de gestão para projetos do plano de serviços, em um modelo teórico-orientativo baseado na literatura e nas proposições levantadas.

## **2.4 GERENCIAMENTO INTEGRADO DE PROJETOS NA SAÚDE**

Os tópicos anteriores descrevem como a complexidade em gerir um conjunto de projetos na saúde envolve a compreensão do ecossistema da saúde, a dinâmica da jornada do paciente e as interdependências entre os projetos e seus times multidisciplinares, para prover serviços assistenciais eficazes (Tampio *et al.*, 2022). Neste tópico são explorados como os autores descrevem o gerenciamento dos projetos na saúde.

Vale destacar que o ecossistema de saúde é complexo e suas mudanças afetam a qualidade dos serviços e a capacidade das instituições de saúde de gerar cuidados da saúde de forma eficaz (Lavikka *et al.*, 2019; Mamedio *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2023). A complexidade na saúde é potencializada por fatores organizacionais, ambientais, técnicos e sociais (Geraldie *et al.*, 2011; Basch-Rekveldte *et al.*, 2011), o que influencia o contexto e as práticas de gestão mais adequadas para cada projeto (Kurtz & Snowden, 2003). Neste contexto, pode-se dizer que os projetos não devem ser executados isoladamente, sendo que para atingir seus objetivos, os times multidisciplinares de projeto precisam compreender o ecossistema da saúde e como seus projetos estão inseridos na prestação de serviços proposta pela jornada do paciente (Schwalbe, 2021).

Portanto, cabe destacar a relevância da visão holística e integrada de projetos da saúde, financiamento adequado e boas práticas de gerenciamento de projetos como aspectos essenciais para direcionar a implementação de projetos decorrentes de políticas públicas e objetivos empresariais (Khan *et al.*, 2021). Assim, a partir da definição da estratégia da instituição de saúde e de seus principais objetivos é possível definir um conjunto de potenciais projetos organizacionais a serem priorizados pela liderança, que tratem das carências dos serviços prestados ou explorem oportunidades (internas ou externas) para que a instituição de saúde permaneça relevante no ecossistema da saúde (Mu *et al.*, 2018; Tampio *et al.*, 2022; Gomes *et al.*, 2023).

Neste sentido, a necessidade de aperfeiçoamento na gestão integrada de projetos precisa estar alinhada com o planejamento estratégico (Larsen *et al.*, 2021a), priorizando os diversos investimentos e atividades das áreas, para que seja aprovado e incorporado ao portfólio de um destes atores (Chua *et al.*, 2023). Outro aspecto relevante é reconhecer que as expectativas dos pacientes são também um norteador estratégico que contribui para orientar as mudanças necessárias nas instituições de saúde, gerando ganhos de eficiência ao longo do processo de melhoria e evolução dos serviços assistenciais (Lima *et al.*, 2021).

O gerenciamento integrado de projetos parte da visão estratégica e orçamentária de um agente do ecossistema de saúde e se conecta com a visão de evolução e melhorias dos serviços da jornada do paciente (Glegg *et al.*, 2019; Zighan *et al.*, 2021). Com base nos projetos desenvolvidos, o aperfeiçoamento dos serviços pode ser obtido a partir da melhoria contínua de serviços já existentes ou na evolução decorrente de novos tratamentos, medicamentos ou tecnologias, influenciando diretamente o portfólio de projetos e serviços selecionados pelos agentes do ecossistema de saúde (Pereira, *et al.*, 2022).

A colaboração entre os agentes do ecossistema é vista como uma estratégia fundamental desde a etapa de concepção do projeto, para que o propósito esteja bem compreendido para as etapas futuras de planejamento e execução (Larsen *et al.*, 2021a). A gestão da integração de projetos está entre as atividades que podem promover a eficácia na complementaridade das práticas de gerenciamento de projetos, pois pode proporcionar a entrega de serviços completos para atender as expectativas dos pacientes e dos agentes do ecossistema por meio de projetos de aperfeiçoamento de processos de atendimento (Tiso *et al.*, 2022), implementação de sistemas de gestão hospitalar (Aroba *et al.*, 2023), bem como grandes projetos como a construção de hospitais em tempos de pandemia (Li *et al.*, 2023).

Embora muito ainda precise avançar para aumentar a maturidade em gestão de projetos na área da saúde, as instituições de saúde aos poucos começam a reconhecer que precisam

desenvolver competências de gestão para se tornarem mais eficazes e se manterem relevantes para o paciente (Gordon *et al.*, 2018). Assim, para selecionar e gerir eficazmente os projetos que realizam, os agentes do ecossistema da saúde precisam dominar as práticas de gerenciamento de projetos e adotar o gerenciamento de programas e portfólios (Figura 4) para atender às expectativas das lideranças da saúde (Schwalbe, 2021).

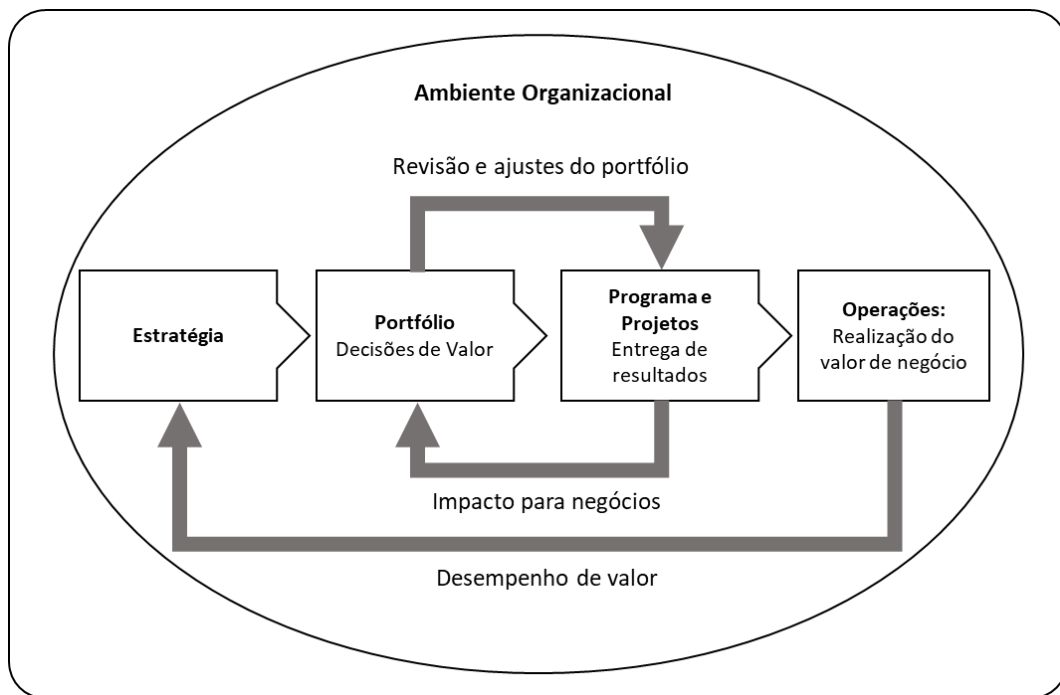


Figura 4: Gerenciamento de projetos organizacionais  
Fonte: Adaptado de PMI (2022, p. 12).

Portanto, o gerenciamento integrado de projetos, realizado de forma eficaz, reduz os problemas de um contexto de incerteza do ambiente de saúde, percebido em outros momentos como caóticos (Goergen, 2022). Além disso, o gerenciamento integrado de projetos da saúde pode gerar soluções no tempo certo, com sustentabilidade e relacionamentos de longo prazo, que possibilitam aos médicos, enfermeiros e profissionais multidisciplinares de saúde prestarem o cuidado certo ao paciente, adaptado ao contexto de mudanças do ecossistema da saúde (Lima *et al.*, 2021). Com base neste contexto, as instituições de saúde tradicionalmente organizam seus portfólios de programas e projetos a partir do planejamento estratégico, como apresentado na Figura 4, passando pelos planos de negócios de cada setor para identificar seus projetos e alocação de recursos a serem priorizados, que idealmente devem gerar benefícios para toda instituição, pacientes e agentes do ecossistema da saúde (Schwalbe, 2021).

A Figura 5 exemplifica a relação entre algumas das definições que o PMI estabelece, como o gerenciamento de portfólio, que trata da gestão centralizada de um ou mais portfólios,

programas, projetos e produtos/serviços para alcançar os objetivos estratégicos (PMI, 2017a). O gerenciamento de programas foca na aplicação de conhecimentos, habilidades e princípios comuns a um grupo de projetos, a fim de gerar benefícios complementares que de outra forma não seriam atingidos individualmente pelos projetos (PMI, 2017b).

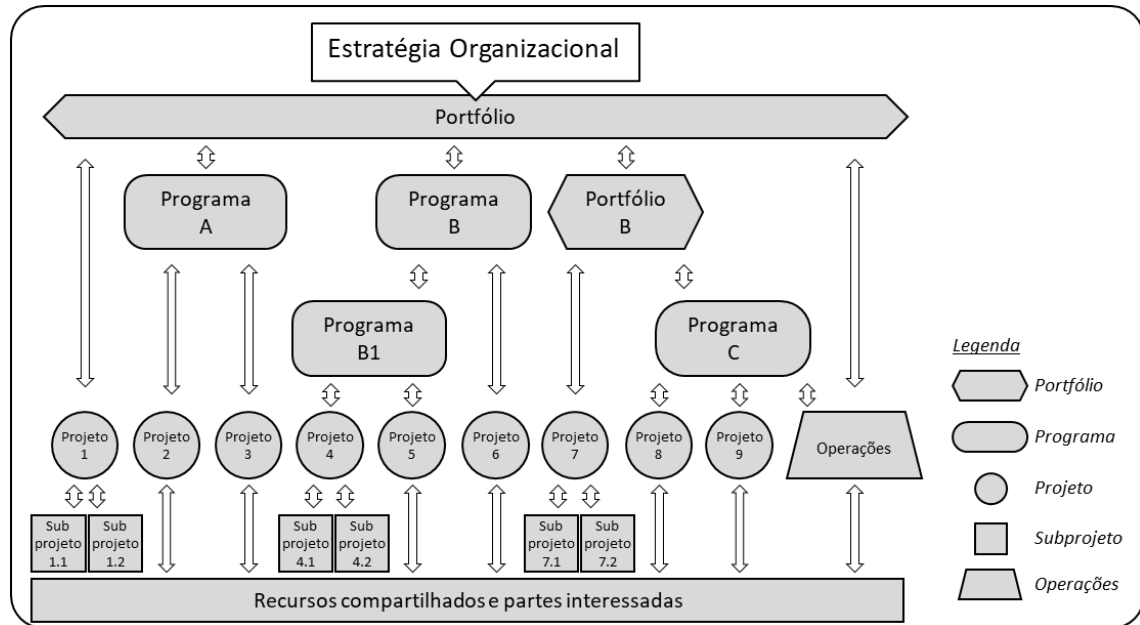


Figura 5. Exemplo de interfaces de gerenciamento de portfólio, programas, projetos e subprojetos.  
Fonte: Adaptado de PMI (2022, p. 10).

O *Lean Portfolio Management*<sup>21</sup> adota um conceito diferente, definindo objetivos estratégicos e benefícios que orientam a composição de um portfólio orientado a fluxos de valor, conforme exemplificado nos artigos desta dissertação sobre como acontece com os fluxos que compõem a jornada do paciente. Estes fluxos entregam soluções por meio de projetos, evoluções de produtos ou serviços da instituição de saúde, da forma exemplificada na Figura 6 (Schwalbe, 2021; SAFe, 2024). Deste modo, seja em um formato orientado a projetos ou a fluxos de valor, o gerenciamento de portfólio tem ganhado cada vez mais atenção como uma ferramenta para selecionar e priorizar projetos na saúde que sejam coerentes com a orientação estratégica das instituições que integram o ecossistema de saúde (Annosi *et al.*, 2020).

<sup>21</sup> Lean Portfolio Management é uma das sete competências essenciais para alcançar Business Agility, parte integrante do SAFe <https://scaledagileframework.com/>

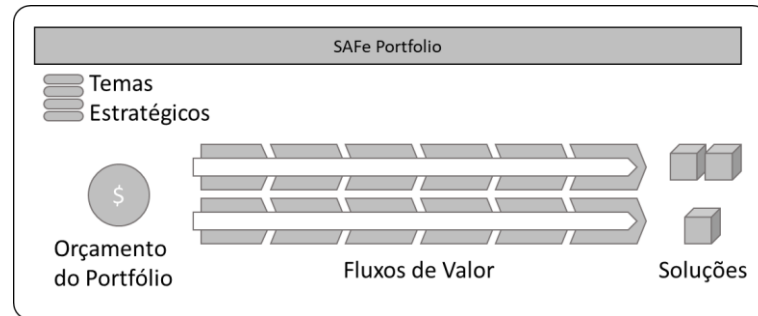


Figura 6: Exemplo de interfaces de gerenciamento de portfólio, programas e projetos  
Fonte: adaptado de SAFe<sup>22</sup> (2024).

Outro modelo que potencializa a gestão de portfólio é o gerenciamento de realização de benefícios, que se tornou um impulsionador vital para os projetos (Pohjosenperä, *et al.*, 2019). Portanto, a partir desta perspectiva é mais comum avaliar a contribuição de um projeto mensurando benefícios conquistados, em vez de avaliar suas entregas e das medidas tradicionais de performance baseadas em tempo, custo e escopo (Mossalam *et al.*, 2016). O gerenciamento de realização de benefícios abrange os métodos e processos que uma organização usa para identificar benefícios, executar seus planos de gerenciamento de realização e sustentar os benefícios realizados por projetos priorizados, conforme apresentado na Figura 7 (PMI, 2019).

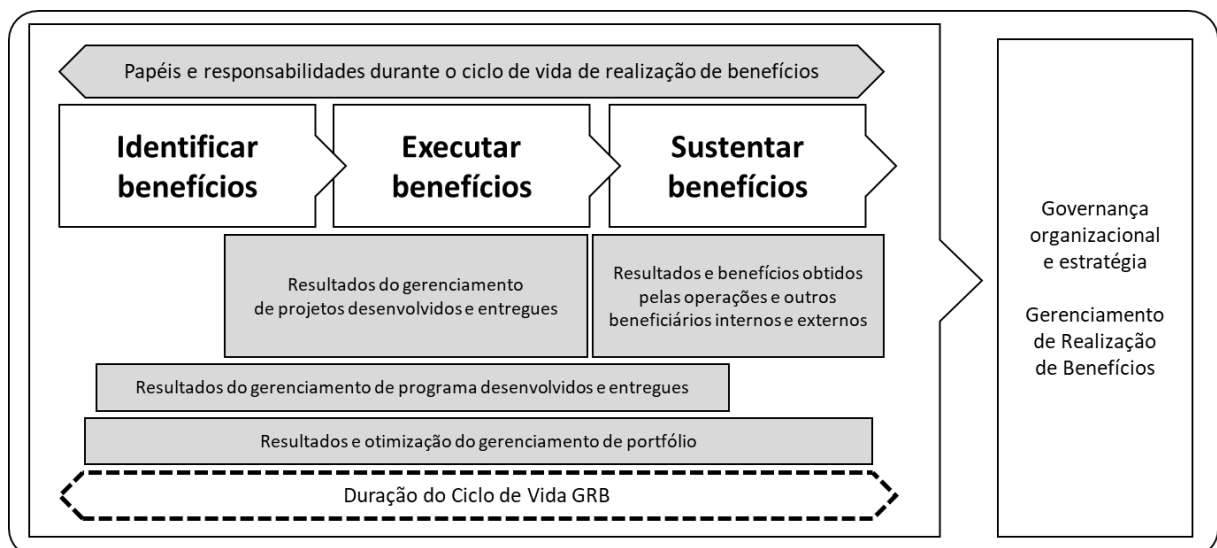


Figura 7: Modelo de gerenciamento de realização de benefícios no contexto de portfólios, programas e projetos  
Fonte: adaptado do PMI (2019, p. 26).

Em seu estudo sobre o papel do gerente de projetos na realização no gerenciamento de realização de benefícios, Mossalam *et al.* (2016) descrevem um ciclo de vida que é dividido em quatro etapas: gerenciamento da estratégia (ideação e gerenciamento de portfólio); gerenciamento de programas (benefícios e mudanças), gerenciamento de projetos (ciclo de vida

<sup>22</sup> SAFe – Scale Agile Framework - <https://scaledagileframework.com/>

de projetos), gerenciamento de operações (otimização de performance) - composto pelos grupos de processo de gerenciamento de projetos, alinhamento com outras práticas e a estratégia das instituições de saúde. Larsen *et al.* (2021b) descrevem um processo de concepção de projetos de novos hospitais na Noruega, composto por cinco etapas, que são: planejamento estratégico, escopo do projeto, concepção, validação de qualidade e pré-projeto. Os autores ainda estabelecem quatro marcos de tomada de decisão (*stage-gates*) para exemplificar as interações necessárias entre os diversos *stakeholders* e a importância de suas contribuições para reduzir incertezas ou falhas de planejamento ao longo da execução do projeto.

Neste contexto de projetos, programas e portfólio as organizações necessitam construir estruturas que suportem e facilitem a entrega dos serviços aos pacientes. Uma estrutura que auxilia neste sentido é o EGP (Escritório de Gerenciamento de Projetos, ou em inglês PMO - *Project Management Office*). O EGP é definido pelo PMI como uma estrutura de gerenciamento que padroniza os processos de governança relacionados com o portfólio, programas e projetos e facilita o compartilhamento de recursos, metodologias, ferramentas e técnicas (PMI, 2021).

No SAFe esta estrutura é denominada VMO (*value management office*) e pode ser compreendida de maneira diferente do PMO tradicional por ser orientada à entrega de benefícios do fluxo de valor, facilitando o processo *lean portfolio management*, a fim de promover a excelência operacional e a governança, como parte de uma transformação *lean-agile* (SAFe, 2024). No contexto do ecossistema da saúde, os integrantes do PMO/VMO precisam estar atentos em como o portfólio é influenciado por fatores externos como políticas e regulamentações públicas, sendo que o objetivo é a entrega de projetos e programas que ajudem a concretizar a estratégia da instituição de saúde (Annosi *et al.*, 2020)

Assim, a aplicação conjunta de práticas de gerenciamento de projeto e de gerenciamento de realização de benefícios foi relatada em um caso de implementação do prontuário eletrônico de pacientes no qual o benefício final obtido foi a percepção positiva das equipes assistenciais, que destacaram a facilidade de uso da plataforma (Pereira *et al.*, 2022). A estratégia de gestão de benefícios integrada ao modelo de governança corporativa ajuda as instituições de saúde a priorizarem e acompanharem a evolução dos projetos que pretendem atender às expectativas dos agentes do ecossistema de saúde (Serra *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2022).

Com base nos estudos e modelos previamente relatados, esta dissertação propõe um ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos conforme apresentado na Figura 8. Deste modo, o processo aqui desenvolvido é formado por três etapas e cinco marcos de tomada de decisão (*stage-gates*), utilizando como base estudos acadêmicos e guias de práticas citados nesta pesquisa.

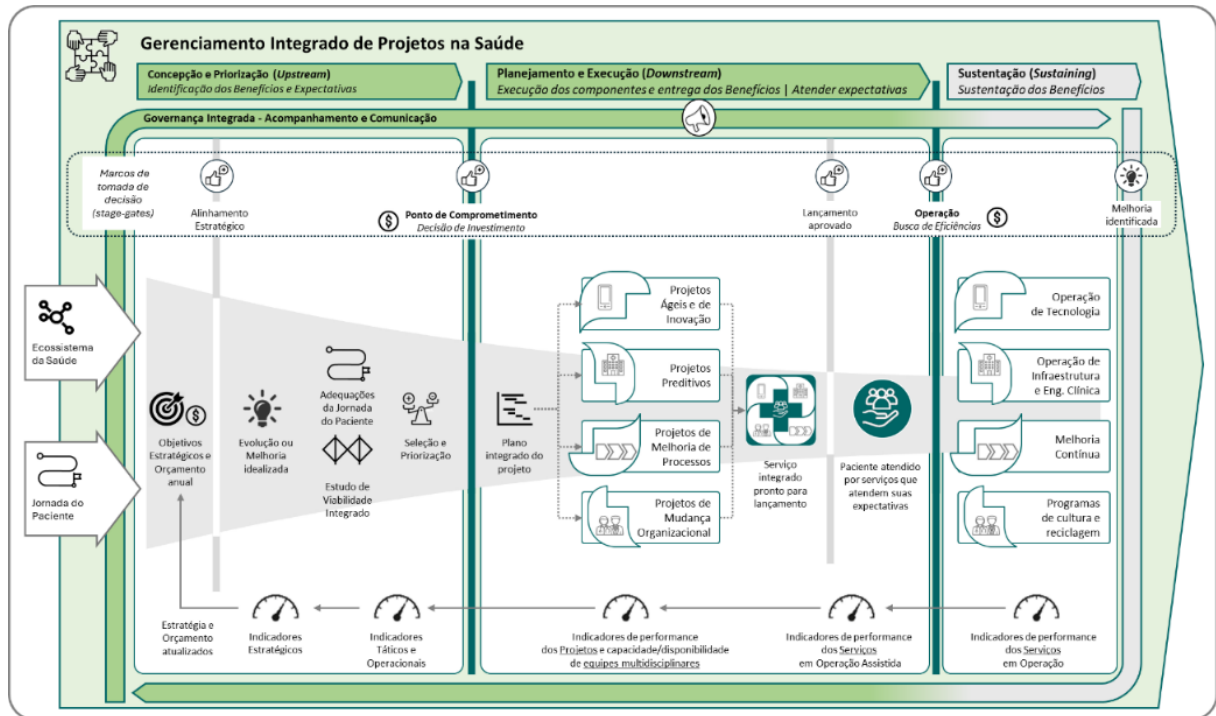


Figura 8: Modelo teórico detalhado - Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde

Fonte: elaborado pelo autor com base em Miquelin (1992), Mossalam *et al.* (2016), Hall *et al.* (2019), Lavikka *et al.* (2019), Niiranen *et al.* (2019), Randhawa *et al.* (2021), PMI (2019), Schwaber e Sutherland (2020), Dix *et al.*, (2021), Larsen *et al.* (2021b), Schwalbe (2021), Pereira *et al.* (2022), PMI (2022), Samanta *et al.* (2022), Sampaio *et al.* (2023) e SAFe (2024).

A primeira etapa é denominada “Concepção e Priorização (*upstream* ou *front-end*)”, na qual os objetivos estratégicos e orçamento anual da instituição de saúde são estabelecidos, e os fatores externos do ecossistema da saúde são identificados como diretrizes para idealizar evoluções ou melhoria nos serviços assistenciais que atendam às expectativas dos pacientes, sendo este o primeiro marco de tomada de decisão (Niiranen *et al.*, 2019; Larsen *et al.*, 2021b). As novas ideias aderentes aos critérios estabelecidos podem ser avaliadas com uso de práticas como *design thinking* (Kyakulumbye *et al.*, 2021), *design* da jornada do paciente (Joseph *et al.*, 2020; Gravitare-Health, 2021), *lean healthcare* (Samanta *et al.*, 2022; Sales *et al.*, 2023a), gerenciamento de mudanças organizacionais (Gleg *et al.*, 2019; Cannavacciuolo *et al.*, 2023), ou mesmo um diagnóstico físico-operacional mais profundo (Miquelin, 1992; Hall *et al.*, 2019; Schwalbe, 2021), que são utilizados para análise de melhorias em componentes do plano de serviços da jornada do paciente.

Decorrente desta etapa, podem surgir diversos cenários de solução e a tomada de decisão dependerá da estruturação de um estudo integrado de viabilidade técnico-financeiro-jurídico para cada cenário que emergiu dessa análise (Aubry *et al.*, 2018a; Nilsen *et al.*, 2020). O estudo

de viabilidade integrado compreende o conjunto de melhorias em componentes existentes e/ou novos componentes a serem implementados para gerar os novos serviços, especialmente no caso de incorporação de novas tecnologias médicas (Kim *et al.*, 2020; Randhawa *et al.*, 2021). Estes cenários, com seus respectivos benefícios iniciais e incertezas (premissas e riscos), são submetidos ao fórum de liderança para seleção e priorização do cenário que tenham maior aderência aos objetivos estratégicos e expectativas dos pacientes (Brunet *et al.*, 2018; Waluszewski *et al.*, 2019).

Os indicadores operacionais, táticos e estratégicos contribuem para tomada de decisão, tanto para análise de projetos em andamento (Goergen, 2022;) e serviços em operação (Sales-Coll *et al.*, 2023b), quanto para a avaliação da capacidade dos times multidisciplinares de projeto, para gerar os benefícios e atingir os objetivos estratégicos (Lavikka *et al.*, 2019; Kwok *et al.*, 2023). Caso a ideia inicial se mostre viável, atingimos o segundo marco de tomada de decisão (ponto de comprometimento), no qual a liderança da instituição de saúde compreende os riscos assumidos e libera investimento de recursos, tendo como contrapartida os benefícios iniciais esperados (Larsen *et al.*, 2021b).

A segunda etapa é o “Planejamento e Execução (*downstream*)”, fase que é dedicada ao planejamento e aperfeiçoamento dos serviços. O cenário aprovado é de alto nível e precisa ser refinado com todos os envolvidos nas etapas futuras, a fim de gerar um planejamento integrado para que seja entregue um serviço completo e os benefícios iniciais esperados (Kokkonen *et al.*, 2018; Hall *et al.*, 2019). O planejamento integrado prevê a compatibilização dos projetos para identificar interdependências entre os componentes, reduzir incertezas no contexto complexo da saúde, propor mudanças e garantir a eficiência do serviço quando for lançado (Hall, 2019; Schwalbe, 2021; Gavahi *et al.*, 2023).

Com o plano integrado aprovado pelo time multidisciplinar do projeto, cada projeto pode seguir seu próprio ciclo de vida conforme prática de gestão adotada (Aroba *et al.*, 2023; Nunes *et al.*, 2018; Lavikka *et al.*, 2019). Neste contexto, a governança integrada deve contribuir para estabelecer uma rotina de sessões periódicas para sincronia dos times de cada projeto, visando compartilhar avanços, identificar gargalos técnicos, sanar conflitos e barreiras, além de refinar detalhes do plano integrado (Krogh, 2018; Schouten *et al.*, 2022). Ainda nesta etapa são selecionados os indicadores de performance dos projetos e a capacidade dos times e dos serviços em operação que contribuem para direcionar a execução do plano integrado (Tiso *et al.*, 2022; Sohal *et al.*, 2022).

Deste modo, ao final da construção do plano são gerados os testes e homologação dos componentes para garantir que o serviço esteja completo, gerando evidências para o terceiro

marco de tomada de decisão, que libera o serviço para início de atendimento aos pacientes, objetivando atender às expectativas dos pacientes em sua jornada (Patrício *et al.*, 2020; Tampio *et al.*, 2022), sendo necessário determinar os padrões de qualidade assistencial prescritos pela legislação e OMS (Berwick *et al.*, 2008; Fusco *et al.*, 2023; Korhonen *et al.*, 2023).

O lançamento do plano pode ser segmentado em fases, possibilitando gerar uma estratégia de entrega gradativa de serviços de forma contínua e incremental, para que seja possível capturar benefícios ao longo do processo de aperfeiçoamento dos serviços e coletar *feedback* dos pacientes para possíveis ajustes (PMI, 2022; Schwaber & Sutherland, 2020; Goodison *et al.*, 2019). Este lançamento é sincronizado entre o time multidisciplinar do projeto e as equipes de sustentação das diversas áreas envolvidas, em um processo chamado de “operação assistida”, com tempo previamente estabelecido, visando identificar correções de componentes que estejam ocasionando falhas que precisem ser corrigidas em tempo de projeto, ou mesmo adaptação dos pacientes e equipe ao novo contexto (Reijula *et al.*, 2018; Khan *et al.*, 2021; Wen *et al.*, 2021).

Durante o período compreendido entre o lançamento e sustentação também são mensurados os benefícios capturados como melhoria do serviço (Samanta *et al.*, 2022; Dix *et al.*, 2021), nível de satisfação do paciente (Fan *et al.*, 2021; Gavahi *et al.*, 2023), retorno socioeconômico (Fan *et al.*, 2021; Swarnakar *et al.*, 2022; Pundzienė *et al.*, 2023), melhor ambiente para equipe (Erickson *et al.*, 2012; Ferreira *et al.*, 2019; Tampio *et al.*, 2022), a fim de gerar comparação com os benefícios inicialmente previstos, bem como avaliar se o aperfeiçoamento proposto na etapa de concepção realmente se comprova. Assim, caso a avaliação de desempenho dos serviços seja positiva e os benefícios iniciais sejam capturados na visão da liderança da instituição de saúde, é apresentado o quarto marco de decisão onde a etapa de execução pode ser considerada concluída e o serviço aperfeiçoado esteja autorizado a passar para a “operação” (Svejvig *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

A terceira etapa é a “Sustentação (*sustaining*)”, com foco em garantir a continuidade dos serviços e dos benefícios. Os requerimentos técnicos para esta fase também devem estar previstos na etapa de concepção e no plano integrado do projeto como entregáveis necessários para garantir sua disponibilidade e integridade dos serviços (Amankwa *et al.*, 2022; Sampaio *et al.*, 2023). Cada componente requer práticas específicas de operação e governança, sendo necessário dizer que o estudo desta condição não é contemplado nesta pesquisa.

Deste modo, durante a etapa de sustentação os indicadores de performance dos componentes de serviços em operação, bem como das equipes assistenciais, são analisados periodicamente pelas lideranças para gerar direcionadores para a estratégia da instituição de

saúde e promover a melhoria contínua de serviços assistenciais ou administrativos, objetivando a sustentação dos benefícios (Lai *et al.*, 2021; Peng *et al.*, 2020). Caso as condições de serviço não sejam positivas ou surja uma oportunidade, é possível acionar o quinto marco de decisão, submetendo uma nova mudança para análise na etapa de concepção (Regis *et al.*, 2020; Malmrose & Kure, 2021).

Portanto, a governança integrada atua de forma transversal às três etapas, estabelecendo uma cadência cíclica alinhada com as constantes mudanças do ambiente da saúde, sendo possível definir objetivos estratégicos para períodos mais curtos, acompanhar a tendência de eficácia de seus planos, investimentos e geração de serviços de qualidade com benefícios sustentáveis, que realimentam a estratégia (Gambo *et al.*, 2021; Samanta *et al.*, 2022). Além disso, os rituais de governança devem ser realizados nos níveis de projeto/produto, programas e portfólio, sincronizando times multidisciplinares de projetos e a liderança dos agentes de saúde, de forma constante e transparente, por meio dos resultados obtidos pela inspeção de entregas de componentes e benefícios capturados ou por adaptações necessárias ao serviço, dado o contexto de complexidade da saúde (PMI, 2022; Schwaber & Sutherland, 2020; Bagrationi *et al.*, 2023).

Como destacado anteriormente, o PMO contribui para orquestrar esta atuação transversal provendo um processo organizado em apoio às lideranças e times multidisciplinares dos projetos para composição de um portfólio alinhado à estratégia. Esta estrutura de PMO deve manter viva a perspectiva da visão holística (*big picture*) do conjunto de iniciativas priorizadas que permeiam a instituição do agente de saúde, visando melhoria contínua de práticas, habilidades dos colaboradores e contribuição com a mudança organizacional (Schwalbe, 2021; Aubry *et al.*, 2022).

Outro aspecto relevante sobre os projetos da área da saúde é o papel da liderança e do time multidisciplinar do projeto, pois esse é um fator facilitador do processo de aceitação das mudanças necessárias para viabilizar o projeto (Donkor *et al.*, 2021). Os líderes incentivam as equipes multidisciplinares de projeto a abraçarem seu objetivo, afetando positivamente o ambiente e reduzindo barreiras entre as áreas. Assim, a implementação de projetos no ecossistema de saúde é significativamente influenciada não só pelos aspectos técnicos e tecnológicos, mas também por fatores sociais e organizacionais, dada a sua complexidade (Sales *et al.*, 2023a).

Segundo Schwalbe (2023), os projetos na saúde têm um contexto de interdependência que exigem altos graus de colaboração entre os diversos agentes do ecossistema da saúde, como por exemplo, a implementação de um novo serviço de telemedicina. As práticas de gestão

aplicadas aos projetos declaram os papéis e responsabilidades de praticamente todos as partes interessadas de um projeto, porém a complexidade do setor da saúde envolve uma série de atores, muito mais ampla e com igual relevância, para que os projetos de componentes de serviço sejam realizados de forma que possam gerar os benefícios pretendidos (Lavikka *et al.*, 2019; Romero-Torres, 2020).

Neste mesmo contexto, pode-se dizer que a estrutura organizacional de um hospital é composta por lideranças médicas, administrativas e de pesquisa/ensino, que tem equivalência de poderes, para suportar a diretoria na definição dos rumos da instituição de saúde. Tais lideranças compõem os comitês de governança e atuam tanto na priorização dos projetos quanto no patrocínio dos projetos (*sponsor*) (Breese *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2022). Deste modo, a gestão de portfólio é realizada por profissionais do PMO, sendo requerido que além do domínio das práticas de gestão de projetos, os profissionais tenham desenvolvido conhecimentos profundos sobre estratégia da saúde, do ecossistema da saúde e da jornada do paciente, bem como as interdependências entre os agentes do ecossistema da saúde (Tampio *et al.*, 2022; Annosi *et al.*, 2020).

Portanto, o desafio da liderança em um time multidisciplinar de projeto na saúde é compreender que a liderança é situacional (em função da profundidade técnica ou social envolvida no tema), mas também depende de uma boa estratégia de envolvimento de cada participante para manter o foco e traçar um bom plano de comunicação e engajamento alinhado com a gestão de mudança organizacional (Larsen *et al.*, 2021b; Tampio *et al.*, 2022). Adicionalmente, dependendo do contexto do projeto, as lideranças envolvidas podem ser realizadas por um profissional como o gerente de projetos, conforme as práticas preditivas, ou por um time de produtos, a exemplo de como é estabelecido pelas práticas ágeis.

Contudo, para que seja efetiva a entrega dos benefícios dos serviços dos agentes de um ecossistema de saúde, se faz necessária uma visão holística do conjunto de componentes para compor o serviço a ser lançado, levando o time a um patamar de sincronia que atuem em prol de um mesmo objetivo, livres de seus silos organizacionais e objetivos de área (Donkor *et al.*, 2021). O time do projeto também é bem descrito pelas práticas, mas o diferencial aqui é compreender que a participação deve ser ampla o suficiente para entregar valor ao paciente com base na sua jornada, com o auxílio do gestor do serviço, representantes das áreas responsáveis pelos componentes dos serviços e os demais agentes do ecossistema da saúde, ou seja, este time será multidisciplinar devido ao contexto de complexidade e fragmentação do ecossistema da saúde (Laukka *et al.*, 2020; Mathrani *et al.*, 2022).

## 2.5 MODELO TEÓRICO - CONCEITUAL

Este tópico descreve o modelo teórico-conceitual pretendido no objetivo específico “b” desta pesquisa, elaborado a partir da literatura selecionada nesta pesquisa e estabelece o encadeamento entre os quatros elementos que o compõe: (I) o ecossistema da saúde, (II) a jornada do paciente, (III) as práticas de gestão para projetos na saúde e o (IV) gerenciamento integrado dos projetos na saúde. A Figura 9 apresenta de forma simplificada o modelo teórico-conceitual do ciclo de vida de gerenciamento integrado de projetos na saúde com seus principais elementos apresentados na seção “2.4 Gerenciamento integrado de gerenciamento de projetos”. A intenção da apresentação neste formato é facilitar o primeiro contato com o modelo e compreensão do *corpus* desta pesquisa ampla e, na sequência, aprofundar o conhecimento sobre cada elemento e suas relações a partir do entendimento do todo.

O modelo está baseado nas três proposições anteriormente adotadas, que são:

- Proposição 1: Os agentes do ecossistema de saúde necessitam de projetos integrados para prestar serviços de saúde aos pacientes com maior eficácia;
- Proposição 2: Os projetos de serviços ao paciente do ecossistema de saúde devem estar alinhados com a jornada do paciente;
- Proposição 3: A gestão integrada de projetos no ecossistema de saúde pode facilitar a entrega de serviços de saúde, baseada na jornada do paciente.

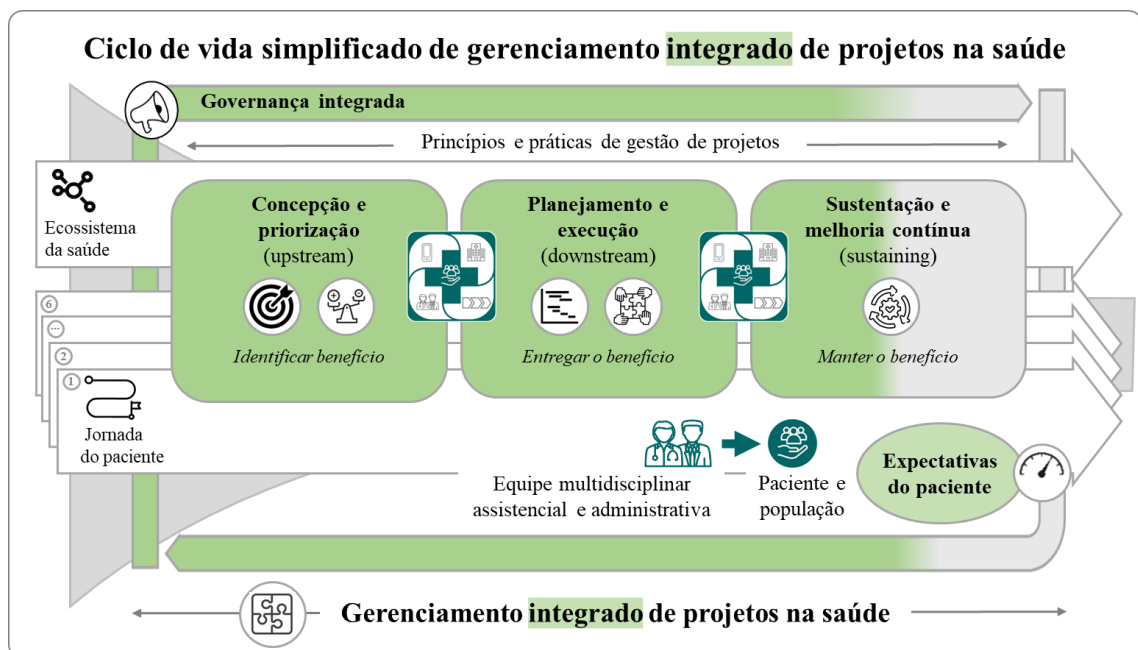


Figura 9: Modelo teórico macro – Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde  
Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

O modelo baseado no contexto apresentado pelo “Ecossistema da saúde” e pela “Jornada do paciente”, demonstra que é possível iniciar a etapa de “Concepção e priorização” para atualização da estratégia priorizando, de forma integrada, iniciativas e projetos que compõem cada serviço assistencial, com sua respectiva identificação de benefícios pretendidos. A partir desta deliberação é realizada a etapa de “Planejamento e execução” na qual a visão do serviço é detalhada em um plano integrado, composto por subprojetos que juntos têm o objetivo de entregar um serviço apto a atender ao paciente de forma completa, juntamente com os benefícios resultantes do esforço integrado das equipes.

Cada subprojeto utiliza de “Princípio e práticas de gestão de projeto” (projetos ágeis e inovação, preditivos, melhoria de processos e/ou mudanças organizacionais) mais adequados ao seu desenvolvimento, desde sua concepção até o lançamento, seguindo os requisitos para sua futura sustentação. O serviço aperfeiçoado, composto por todos os elementos gerados pelos subprojetos, pode então ser integrado e prestado pelas “Equipes multidisciplinares assistencial e administrativa” ao “Paciente e população” buscando suprir suas expectativas de qualidade e eficácia de atendimento.

Com o serviço em pleno funcionamento, as equipes técnicas de operação podem realizar a “Sustentação e melhoria contínua” dos elementos que compõem cada serviço da “Jornada do paciente”, mantendo o benefício produzido e buscando melhorias que possam gerar novos ganhos. A “Governança integrada” atua de forma transversal, organizando ritos, regras e rotinas, para estabelecer uma cadência cíclica de permanente adaptação da estratégia e tomada de decisão a partir da análise do contexto do ecossistema da saúde e/ou jornada do paciente; evolução dos serviços, projetos e benefícios, além das percepções do paciente sobre suas expectativas. Desta forma o “Gerenciamento integrado de projetos na saúde” tem o objetivo de orquestrar o ciclo de vida de aperfeiçoamento dos serviços visando prestar serviços assistenciais completos, por meio de uma jornada do paciente que seja eficaz, gerando benefícios para todos os agentes do ecossistema da saúde.

Na próxima seção serão apresentados os procedimentos metodológicos que servirão para buscar uma evidenciação empírica dos elementos utilizados para constituir o modelo desenvolvido a partir da literatura, atendendo assim o objetivo específico “c” desta pesquisa, que é refinar o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos orientado à jornada do paciente a partir da experiência dos praticantes.

### **3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA**

Nesta seção são descritas as fases da pesquisa com base no detalhamento dos métodos utilizados para a coleta e análise dos dados.

#### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

O objetivo geral desta pesquisa é propor o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente. Para alcançar este objetivo foi conduzida, em uma primeira fase desta pesquisa, uma RSL para compreender como a gestão de projetos é tratada nos artigos que estudam o setor da saúde, aprofundando principalmente nos pressupostos teóricos do ecossistema da saúde, jornada do paciente, princípios e práticas de gestão aplicados nos projetos do plano de serviço de saúde e gerenciamento integrado de projetos na saúde. A partir desse conhecimento foi estruturado um modelo teórico-conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos na saúde que relaciona as influências dos quatro conceitos supracitados, objetivando o aperfeiçoamento dos componentes de serviços prestados por agentes do ecossistema de saúde.

Esta pesquisa adota a abordagem qualitativa, considerando que seu objetivo é entender os significados que os artigos atribuíram às questões sociais e humanas em questão, com especial ênfase no contexto da complexidade do setor da saúde (Creswell, 2019). Além disso, a segunda fase da pesquisa também assume que a intersubjetividade dos sujeitos de pesquisa permite compreender o fenômeno estudado com maior profundidade (Da Silva, Penha, & Bizzarias, 2022). Nota-se que a abordagem qualitativa adotada segue principalmente pressupostos interpretativistas e construtivistas de pesquisa, que alinhados aos procedimentos adotados, permitem discutir e avançar na compreensão da realidade estudada (da Silva, Russo, & De Oliveira, 2018).

O processo de investigação foi estruturado em duas etapas, conforme apresentado na Figura 10, sendo a primeira relativa à “Elaboração e Pesquisa” com a realização da RSL baseada nas diretrizes de Pollock e Berge (2018), que objetivou fundamentar o modelo teórico-conceitual orientativo apresentado na seção 2 desta dissertação.

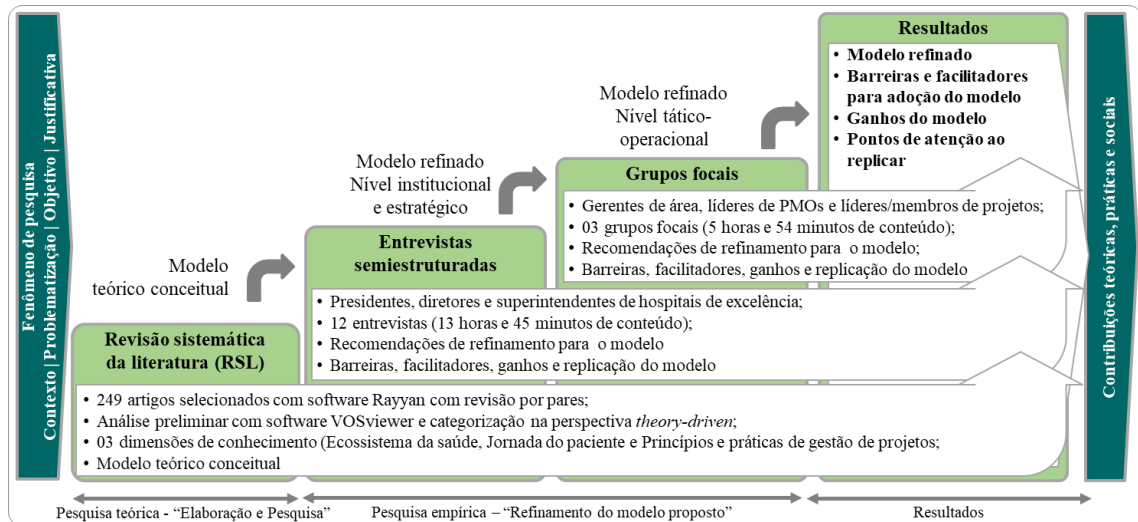


Figura 10: Etapas da pesquisa.

Fonte: elaborado pelo autor (2024).

Os serviços dos agentes do ecossistema de saúde são segmentados em etapas que compõem um percurso, também conhecido como jornada do paciente, pelo qual os pacientes são conduzidos. O modelo proposto ilustra a influência de fatores internos, representados pela jornada do paciente, e externos representado pelos oito principais agentes do ecossistema da saúde. Os fatores internos e externos influenciam os serviços assistenciais, que têm a pretensão de atender às expectativas dos pacientes orientados pela sua jornada. Cada serviço é formado por componentes como processos, tecnologias, espaços físicos e equipes assistenciais/administrativas, que precisam ser sincronizados em harmonia para que o serviço seja prestado de forma completa. O gerenciamento integrado de projetos organiza a priorização dos recursos investidos para o aperfeiçoamento dos serviços conforme os objetivos estratégicos e a disponibilidade de investimento da instituição de saúde.

A segunda etapa da pesquisa consistiu no “Refinamento do modelo proposto” com base em interações com praticantes para alcançar o objetivo geral de propor um modelo orientativo de gerenciamento integrado de projeto que suporte os times multidisciplinares e o ecossistema da saúde para entrega de serviços aos pacientes. As interações, conforme descrito no Apêndice A, foram conduzidas e gravadas para viabilizar a transcrição e posterior análise de dados, de acordo com o que preconiza Da Silva, Penha e Bizzarias (2022). As transcrições e outros dados coletados foram estruturados e analisados com apoio do software ATLAS.ti com precauções para garantir a confidencialidade dos praticantes, realizando a codificação de seus nomes e instituições de saúde que representam, bem como proteção de dados pessoais com restrições com o uso de pastas seguras com controle de acesso protegidas por senhas.

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados tem origem a pesquisa teórica alcançada na RSL e pesquisa empírica para refinamento do modelo por meio de interações com praticantes do ecossistema da saúde. Os métodos para coleta e análise de dados utilizados estão descritos nas próximas seções.

#### 3.2.1 Realização da RSL

Durante a etapa de “Elaboração e Pesquisa” foi desenvolvido o modelo teórico conceitual orientativo baseado na literatura acessada sobre gerenciamento de projetos na saúde. A RSL tem uma abordagem diferente dos estudos de revisão narrativa, pois o primeiro tipo de análise adota um método científico sistematizado, que pode ser replicado por outros pesquisadores ou interessados no tema desta pesquisa e que desejem reproduzir seus resultados (Tranfield, Denyer, & Smart, 2003).

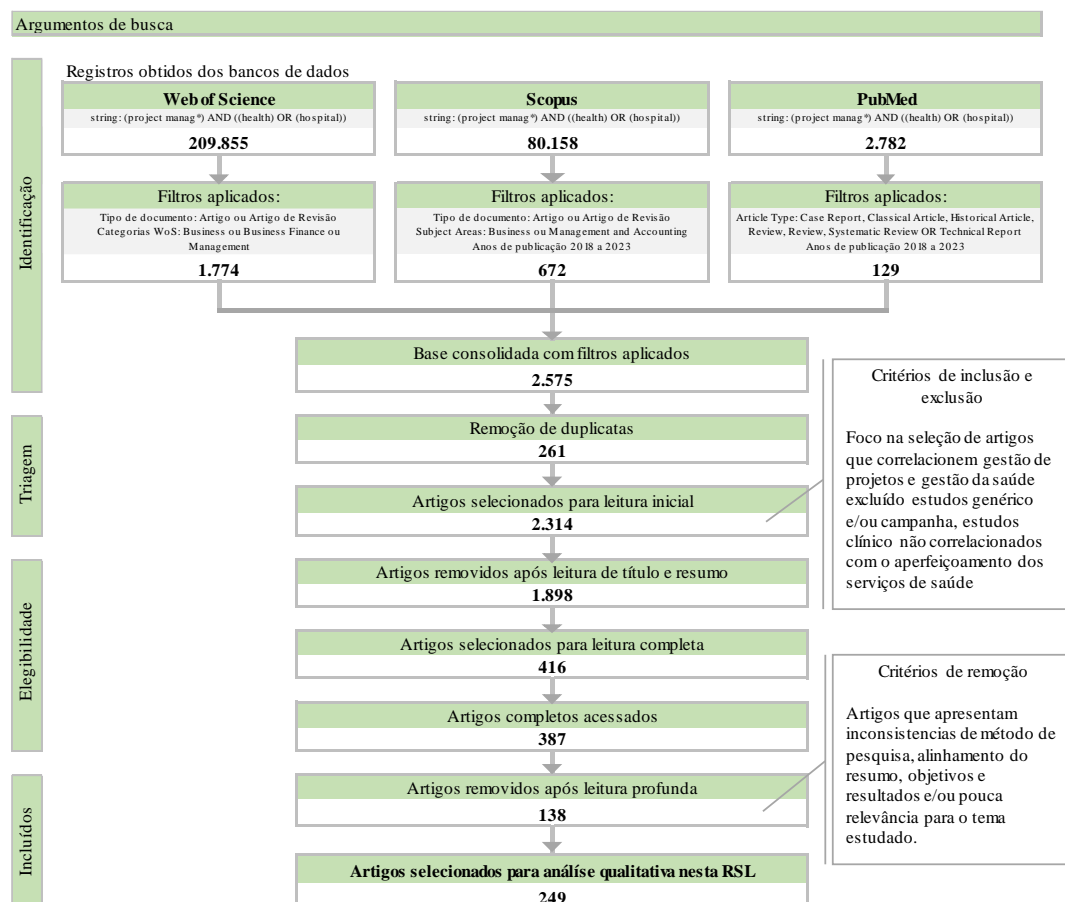


Figura 11: Argumentos de busca

Fonte: Adaptado de Pollock e Berge (2018).

O procedimento da RSL conduzida nesta pesquisa é ilustrado na Figura 11. Assim, são apresentadas as seis fases prescritas por Pollock e Berge (2018) para a condução de uma RSL, sendo elas: I) estabelecer as metas e objetivos da pesquisa; II) buscar pesquisas relevantes; III) coletar dados; IV) avaliar a qualidade dos estudos; V) sintetizar as evidências; VI) interpretar os achados. A sequência de etapas e atividades garante sua confiabilidade por possibilitar rigor e robustez para pesquisa (Pollock & Berge, 2018), bem como transparência e auditabilidade exigidas em pesquisas acadêmicas.

A questão que direcionou esta primeira etapa foi “Como a gestão de projetos é tratada nos artigos que estudam o setor da saúde?”. Assim, foram utilizadas as bases de dados *Web of Science* (WoS) e Scopus, pois são as principais bases de literatura com acesso aos periódicos científicos de distintas áreas do conhecimento. Para complementar a base de dados, levando em conta a relevância de artigos da área da saúde, foi selecionada a base de dados PubMed, por se tratar de uma das principais bases de periódicos e conhecimento científico no campo da saúde, demonstrando a busca pelo aprofundamento e foco desta pesquisa com o setor da saúde.

As palavras-chave utilizadas estão associadas ao gerenciamento de projetos e suas variações, bem como palavras associadas ao setor da saúde ou hospitais, resultando na *string* (*project manag\**) AND ((*health*) OR (*hospital*)). A utilização dos operadores booleanos “and” e “or” e o asterisco (coringa) possibilitaram ampliar a pesquisa nas três bases de dados, retornando um conjunto de artigos condizentes com a questão direcionadora da RSL.

As consultas foram realizadas em 30 de setembro de 2023, com aplicação dos seguintes filtros: (I) WoS: Tipo de documento: Artigo ou Artigo de Revisão e categorias: *Business* ou *Business Finance* ou *Management*; (II) Scopus: Tipo de documento: Artigo ou Artigo de Revisão e categorias: *Business* ou *Management and Accounting*; (III) PubMed: Tipo de documento: *Case Report*, *Classical Article*, *Historical Article*, *Systematic Review* OR *Technical Report*. Para as três bases o período de publicação foi entre os anos de 2018 a 2023.

Como parte do processo de busca nas bases de dados foram obtidos 1.774 artigos na base WoS, 672 na base Scopus e 129 na base PubMed, totalizando 2.575 artigos. Assim, as bases de dados foram exportadas para o software Rayyan para consolidação e facilitação da análise inicial dos artigos, o que possibilitou a remoção de 261 artigos duplicados, restando 2.314 para próxima etapa. Conforme a prescrição de Pollock e Berge (2018), o fluxo de quatro fases para construção do *corpus* da pesquisa é iniciado pela triagem dos títulos e resumo, remoção de artigos sem associação direta com a pesquisa para, na sequência, aplicar critérios de elegibilidade e definir a inclusão ou exclusão conforme aderência à questão principal de pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados foram:

- (I) Contemplar preferencialmente o Gerenciamento de Projetos aplicado ao setor da Saúde;
- (II) Contemplar uma temática no setor de Saúde associada com uma ou mais áreas de conhecimento em Gerenciamento de Projetos;
- (III) Contemplar técnicas de descoberta de análise de problemas/soluções associadas ao gerenciamento de projetos com abordagens tradicionais e/ou ágeis para aperfeiçoamento de processos administrativos, práticas assistenciais e/ou adoção de tecnologias;
- (IV) Contemplar técnicas de Gestão de Mudança Corporativa e/ou Transformação Organizacional (*Change Management*) associadas à gestão de projetos para facilitar a adoção de tecnologias disruptivas;
- (V) Contemplar fatores de decisão (Estratégico e/ou Econômico) para composição de portfólio de projetos;
- (VI) Contemplar técnicas para aperfeiçoamento de competências, habilidades e/ou atitudes de profissionais do setor da saúde (exemplo: Como os gerentes assistenciais podem ser mais assertivos utilizando o gerenciamento de projetos em suas iniciativas e/ou reformas);
- (VII) Os artigos deveriam estar dentro do contexto de gerenciamento de projetos.

Os critérios de exclusão utilizados foram:

- (I) Artigos sobre Gerenciamento de Projetos que utilizem o termo “Saúde” para tratar sobre a performance do projeto;
- (II) Artigos do setor da Saúde que tratem projetos como nome genérico para atividades que não gerenciamento de projetos;
- (III) Artigos que tratem de atividades ou projetos em outros setores durante a pandemia de saúde do COVID-19;
- (IV) Artigos que tratem de “Saúde Mental” ou “Saúde Ocupacional” de forma genérica que não tenham correlação direta com impacto na performance de entrega de projetos no setor da Saúde;
- (V) Artigos que correlacionam com conceitos de “projetos” e “saúde” para ações de caráter clínico para melhoria de protocolos médicos, procedimentos clínicos, conduta de prescrição de tratamento médico ou pesquisa de novas drogas e/ou doenças.

Deste modo, para seguir com o processo de triagem os títulos e resumos dos 2.314 artigos, foi utilizado o software Rayyan para leitura dos títulos e resumos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e realizando a revisão por pares (autor e orientador). O uso da revisão por pares e a aplicação de critérios rigorosos no processo de seleção dos artigos contribuem para minimizar vieses de pesquisa visando garantir maior robustez e confiabilidade aos resultados e sua replicabilidade. Desta forma, foram selecionados 416 artigos conforme apresentado na Figura 12.

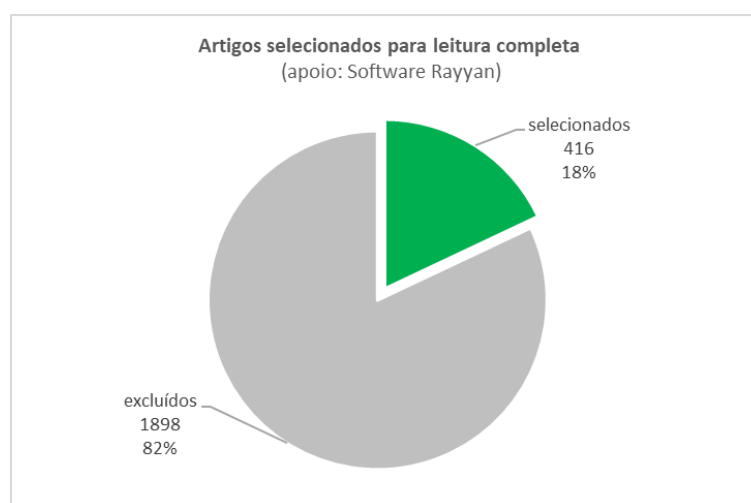


Figura 12: Artigos selecionados por pares utilizando o software Rayyan  
Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Dos 416 artigos selecionados para leitura profunda, 29 apresentaram limitações como falhas de endereço ou restrições de acesso, o que impossibilitou sua incorporação na base de dados para análise. Deste modo, os 387 artigos restantes estavam disponíveis para acesso completo e, a partir desta etapa, foram utilizados os programas Microsoft Excel para tabulação dos dados coletados e organização dos dados quantitativos e Microsoft Word para informações e fichamentos qualitativos em categorizações, que facilitaram a análise geral dos artigos selecionados posteriormente, resultando nos 249 artigos selecionados. Este processo de seleção possibilitou realizar dois tipos de análise para compreender o *corpus* de conhecimento desta pesquisa, uma focada na análise preliminar dos artigos utilizando o software VOSviewer e outra orientada ao processo de categorização na perspectiva *theory-driven*.

Para a análise preliminar, estes artigos selecionados foram marcados no software Rayyan com o rótulo “select” possibilitando a exportação das informações no padrão EndNote para o software VOSviewer. Após importação a primeira análise foi do tipo “coautoria”,

resultando em 896 coautores, sendo que nove destes tem frequência de 30% nos artigos selecionados e seus temas estão relacionados com melhora da qualidade de serviços utilizando prática de processos, correlação entre estruturas organizacionais com gestão de projetos de alta complexidade na saúde, desafios na concepção de projetos de infraestrutura, digitalização de processos de suprimentos médicos, práticas de processos aplicados a fluxos de internação e gestão de stakeholders, demonstrando desta forma que os artigos selecionados tem temática coerente com a proposta de pesquisa.

A segunda análise foi do tipo “co-ocorrência” focada no mapeamento das palavras-chave presentes nos artigos, sendo relacionados 1.668 palavras-chave, que após ajustes de erros de grafia, equivalências e quantidade de ocorrências resultaram em 106 palavras-chaves. Foram identificadas as sete principais palavras-chave que apresentam frequência superior a 1% nos artigos selecionados: “*Healthcare*”, “*Management*”, “*Project management*”, “*Lean healthcare*”, “*Human*”, “*Performance*” e “*Hospital*”. Com base nesta análise das palavras-chaves, também é possível compreender que as temáticas dos artigos selecionados são coerentes com a proposta de pesquisa.

Como parte do processo de pesquisa, o software VOSviewer gera um mapa com as palavras-chave, representado na Figura 13, com suas conexões relativas às suas co-ocorrências e tamanho relativo à frequência, proporcionando uma visão geral dos principais temas do campo de pesquisa. Nesta pesquisa são identificados cinco *clusters*, sendo o central o *cluster* verde, associado à gestão do ecossistema de saúde, englobando gestão da saúde, gerenciamento de projetos, governança, estratégia, performance, eficiência e otimização da jornada do paciente, com seus fluxos tanto de atendimento quanto administrativos. O *cluster* azul está relacionado à tecnologia, infraestrutura, sustentabilidade, oportunidades e tecnologias disruptivas. O *cluster* roxo é associado à inovação, criação de valor, desenho de serviços, telemedicina e cuidado do paciente. O *cluster* vermelho engloba o entorno do hospital como os impactos, risco, segurança, emergência e pandemias como covid-19. O *cluster* amarelo trata da relação humana com temas internos como mudanças organizacionais e desenvolvimento de lideranças, e inclui também os externos, como a entrega e qualidade do serviço assistencial ao paciente e o ecossistema da saúde. Assim como na análise dos coautores, a correlação entre as palavras-chaves e os *clusters* formados demonstram coerência dos artigos com a questão de pesquisa proposta.

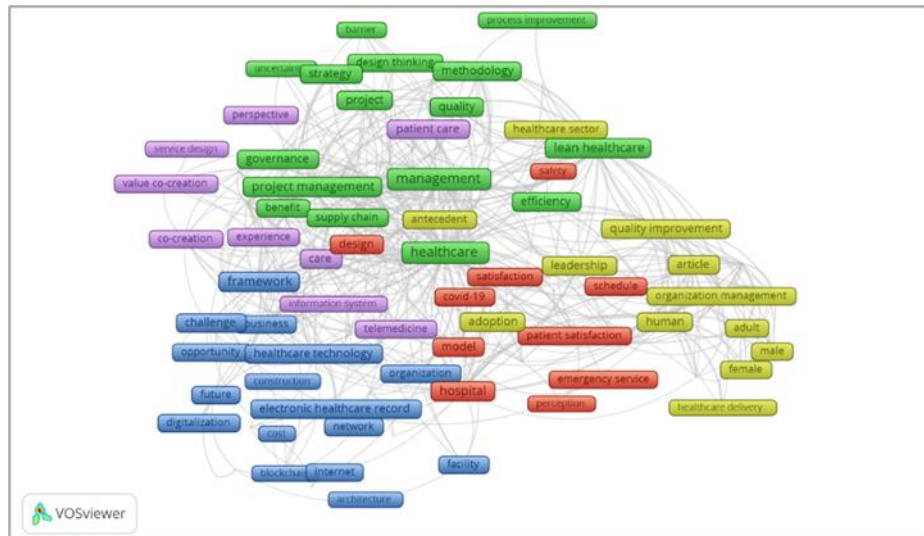


Figura 13: Mapa de análise de palavras-chave  
Fonte: dados da pesquisa, 2024.

A análise preliminar com uso do software VOSviewer contribuiu para verificar a coerência dos artigos selecionados por temática e palavras-chave estabelecidas por seus coautores. O mapa de palavras-chave organizado por *clusters* leva ao entendimento que a gestão de saúde depende da orquestração de conexões com fatores técnicos e relações humanas, sendo coerente com o objetivo pretendido com a RSL.

Para o processo de categorização na perspectiva *theory-driven* foi adotada uma codificação aberta para identificar as categorias pertinentes, gerando a organização por temas primordiais identificados em cada artigo. Na sequência, foi realizada uma codificação axial para explorar as relações entre os códigos identificados e as teorias subjacentes à RSL. Cada evidência foi vinculada a uma categoria específica em uma matriz, gerando uma ferramenta analítica que possibilitou a quantificação de categorias e identificação de tendências dos dados coletados conforme observado na Figura 14. Ao longo da análise, foi possível estabelecer a correlação das evidências com a codificação associando o artigo e os temas centrais da pesquisa que são: ecossistema da saúde, jornada do paciente, princípios e práticas de gestão em projetos e gerenciamento integrado de projetos na saúde. Este processo permitiu a construção da seção 2 deste desta dissertação.



“Fontes pagadoras” (65 artigos) e “3º Setor” (26 artigos). Associado ao ecossistema da saúde também foram identificadas quatro categorias alinhadas com o *Triple AIM* (IHI, 2023) que representam as expectativas de seus agentes: “Melhora da experiência (Paciente)” presente em 207 artigos, “Redução de custos operacionais e desperdícios (Ecossistema)” presente em 145 artigos, “Melhora da saúde (População)” presente em 83 artigos e “Melhor ambiente de trabalho (Equipe)” presente em 69 artigos.

A segunda dimensão é a jornada do paciente, que representa um elo entre as dimensões ecossistema da saúde e os princípios e práticas de gestão de projetos, apresentando seis categorias: “Conhecimento” presente em 64 artigos, “Consideração” presente em 171 artigos, “Acesso” presente em 202 artigos, “Serviço assistencial” presente em 207 artigos, “Pós-tratamento e desfecho” presente em 151 artigos e “Navegação do paciente” presente em 68 artigos. As categorias dos projetos que resultam no aperfeiçoamento de serviços de cada etapa da jornada do paciente utilizam quatro categorias de princípios e práticas de gestão de projetos: “Práticas de gestão de melhorias de processos” presente em 209 artigos, “Práticas de gestão de projetos preditivos” presente em 126 artigos, “Práticas de gestão de projetos ágeis e inovação” presente em 104 artigos e “Práticas de gestão de mudanças organizacionais” presente em 98 artigos. Também foram identificadas quatro categorias referentes ao ciclo de vida dos projetos sendo: “Concepção e priorização” presente em 158 artigos, “Planejamento e execução” presente em 162 artigos, “Sustentação” presente em 72 artigos e “Governança integrada” presente em 28 artigos.

Desta forma, as três dimensões são complementares para atender as expectativas dos agentes do ecossistema da saúde como representado no modelo apresentado na Figura 15. Neste modelo, os agentes precisam atuar em sincronia em projetos, com diversas práticas de gestão de projetos combinadas, para suportar os serviços da jornada do paciente. As equipes multidisciplinares assistenciais e administrativas das instituições de saúde operacionalizam a jornada do paciente para prover cuidados integrados com qualidade e equidade de acesso ao paciente e a população. Com o objetivo de orquestrar os diversos relacionamentos e responsabilidades, surge o gerenciamento integrado de projetos para suportar a governança e a tomada de decisão das lideranças e equipes multidisciplinares de projeto ao longo do ciclo de vida dos projetos e serviços.

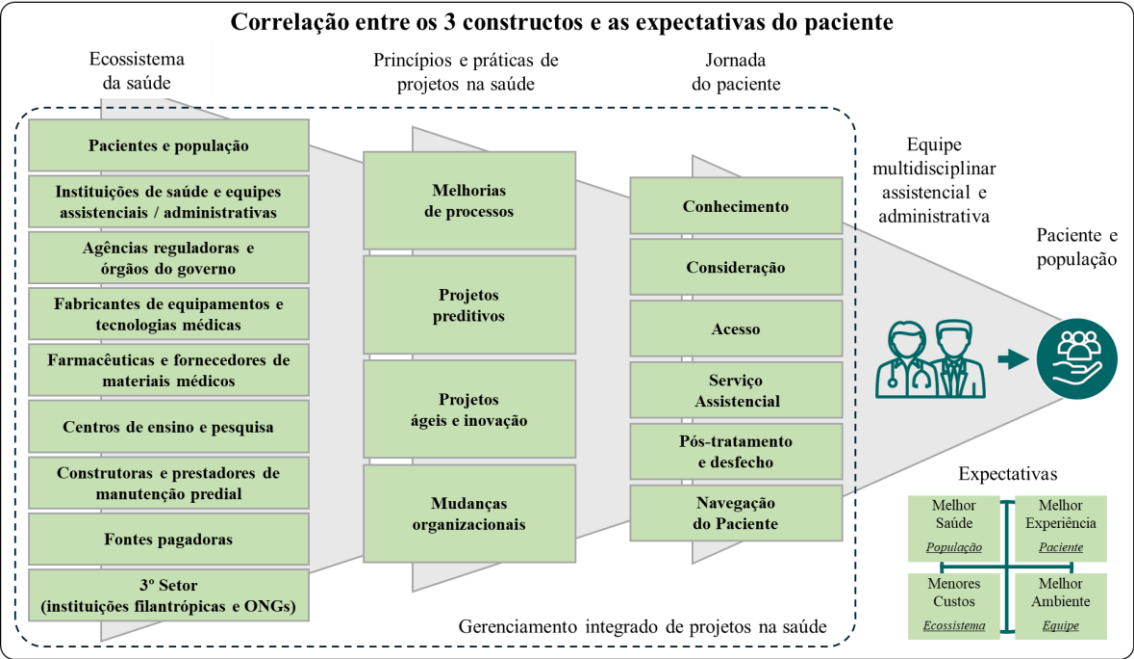


Figura 15: Modelo de gestão integrada de projetos na saúde orientada à jornada do paciente  
Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Como resultado desta etapa, pode-se dizer que o objetivo foi alcançado, por meio de uma RSL com 249 artigos selecionados, que auxiliaram na compreensão dos constructos Ecosistema da saúde, Jornada do paciente e Princípios e práticas de gestão de projetos. A incorporação de uma base de dados específica do setor da saúde e o aprofundamento em algumas referências dos artigos selecionados trouxeram contribuições relevantes sobre conceitos específicos do contexto da saúde. A análise detalhada dos artigos permitiu compreender a correlação entre os três constructos, bem como a sua influência nos serviços da saúde. Vale destacar que a base disponibilizada no *link* pode auxiliar outros pesquisadores que tratam dos tópicos levantados nesta pesquisa. Assim, a partir de cada um dos constructos estudados emergiram categorias que possibilitaram estabelecer conexões entre temas correlatos. O corpo de conhecimento resultante desta pesquisa foi sintetizado no formato de um modelo orientado às expectativas do paciente e dos agentes do ecossistema da saúde.

A correlação da análise preliminar dos artigos utilizando o *software* VOSviewer associada ao processo de categorização na perspectiva *theory-driven* possibilitou validar que o *corpus* de conhecimento desta pesquisa responde à questão que direcionou a RSL foi “Como a gestão de projetos é tratada nos artigos que estudam o setor da saúde?”. Vale destacar que em linhas gerais esse processo de RSL foi iniciado com foco na busca por práticas de gerenciamento de projetos na saúde, mas o conhecimento que emergiu da literatura ao longo da

pesquisa foi a compreensão de que em contextos complexos como o ecossistema da saúde, os serviços assistenciais são afetados pelas mudanças inerentes ao ambiente afetando diretamente sua qualidade e os objetivos estratégicos que se pretende atingir.

### 3.2.3 *Pesquisa empírica e refinamento do modelo*

A segunda etapa desta pesquisa compreendeu o “Refinamento do modelo teórico conceitual”, declarado como objetivo específico “c” deste estudo, por meio da interação com praticantes de projetos na saúde para compreender suas realidades e agregar contribuições ou ajustes que permitam que o modelo final esteja aderente ao cenário real das instituições de saúde. Para esta etapa desenvolveu-se um protocolo detalhado, descrito no Apêndice A, sendo em linhas gerais formado por duas frentes de atuação, sendo a primeira dedicada às entrevistas semiestruturadas individuais com praticantes no nível estratégico de instituições de saúde (presidentes, diretores ou superintendente), e a segunda frente dedicada aos debates entre praticantes no nível tático-operacional (gerentes de área, líderes de escritórios de projeto, líderes e membros de equipes multidisciplinares de projeto) em formato de grupos focais. As instituições de saúde representadas por estes praticantes são hospitais reconhecidos como referência pelo Ministério da Saúde brasileiro e por entidades do ecossistema da saúde, e que contribuem com projetos para o aumento de maturidade organizacional e/ou assistencial dos demais hospitais brasileiros, replicando assim suas boas práticas de gestão.

Os praticantes selecionados foram informados a respeito da confidencialidade dos dados coletados, garantindo a aderência às normas éticas inerentes aos estudos qualitativos. A essência do estudo qualitativo é compreender profundamente um fenômeno e seus processos organizacionais (Creswell, 2009; Godoi, Bandeira-de-Mello, & Silva, 2010). Neste sentido, pretende-se com as interações (entrevistas e sessões de grupos focais) junto aos praticantes que o modelo teórico proposto dialogue com a realidade prática dos entrevistados, possibilitando novos conhecimentos que refinem seus atributos e gerando um modelo que seja relevante para o ecossistema da saúde. A determinação inicial do número de praticantes estimados para as entrevistas visa alcançar a saturação teórica (Charmaz, 2006), o que permite alterações para garantir a profundidade e a representatividade que atendem a questão de pesquisa. A saturação é compreendida quando acréscimo no número de entrevistados não trazem dados adicionais ao padrão de respostas dos indivíduos já entrevistados.

As interações foram conduzidas e gravadas para viabilizar a transcrição e posterior análise de dados (Da Silva, Penha & Bizzarias, 2022). As transcrições, dados coletados e

apresentação dos resultados foram estruturados com apoio do *software* ATLAS.ti. A codificação dos dados foi realizada para encontrar padrões e contradições de respostas dos entrevistados, isso sendo feito para que fosse possível apontar formas comuns de entendimento nos conteúdos expostos nas entrevistas e grupos focais. As falas dos entrevistados nas interações durante a pesquisa empírica constituíram o *corpus* de análise, que seguiu sendo avaliado de forma mais objetiva, dado o propósito da pesquisa que foi o de refinar o modelo construído a partir da RSL.

A estratégia adotada na pesquisa foi diferente da inicialmente pretendia que buscava abstrações teóricas por meio de processos mais orientados aos dados (*data-driven*), buscando novas categorias seguindo as prescrições da Charmaz (2006) de análise de dados em três ciclos de codificação pela *Grounded Theory*. Em substituição, um processo mais objetivo de coleta e análise de dados foi adotado, pela perspectiva *theory-driven*, guiado pelo quadro teórico e informações do modelo proposto, seguindo a exposição do modelo e perguntas orientadas para compreender a aderência e a aplicação do modelo na perspectiva dos entrevistados e participantes dos grupos focais. Cabe explicitar que a perspectiva *data-driven* identifica categorias analíticas que emergem da análise dos dados, levando a generalizações conceituais abstraídas das evidências colhidas dos dados. A perspectiva *theory-driven* utiliza-se de categorias derivadas de conceitos teóricos previamente estabelecidos, testados e validados por meio da análise dos dados empíricos coletados em consonância com o conhecimento gerado durante a RSL.

As falas dos entrevistados foram sendo agrupadas em significados comuns, que serviram para a constituição do *corpus* de análise deste estudo seguindo para avaliação quanto a uma percepção positiva ou negativa com relação ao modelo (Santaña, 2013). O processo pode ser descrito como análise temática, sendo essa uma técnica útil para categorizar cada unidade textual e depois agrupá-las por núcleos de sentido, de acordo com o interesse da pesquisa (Dias & Mishima, 2023).

O grupo focal é um tipo de entrevista realizada em grupo, sendo seu objetivo a interação entre os participantes, que influenciam uns aos outros pelas suas respostas e ideias sobre um determinado tema ou objeto de análise proposto, quando estimulados pelo moderador. O grupo focal é recomendado para diversos casos, entre eles para orientar e fornecer interpretações dos participantes a partir de um estudo inicial, aderente ao objetivo específico “c” desta pesquisa empírica. O grupo focal pode ser associado às entrevistas individuais, permitindo ao pesquisador explorar questões surgidas na análise de entrevistas, visando esclarecer áreas que ainda apresentam pontos de vista obscuros (Oliveira & Freitas, 1998). A sinergia obtida entre

as entrevistas individuais e os grupos focais foi objetivada para dar maior robustez e permitir a triangulação das informações a cada etapa (Godoi, Bandeira-de-Mello, & Silva, 2010).

Os dados são examinados em profundidade, organizando as evidências a partir de codificações e categorizações emergentes da abordagem teórica. Outras evidências decorrentes do procedimento empírico são analisadas de forma complementar, consolidando os dados que fundamentam o propósito definido da pesquisa (Charmaz, 2006). O intuito destes passos é identificar padrões e significados nos dados, que alinham percepções comuns e práticas nos fenômenos examinados, facilitando a formulação de teorias por meio de abstrações que integram elementos teóricos e empíricos (Langley, 1999). Vale destacar que na análise qualitativa, um código representa um conceito atribuído pelo pesquisador para conferir significado a cada evidência (da Silva, Russo, & De Oliveira, 2018; Godoi, Bandeira-de-Mello, & Silva, 2010). Um código ou categoria representa uma abstração com significado baseado nas evidências teóricas ou empíricas que auxiliam a explicar dada realidade. A abstração representada por um código se converte em teoria substantiva, que está lastreada nas evidências das análises do *corpus* de pesquisa.

O formato desta etapa de pesquisa segue a Resolução 674 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) de 06 de maio de 2022 que dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep (Comitês de Ética em Pesquisa / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), sendo compreendida como uma pesquisa dispensada de comitê de ética. O capítulo IX desta resolução (CNS, 2022, p. 08) é dedicado às “Pesquisas dispensadas de registrado na Plataforma Brasil” e o artigo 26 estabelece que são dispensadas de apreciação pelo Sistema CEP/Conep, as pesquisas que se enquadrem exclusivamente nas situações dispostas em seus parágrafos. Sendo o objetivo desta pesquisa propor o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente, sendo que esta pesquisa se enquadra na diretrizes dos parágrafos “VII - Pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o indivíduo” (p.08) e “XI - Atividade cuja finalidade seja descrever ou analisar o processo produtivo ou administrativo para fins, exclusivamente, de desenvolvimento organizacional” (p.08). Desta forma, compreende-se que esta pesquisa está dispensada de autorização formal de um comitê de ética em pesquisa.

### 3.2.3.1 Frente 01 - Entrevistas semiestruturadas individuais

As entrevistas semiestruturadas individuais foram conduzidas conforme protocolo estabelecido no Apêndice A, com o foco de refinar o modelo teórico com a visão institucional e estratégica da liderança (presidentes, diretores/diretoras e superintendentes) de instituições de saúde reconhecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro como “Hospitais de Excelência” (ESRE, 2024 - Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Sírio Libanês e Hospital Beneficência Portuguesa.) e/ou associados a ANAHP. Estas instituições são reconhecidas pela qualidade dos serviços de saúde e seu nível de maturidade em gestão administrativa e assistencial, sendo práticas replicadas para outras instituições por meio de programas governamentais como o PROADI (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) (PROADI-SUS, 2024). Complementar à visão institucional e estratégica, a entrevista também abordou aspectos como a responsabilidade do entrevistado, barreiras para execução da estratégia, rotinas de governança, como os objetivos estratégicos são incorporados nos projetos priorizados e a forma de desdobramento dos objetivos estratégicos para as equipes nos níveis tático-operacional.

Os entrevistados foram selecionados a partir do relacionamento profissional do autor desta pesquisa, complementado por consultas adicionais nas redes sociais profissionais (LinkedIn e correlatas), além de recomendações de outros profissionais do ecossistema da saúde. Conforme representado na Figura 16, no total, foram contactados 22 profissionais e agendadas 17 entrevistas entre 02/09/2024 e 27/09/2024, sendo que ao final, 12 entrevistas foram conduzidas em formato *online* totalizando 13 horas e 45 minutos de entrevistas transcritas e analisadas como apoio do software ATLAS.it, sob óptica da pesquisa teórica deste estudo, possibilitando identificar refinamentos do modelo e outros fatores associados à sua aplicação prática. Em cinco casos, os profissionais não compareceram por problemas pessoais ou conflito de agendas profissionais, mas demonstraram ter interesse em contribuir em pesquisas futuras.

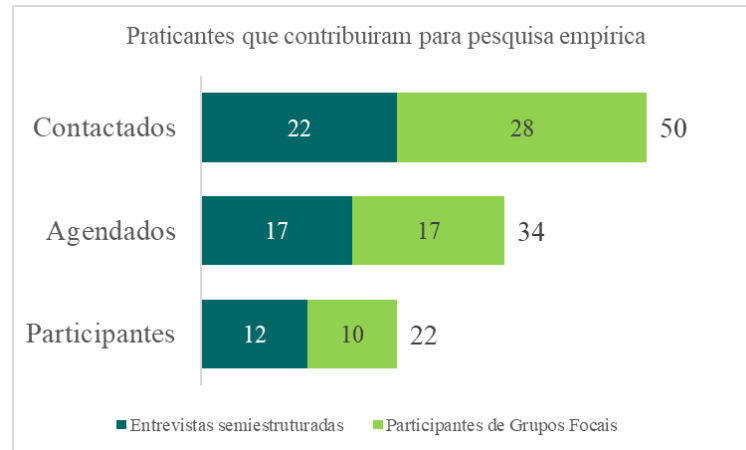


Figura 16: Praticantes que contribuíram para pesquisa empírica

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

O perfil dos entrevistados é heterogêneo, representando de forma adequada a diversidade e complementariedade entre as múltiplas competências técnicas e comportamentais requeridas para liderar o ecossistema da saúde. A amostra é composta por oito entrevistados do gênero masculino e quatro do gênero feminino, sendo que nove estão na faixa etária entre 41 e 50 anos e três entre 51 e 60 anos. Sobre a formação básica, sete têm formação em administração e correlatos e outros cinco na área médica, assistência e correlatas, sendo que o nível mais alto de formação apresentado foi MBA, como destaque com cinco dos entrevistados, seguido de dois com pós-graduação *lato sensu*, dois com mestrado e três com doutorado, todos têm experiência de mais de cinco anos com práticas de gestão de projetos sendo recorrente o relato de uso de práticas preditivas e práticas ágeis e inovação.

Quanto à posição executiva, três entrevistados são presidentes, três superintendentes e seis diretores(as). Os entrevistados atuam ou atuaram em 15 instituições de saúde, dentre as quais todos os seis “Hospitais de Excelência” reconhecidos pelo Ministério da Saúde brasileiro. Sobre as áreas que estes entrevistados atuam, foram identificados três em governança corporativa e/ou presidência, quatro em Estratégia e projetos, três na área assistencial e/ou programa PROADI, um na área financeira e um na área de infraestrutura e/ou tecnologia.

Com base nestas informações iniciais é possível compreender que os 12 entrevistados correspondem ao perfil desejado para as entrevistas semiestruturadas e a quantidade está dentro do objetivo estabelecido no protocolo de pesquisa. Estas entrevistas possibilitam explorar refinamentos na perspectiva institucional e estratégica para o modelo e permitem responder a questão de pesquisa. Estes refinamentos contribuíram para gerar as primeiras adequações do modelo que foi submetido aos grupos focais para novos debates e captação de novos aprimoramentos na perspectiva tático-operacional.

### 3.2.3.2 Frente 02 - Grupos focais

Os grupos focais foram conduzidos conforme protocolo estabelecido no Apêndice A, com o foco de refinar o modelo teórico com a visão tática e operacional das equipes envolvidas na execução do portfólio de projetos (gerentes de área, líderes de escritórios de projeto, líderes e membros de equipes multidisciplinares de projeto) de instituições de saúde com mesmo perfil que as selecionadas para as entrevistas semiestruturadas.

O modelo teórico foi adequado a partir do refinamento recomendado pelas lideranças e apresentado aos participantes dos grupos focais para que discutissem como os objetivos estratégicos e resultados pretendidos são incorporados aos projetos e contribuíssem com novas recomendações de aprimoramento no nível tático e operacional. Durante a dinâmica do grupo focal também foram exploradas as responsabilidades, as experiências, a realidade dos participantes, as barreiras para execução da estratégia, as rotinas de governança e quais os elementos acreditavam necessários em cada etapa.

Os participantes dos grupos focais foram selecionados a partir do relacionamento profissional do autor desta pesquisa, complementado por pesquisas complementares nas redes sociais profissionais (LinkedIn e correlatas), além de recomendações de outros profissionais do ecossistema da saúde, e conforme representado na Figura 16, totalizaram 28 profissionais contactados. Foram realizados três grupos focais com total de dez participantes, conduzidos em formato *online* totalizando cinco horas e 54 minutos de debates transcritos e analisados como apoio do software ATLAS.it, possibilitando identificar refinamentos do modelo e outros fatores associados à sua aplicação prática: grupo 01 (GF01) em 24/09/24 com seis profissionais agendados, sendo que três compareceram (GF01P01 até GF01P03), grupo 02 (GF02) em 26/09/24 com quatro profissionais agendados, sendo que dois compareceram (GF02P01 até GF02P02) e grupo focal 03 (GF03) em 01/10/24 com sete profissionais agendados, sendo que cinco compareceram (GF03P01 até GF03P05). Os profissionais que não compareceram informaram problemas pessoais ou conflito de agendas profissionais, mas demonstraram ter interesse em contribuir em pesquisas futuras. É compreendido que as sessões podem ser prejudicadas pelo número reduzido de participantes, mas também é recomendado que um número reduzido em sessões *online* potencializa a discussão (Krueger, 2014). Assim, manteve-se as sessões com um número baixo de participantes assumindo essa situação como uma fragilidade da pesquisa.

O perfil dos participantes é heterogêneo, representando de forma adequada a diversidade e complementariedade entre as diversas competências técnicas e comportamentais requeridas

para atuar no ecossistema da saúde. A amostra dos profissionais que compareceram é composta por sete pessoas do gênero feminino e três do gênero masculino, sendo que sete participantes declaram estar na faixa etária entre 41 e 50 anos, um participante entre 31 e 40 anos, um participante entre 20 e 30 anos e um participante entre 51 e 60 anos. O nível mais alto de formação apresentada foi MBA como destaque em seis dos participantes, seguido de três participantes com especialização e um participante com mestrado. Sobre o tempo de experiência com gestão de projetos, seis participantes declararam ter experiência entre 11 e 15 anos, dois participantes entre seis a dez anos, um participante com mais de 16 anos e um com até cinco anos.

Os participantes também informaram utilizar práticas de gestão de projetos, sendo, sete participantes com experiência em práticas preditivas, seis participantes com experiências nas práticas de gestão de programas, práticas ágeis e práticas de processos e melhoria contínua, três participantes atuam nas categorias de gestão de portfólio e práticas de inovação. Estes profissionais relataram os papéis que melhor representam sua responsabilidade atual com gerenciamento de projetos, sendo três profissionais na posição de líder de PMO e líder de projetos, dois como gerentes de área, um como membro do PMO e um como membro de equipe. Os participantes entrevistados atuam ou atuaram em 12 instituições de saúde, entre elas os seis “Hospitais de Excelência”, além de hospitais associados à ANAHP, Ministério da Saúde brasileiro e gestão do programa PROADI.

Com base nestas informações iniciais é possível compreender que os dez participantes dos três grupos focais correspondem ao perfil desejado para as contribuir com o refinamento. Apesar da quantidade objetiva de participantes em dois dos grupos focais ter sido inferior ao número alvo de praticantes como indica Krueger (2014) e estabelecido no protocolo de pesquisa (cinco a oito praticantes por grupo), suas contribuições foram relevantes e permitiram uma exploração mais ampla em função do tempo disponível. Estes grupos focais possibilitaram explorar refinamentos na perspectiva tático e operacional para o modelo e permitiram responder à questão de pesquisa, possibilitando gerar adequações complementares tanto no modelo macro quanto no modelo detalhado, tornando-o mais aderente ao seu uso prático.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EMPÍRICOS

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos com a pesquisa empírica, que têm como base a pesquisa teórica deste estudo, referente à RSL e à proposta do modelo teórico inicial. A apresentação dos resultados é iniciada pelos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas, na sequência são apresentadas as pontuações dos grupos focais, os refinamentos consolidados incorporados ao modelo e informações complementares que emergiram da pesquisa empírica relacionadas às barreiras, facilidades e ganhos da aplicação prática do modelo. Também surgiram pontos de atenção para a replicação do modelo para instituições de saúde com níveis de maturidade diversos.

4.1 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS INDIVIDUAIS

A dinâmica aplicada em cada entrevista foi apoiada pelas questões orientadoras descritas na Tabela 13 presente no protocolo no Apêndice A, com duração média de uma hora e composta por quatro blocos: “Contexto da pesquisa” (um breve relato do objetivo da pesquisa, problematização e justificativa descritos nesta pesquisa), “Realidade do entrevistado”, “Apresentação do modelo teórico” descrito na Figura 9 e “Refinamento do modelo teórico”.

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados na pesquisa empírica

Entrevistados	Descrição
E01	Diretor de estratégia e comercial de instituição de saúde membro da ANAHP
E02	Diretor de tecnologia de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E03	Superintendente de finanças de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E04	Presidente de instituição de saúde membro da ANAHP
E05	Presidente de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E06	Superintendente de operações assistências de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E07	Superintendente de estratégia de instituição de saúde membro da ANAHP
E08	Superintendente de PMO e projetos de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E09	Superintendente de experiência do paciente de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E10	Diretor de estratégia, PMO e projetos de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E11	Diretor de estratégia, PMO e comercial de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”
E12	Presidente de instituição de saúde reconhecida como “Hospital de Excelência”

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Os dois blocos que agregam novos dados para esta pesquisa são descritos a seguir com a apresentação dos relatos dos entrevistados e algumas citações que exemplificam suas percepções sobre o gerenciamento de projetos na saúde. Os trechos apresentados explicitam as evidências obtidas nas entrevistas correspondentes aos 12 entrevistados, que receberam o código sequencial E01 até E12 (Tabela 1), visando preservar a o anonimato dos participantes da pesquisa.

#### 4.1.1 *Responsabilidades e realidade do entrevistado*

Os entrevistados são responsáveis por liderar o posicionamento institucional, interface com agentes do ecossistema da saúde, definição, execução da estratégia e transformação das instituições de saúde, como citado por um dos entrevistados: “*Como presidente, minha responsabilidade sempre foi liderar um processo de transformação.*” (E05). Além disso, existem outras de suas responsabilidades, como a busca por oportunidades de crescimento orgânico e/ou expansões, aperfeiçoamento dos serviços da jornada do paciente, gestão financeira, ações ambientais e sociais além do engajamento de pessoas com a cultura, formação e objetivos organizacionais, como afirmado por outro entrevistado: “*Minha responsabilidade como presidente é promover a integração, desenvolvimento da visão futura, e alinhamento da execução com a visão estratégica da organização.*” (E12). Adicionalmente às responsabilidades internas, estas lideranças atuam em associações e entidades que representam grupos de agentes do ecossistema da saúde, demonstrando assim o protagonismo destes profissionais e relevância de seus relatos para esta pesquisa.

A governança corporativa e gerenciamento de projetos são reconhecidos por estes líderes como mecanismos relevantes na instituição de saúde para gerar organização, integrar os diversos agentes externos e equipes internas em torno de objetivos estratégicos e prover informações sobre tendências, riscos e mudanças no contexto. A gestão de um determinado portfólio ou conjunto de programas e projetos, por vezes, resume o foco de atuação de alguns destes executivos como uma entrevistada declarou: “*Eu estou como diretora de compromisso social responsável por liderar projetos desenhados com o governo para instituições do SUS.*” (E06). Os trechos a seguir complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Hoje estou diretor executivo de estratégia. [...] sou o *sponsor* das iniciativas de expansão, projetos de desenvolvimento de novas unidades de negócio.” (E01)

[...] “Como diretora de tecnologia, fui responsável por elaborar a estratégia digital das instituições.” (E02)

[...] “Eu estou como presidente [...] tive a chance de ganhar uma visão bastante ampla da instituição nos pilares da assistência, ensino, pesquisa e do corporativo. Isso me ajuda a enxergar tudo que eu faço com essa visão integrada.” (E04)

Os entrevistados destacam a importância de alinhar projetos à estratégia organizacional, considerando os fatores e relações, tanto externos quanto internos à instituição de saúde, sendo fundamental para estabelecer os serviços da jornada do paciente, objetivos estratégicos e traçar caminhos para atender às expectativas dos pacientes e agentes do ecossistema da saúde. Os entrevistados destacaram a relevância de envolvimento das diversas áreas desde as etapas iniciais para garantir o engajamento com os benefícios pretendidos, transparência das premissas do serviço a ser aperfeiçoado, investimentos, impactos e riscos, isso com compromisso de não afetar os serviços ativos.

Desta forma, barreiras de definição de um modelo de negócio ou mesmo sustentabilidade do modelo de remuneração vigente podem ser superadas com a busca de alternativas como compartilhamento de risco em tratamentos com farmacêuticas e fontes pagadoras, substituindo o modelo *fee-for-service* por pacotes de serviço, ou até mesmo a gestão de prevenção e assistência populacional, substituição de investimentos de alto custo por receita compartilhada com fabricantes de equipamentos de diagnóstico ou ainda a prestação de serviços no domicílio do paciente, como exames ambulatoriais. Os entrevistados atribuem à equipe do PMO e ao líder dos projetos a responsabilidade de protagonismo na liderança e integração dos diversos envolvidos para garantir o alinhamento estratégico, integração dos diversos elementos que compõem o projeto para assegurar a entrega eficiente dos resultados pretendidos. Alguns trechos foram transcritos a seguir para exemplificar esta compreensão:

[...] “Para entender o que gera valor, você precisa conhecer o ecossistema como um todo. [...] muitas organizações têm uma visão limitada e não percebem o impacto na cadeia de valor.” (E01)

[...] “Quando falamos do ecossistema, alguns participantes, como fornecedores e *startups*, podem trazer um olhar diferente sobre a jornada. No entanto, ainda temos um desafio grande na relação com pagadores, como operadoras, que precisam estar mais envolvidos nos projetos.” (E02)

[...] “Para mim, existem dois tipos de PMOs. Tem o PMO que libera a transformação [...] e o PMO que registra o feito e, obviamente, não é um alavancador de transformação. A gente busca, sempre que o PMO assuma um protagonismo maior no projeto [...] e dê transparência para todos dentro da instituição.” (E05)

A comunicação da estratégia da instituição e os resultados pretendidos são organizados de tal forma que possam ser desdobrados para as equipes nos níveis tático e operacionais, buscando compreensão da contribuição de cada profissional para os desafios estabelecidos. A descrição de dois exemplos de processo de criação da estratégia e sua comunicação foi comentada pelos executivos e podem ser analisadas nos trechos a seguir:

[...] “A estratégia que foi usada foi, primeiro, uma abordagem de explicação, com rodas de conversa, [...] depois pílulas de informação [...] as *lives* foram feitas para sedimentar o planejamento, feitas, por exemplo, pela própria CEO [...] outras *lives* mais com uma linguagem voltada para a população, para trazer essa cultura e essa adesão ao planejamento estratégico.” (E02)

[...] “A estratégia da nossa instituição não é feita em uma salinha com cinco pessoas. A gente envolve centenas de pessoas na estratégia. [...] A pandemia nos uniu muito, porque o grande inimigo externo fez com que a gente se unisse dentro, e a comunicação ficou muito eficiente por via digital [...] Eu acho que fez todo mundo trabalhar mais junto, mais unido, em volta de uma estratégia e cinco mil pessoas indo para o mesmo lugar.” (E04)

A mesma forma de organização dos objetivos estratégicos é utilizada para estabelecer benefícios gerados pelos projetos e performance dos serviços, como descrito por um dos entrevistados: “*O projeto estratégico é a resposta estruturante da alta governança a um gap na sua estratégia, entre o que você é e o que você quer ser em um determinado período de*

*tempo.*” (E05). Esta organização é coordenada pelas estruturas de governança corporativa e escritórios de projetos - PMOs, escritório de qualidade assistencial, recursos humanos, controladoria financeira, auditoria interna e demais departamentos de gestão utilizando métodos como BSC<sup>23</sup> e OKRs<sup>24</sup> para definição de metas e plano de remuneração variável por resultados. Sendo assim, regras e rituais são estabelecidos e colocados em prática para conectar a estratégia com a execução dos projetos e a rotina operacional das instituições de saúde, permitindo o acompanhamento de progresso e tendências de resultados, criação de planos de adequação, comunicação transparente e sincronizada em todos os níveis da organização. Isso ajuda a viabilizar a tomada de decisão em tempo hábil em casos críticos de forma a mitigar impactos negativos à instituição de saúde, agentes do ecossistema da saúde e, principalmente, à saúde do paciente. Exemplos desta gestão podem ser compreendidos com base nas falas dos entrevistados apresentadas a seguir:

[...] “Fizemos um plano de negócio para cada grupo de especialidade e o corpo clínico foi protagonista da construção desse plano e apresentação no conselho de governança [...] eles entenderam tão bem o papel deles e como a entrega clínica impacta o sinistro da operadora, [...] é o médico que apresenta isso para a operadora, para ela compreender que tem aqui uma integração clínica e corporativa, e uma voz única a serviço do paciente.” (E04)

[...] “Quando você tem, de fato, uma visão integrada, primeiro você vai priorizar a alocação de recursos, seja pessoas, equipamentos, sistemas. E tempo de diretoria também. [...] Então, quando você consegue, de fato, ter um entendimento institucional e priorizar de acordo com as necessidades identificadas, escolhendo entre aquilo que eu estou agregando valor e eliminando aquilo que eu simplesmente estou desperdiçando recursos.” (E07)

[...] “A estratégia, ela não só facilita nesse processo de integração das equipes [...] como também, depois, ela ajuda na orquestração do acompanhamento da execução dessas iniciativas.” (E11)

---

<sup>23</sup> BSC – *Balanced Score Card* - Metodologia de gestão empresarial desenvolvida por Kaplan e Norton (1996)

<sup>24</sup> OKR – *Objective and Key Results* – Metodologia de gestão de desempenho empresarial desenvolvida por Grove, A. (1983)

Em específico, sobre a incorporação dos objetivos estratégicos de cada projeto de aperfeiçoamento dos serviços da jornada do paciente e sua melhoria contínua, os entrevistados destacaram a análise holística dos serviços e dos benefícios gerados, tanto internamente quanto externamente. A evolução da maturidade organizacional seja por meio do letramento dos gestores e equipes multidisciplinares assistenciais e administrativas, ou seja, pela responsabilização do grupo pelos resultados pretendidos por uma determinada linha de serviços. Baseado nos relatos, o nível de maturidade entre as instituições de saúde apresenta diferentes níveis de maturidade de governança, porém todas têm realizado aperfeiçoamento e melhoria contínua de seus procedimentos de gestão, fortalecimento da cultura de excelência na gestão integrada e no desenvolvimento dos gestores para que estejam capacitados, não só para direcionar tecnicamente a equipe, mas para assumir também responsabilidade sobre a gestão de pessoas e direcionar os esforços para os benefícios pretendidos. Este encadeamento entre projetos e sua contribuição com os objetivos estratégicos pode ser compreendido com as seguintes afirmações dos entrevistados:

[...] “Cada um dos projetos, eles fazem parte de uma batalha. Os projetos de educação ou os de ciência se conectam com atingir os objetivos de conhecimento, e os projetos de excelência operacional, que são os projetos mais de gestão, estão conectados aos objetivos de excelência clínico-assistencial.” (E06)

[...] “Todo projeto vai ter um objetivo do projeto [...] O objetivo é criar um novo modelo de gestão da especialidade [...] A gente muda a visão quando estabelece que o objetivo é aumentar *share*, aumentar volume, aumentar rentabilidade.” (E10).

Os temas de engajamento e definição de papéis e responsabilidades também foram explorados com os entrevistados, sendo estes fatores relevantes para atingir os objetivos do projeto: “*Então eu preciso utilizar de todas as técnicas de gestão de projeto para engajar todas as áreas e alinhar em volta de um objetivo de negócio.*” (E01). A adaptação dos princípios e práticas de gestão de projeto ao contexto da instituição de saúde, que é conhecida pelo termo *tailoring*, ganha destaque quando são analisados o conjunto de relatos e identificadas variações nas atribuições e expectativas dos entrevistados. Estas variações e adaptações são decorrentes do modelo de governança corporativa ou tradições de tomada de decisão, tendo em vista que se trata de instituições com décadas de fundação, ou mesmo decorrentes da modernização de seus mecanismos de governança, criando ou redistribuindo atribuições para tornar o processo de

geração de valor mais fluído e integrativo na instituição de saúde. Desta forma, é possível compreender que não existem padrões únicos e rígidos que podem ser aplicados de forma isonômica para todas as instituições de saúde, mas sim que estas diferenças são coerentes com o processo decisório e de organização de uma determinada instituição de saúde. Esta diferença entre abordagens pode ser observada nos dois trechos destacados a seguir:

[...] “E, historicamente, antes da minha entrada, quem atualizava toda a diretoria do status dos projetos era o PMO ou gerente executivo, [...] E essa foi uma mudança que eu fiz. quem vai atualizar é o *sponsor*.” (E10)

[...] “Quem vai conduzir os projetos não é o executivo. Ele vai ser um *sponsor*, ele vai ser um patrocinador, mas ele não é o gerente do projeto. Então esse executivo cascadeia esse projeto para sua liderança responsável. [...] Então ele é a maior autoridade do hospital.” (E11)

A gestão integrada dos projetos é reconhecida pelos entrevistados como relevante para garantir a execução da estratégia em todos os níveis da instituição de saúde, desde as etapas iniciais com o envolvimento de todos os agentes e profissionais necessários para definir o propósito do projeto proposto, integração do planejamento e execução, gestão de capacidade dos recursos de forma integrada e indo até o acompanhamento de performance dos serviços ativos. Um dos entrevistados relata a complexidade da atuação fragmentada das equipes e como a mudança para atuação integrada promove o engajamento: “*O que a gente via muito é de estruturas paralelas tentando fazer projetos e aí o projeto ficava sempre faltando alguma coisa então entregava faltando ou fora do prazo e sempre alguém esquecia de alguma coisa. [...] Hoje, a partir da ideia, a gente já envolve todo mundo e todo mundo vai junto até a entrega.*” (E03)

Sendo a gestão integrada de projetos uma das alavancas da governança corporativa, suas atribuições, rituais e mecanismo são complementares proporcionando assertividade de informações, transparência na comunicação e senso de urgência para tomada de decisão. A integração alavanca a maturidade e fortalece o comprometimento dos gestores para superar resistências internas e externas, promove um ambiente colaborativo com objetivo de gerar os benefícios pretendidos. Os trechos a seguir complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Ajuda na convergência e não na fragmentação [...] Nós temos um sistema de saúde como um todo, com dois subsistemas, um SUS e esse funciona como um sistema, com todos os defeitos, e o privado, que não funciona como sistema. Então ele já é fragmentado na base, na origem. E isso está trazendo esse enorme desafio de sustentabilidade que a gente está vendo hoje.” (E08)

[...] “A integração é a amarração que pode garantir que as dificuldades no gerenciamento do projeto não vão deformar ou afastar dos objetivos iniciais do projeto. [...] Mas eu acho que o grande benefício é você garantir o alinhamento, porque quanto mais você vai descendo para o tático, você vai encontrando dificuldades, e o gestor, para vencer as dificuldades, ele pode perder a referência. Então, você volta no reporte, na discussão, e esse negócio vira um ciclo.”. (E12)

A realidade apresentada pelos entrevistados reforça a correlação entre os fatores externos e internos com a estratégia, a relevância do gerenciamento de projeto para engajamento das pessoas na entrega de serviços aos pacientes. O conceito de gerenciamento integrado já se faz presente na realidade dos executivos das instituições de saúde como mencionado pelo entrevistado E05: “*E a gestão integrada se dá por uma atuação forte do método [...] então, com isso, dá transparência para todos dentro da instituição*”.

#### 4.1.2 Refinamento do modelo teórico

Posterior à compreensão das responsabilidades e realidade de cada entrevistado, foi apresentado o modelo teórico macro (Figura 9) com intuito de coletar suas percepções sobre a aplicação do modelo e verificar que refinamentos seriam necessários. De forma geral, a primeira impressão foi positiva e gerou interesse por esclarecimentos adicionais em alguns pontos específicos como mencionado pelo entrevistado E02: “*Acho que quando fala da governança integrada, ele se torna um modelo de retroalimentação. Eu acho que isso é bem relevante para que a gente consiga ter uma visão única e vocês possam unir esforços*.” Outros trechos contribuem para afirmar que o modelo teórico macro que incorpora boa parte das expectativas dos entrevistados:

[...] “Eu acho que, na visão como foi construída, é como a gente trabalha dentro da nossa instituição. Então, desde a concepção integrada da ideia, discussão, planejamento, execução, depois do acompanhamento, Então, eu acho que tudo isso funcionando como um ecossistema ou como um corpo, com cada uma com suas partes, é como a gente consegue manter a sustentabilidade do negócio, a perenidade do sistema.” (E03)

[...] “Eu gosto muito dessa visão que você trouxe, porque aqui, como eu te falei, medir se serviço faz o paciente ficar vivo ainda é um indicador importante, mas ele não conta toda a história. O indicador é se você está fazendo isso, suportando a sustentabilidade do ecossistema. Então aí você vai ter um olhar muito mais amplo, né? Eu gosto bem dessa visão aqui, Ela me representa.” (E04)

[...] Parece bem completo, alinhado com tudo o que eu contei e a gente está tentando fazer e talvez não tão conectado, não tão esquematizado, mas no passo a passo, no dia a dia, ou na minha cabeça, você acaba tocando algumas dessas etapas que você descreveu.” (E10)

A partir desta compreensão do modelo, os entrevistados elencaram os refinamentos para cada elemento do modelo, com intuito genuíno de agregar melhorias que elevaram a maturidade do modelo teórico para um novo patamar, potencializando o ganho de sua aplicação prática. O primeiro elemento abordado é “Paciente e população”, sendo recomendado que tenha uma abrangência maior em função do compromisso de familiares e cuidadores com o cuidado da saúde, podendo ser entendido como relação complementar com a instituição de saúde e outros agentes do ecossistema da saúde em nome do paciente.

Na visão de um ecossistema de saúde mais amplo, o paciente também é compreendido como cliente, principalmente quando sua saúde não está debilitada e ele mantém um relacionamento de aquisição de serviços, ou na etapa de fidelização, seja com planos de saúde ou terapias complementares ligadas à promoção e prevenção de doenças, fortalecendo bons hábitos de saúde, que geram benefícios tanto para a pessoa quanto para os resultados dos agentes do ecossistema decorrente do consumo consciente dos serviços de saúde. O paciente também pode ser representado por conselhos de saúde governamentais, representantes comunitários ou conselhos de pacientes presentes nas instituições de saúde (pública,

filantrópica, particular ou misto). Esta expectativa de visão ampliada sobre o elemento “Paciente e população” é reforçado na fala dos entrevistados apresentadas a seguir:

[...] “Quando você vai expandindo a visão cada vez mais macro sobre participação do paciente, ele chega daquilo que o governo chama das políticas de controle social via as representações que são hoje já previstas na lei. Os conselhos, federal, estaduais e municipais. [...] estão representando os pacientes [...] Conseguimos, um ano antes do início do triênio, nos reunir e analisar quais são as prioridades, as necessidades de saúde dos territórios” (E08)

[...] “Que todo cliente, ele pode vir a ser um paciente. Mas todo paciente dentro da sua unidade hospitalar, ele é um cliente [...] junto com o paciente, você tem os familiares.” (E09)

[...] “Você falou bastante de paciente, mas a gente hoje traz a palavra mais ampla, que é cliente. Em alguns casos, o meu cliente amplia, vai para a família do paciente. Eu preciso acolher aquela família também”. (E10)

Decorrente desta visão ampliada, o elemento “Expectativas do paciente” também é ampliado para o entorno do paciente e, como relatado pelos entrevistados, é necessário estabelecer uma relação de equilíbrio com as reais necessidades de saúde. Tais necessidades são baseadas em recomendações de instituições internacionais, políticas públicas locais, regulamentações técnicas de entidades de classe, práticas de conduta médica, protocolos clínicos, serviços disponíveis por categoria de saúde suplementar contratado, e baseados nos indicadores de saúde populacional. A relação entre expectativas e necessidades é moderada pelas disponibilidades de investimento e recursos financeiros da instituição de saúde, mantendo assim, o equilíbrio econômico das relações entre os agentes do ecossistema da saúde. Estas preocupações podem ser exemplificadas pelas percepções dos entrevistados relatadas a seguir:

[...] “Um pouco a cultura, o cidadão não se acha responsável pela própria saúde [...] é necessário ter bons hábitos de saúde também para não encarecer o sistema.” (E02)

[...] “Teremos projetos que podem evitar algum risco de mal atendimento, mal tratamento, subtratamento, descentralização de um tratamento que é muito ruim

para o paciente, ou ao contrário, ele pode trazer benefícios para consumo consciente por vários *players*, o que gera uma economia de escala e a gente começa a tratar cada vez mais pacientes.” (E10)

O engajamento e a comunicação em todas as etapas do ciclo de vida foi uma fala presente em praticamente todas as entrevistas individuais. O elemento “Equipe multidisciplinar assistencial e administrativa” contempla a abrangência necessária sendo complementada em situações específicas por médicos externos à instituição de saúde ou outros profissionais técnicos, que podem ser incorporados aos projetos como especialistas em temas específicos ou mesmo equipe assistencial não exclusiva à instituição, mas que em algum momento fazem parte do serviço como médicos clínicos externos, profissionais multidisciplinares parceiros e atenção primária de saúde como médico de família.

A recomendação de alguns entrevistados foi que o modelo preveja que a equipe atue nas quatro etapas do ciclo de vida, agregando experiência no diagnóstico dos problemas, concepção de soluções, execução dos projetos e continuidade do serviço, tendo papel protagonista como multiplicadores da solução e exercendo poder de influência positiva com outros profissionais. O intuito com este reforço de papéis e responsabilidades desta equipe é que tenha foco no problema, analisando alternativas de solução de forma colaborativa para se comprometerem com os resultados pretendidos e as mudanças necessárias que são comunicadas, reforçado a cultura de melhoria contínua e participativa. Alguns trechos das entrevistas individuais contribuem para a compreensão dos esforços de comunicação e engajamento, como relatado a seguir:

[...] “Por exemplo, vamos abrir uma sala cirúrgica robótica [...] O cirurgião fazer uma palestra para a equipe sobre por que usar robô é melhor. [...] acho que é uma cultura que dá engajamento no projeto.” (E02)

[...] “Acho que o médico da família, há uns anos, ele era uma pessoa ali mais ao largo do sistema e que era pouco valorizada. Hoje, as próprias operadoras entendem uma importância do médico da família.” (E03)

[...] “Eu acho que o ponto principal é o envolvimento das pessoas em todo esse processo [...] A equipe envolvida tem que estar muito consciente para o nível de importância que o projeto tem para serem aderentes à execução. A cultura

organizacional é que quanto mais as pessoas sentirem que elas fazem parte do projeto, mais elas estão engajadas e transformam o projeto.” (E05)

[...] “Qual é a razão para estar se dando foco no tema? Qual foi a análise que embasou? [...] E engajar as pessoas no processo. E, por fim, o terceiro elemento, comunicar, comunicar e comunicar. Gestão de projeto não é ciência exata, é ciência humana.” (E12)

O gestor do projeto é um tema que está implícito no modelo junto ao elemento de “Equipe multidisciplinar assistencial e administrativa”, porém foi recomendado fortalecer este papel para que se estabeleça desde o início um responsável pelo serviço, desde sua visão estratégica até a continuidade do serviço. Além de responsabilidades sobre a gestão técnica-financeira-benefícios do serviço, este profissional tem relevante papel na composição, engajamento e capacitação da equipe. Também foi reforçada a necessidade de estabelecer critérios claros sobre o perfil, competências técnicas-comportamentais e capacidade de liderança para designar como gestores de serviço quem tenha capacidade para gerar os resultados pretendidos. Esta necessidade de atribuição de responsabilidades pode ser compreendida nos trechos a seguir, que complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Você tem que estar muito consciente da governança, de quem é o *Product Owner* do negócio, porque é muito comum um projeto depois que ele já foi até implantado, ele ficar sem dono e ele morre.” (E01)

[...] “Então, aqui, no planejamento, ou até concepção e priorização, eu colocaria escolha de talentos ou papéis e responsabilidades, porque, às vezes, o projeto não sai porque a gente nem sabe quem são as pessoas, porque a gente já está dando passo para o planejamento. Como essas pessoas, geralmente, é quem já está na operação, e a gente tende a pegar a melhor pessoa daquele serviço, só que a melhor pessoa daquele serviço não é a melhor pessoa para gerenciar o projeto, então, papéis e responsabilidades é uma coisa que eu traria para frente” (E06)

[...] “As instituições, às vezes, pecam na escolha de quem vai conduzir essas iniciativas, [...] delegação para pessoas que não vão ter condições de conduzir. (E11)

[...] “Vamos treinar todo mundo do PMO primeiro, para, antes de treinar os gestores do hospital, a equipe estar treinada e ter um discurso adequado com as lideranças. Porque, em grande medida, se a gente colocasse isso tudo no varejo, a gente não ia ter o resultado que a gente espera. [...] No nosso caso, que o gerenciamento é centralizado, aqui é o gerenciamento de toda carteira de projetos da instituição, ele é centralizado na minha área.” (E11)

Os elementos do “Ecossistema da saúde” e “Jornada do Paciente” permeiam o ciclo de vida do modelo, conectando os fatores externos e internos com cada etapa do gerenciamento de projetos e os refinamentos recomendados abrangem este encadeamento. Para o ecossistema da saúde foi recomendada a incorporação da categoria “Empresas” como contratantes dos serviços suplementares de saúde e/ou acompanhamento por meio de sua medicina do trabalho, que interagem ao longo da jornada do paciente e que têm poder de influenciar a assistência, como no caso de determinação da rede credenciada disponível para o empregado. Os serviços de cada etapa do paciente podem depender de parcerias externas como profissionais assistenciais ou médicos não exclusivos à instituição de saúde (corpo clínico aberto).

As nomenclaturas das etapas da jornada do paciente foram alinhadas com os relatos, mas ainda de forma genérica e conceitual como proposto nesta pesquisa, ou seja, este modelo e outras pesquisas devem inspirar discussões e adaptações ao contexto de cada instituição. Sendo assim, o refinamento das etapas é apresentado da seguinte forma: Conhecimento (Promoção e prevenção, sintoma e informação de saúde), Consideração (Opções de rede de atendimento), Acesso (1ª consulta, exames preliminares e diagnóstico), Tratamento (exames complementares, procedimentos e recuperação), Pós-tratamento (Acompanhamento, desfecho e engajamento) e Navegação e medicina comunitária (Acolher e orientação). É recomendável que as visões do ecossistema da saúde e a jornada do paciente, adaptadas à realidade da instituição, sejam incorporadas nos programas de gestão de conhecimento e competências para que a visão integrada do fluxo contínuo de serviços seja utilizada como ferramenta. E, com isso, fortalecer a cultura de predisposição para adaptação das mudanças e atuação colaborativa das equipes multidisciplinares assistenciais e administrativas, em prol de um mesmo objetivo

institucional, com níveis de qualidade e eficácia compatíveis. Os trechos a seguir complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Voltando no ecossistema, está claro que ele é transversal, mas eu acho que precisa ficar mais claro que em cada etapa você pode ter um loop. As transformações do mercado de saúde estão muito rápidas. Então, se eu estou numa fase de conceituação aqui do projeto este mês e o mês que vem uma fonte pagadora passa por um movimento brusco de descredenciamento, eu tenho que voltar rapidamente para a conceituação e reorganizar. Então, eu acho que é só dar essa visão, esse entendimento de retroalimentação no curto prazo.” (E07)

[...] “Você cita o plano de saúde (no ecossistema) [...] um cliente que tem uma empresa que tem um RH [...] um plano de saúde fornecido por alguém. Eu não pago meu plano de saúde. Quem me dá meu plano de saúde é a empresa que eu trabalho.” (E09)

[...] “Eu complementaria um pouco mais aqui na jornada do paciente sobre a equipe multidisciplinar, esse viés da própria ONA estabelecendo um acordo entre as áreas. Como que eu quebro essas barreiras aqui entre o assistencial e o não assistencial [...] para ele ser um pouco mais fluído” (E09)

[...] “Ter uma jornada mais integrada do paciente, não ficar preso só ao meu serviço, mas também eu pego o serviço (de um parceiro) para complementar o meu.” (E10)

[...] “Tem médicos que não são funcionários, em partes ele é equipe, em partes ele é cliente. Ele vai consumir dos meus serviços. Ele acaba também sendo cliente” [...] Toda essa máquina sua toca a jornada do paciente, eu acho que você acaba particularizando um pouco. É a maior parte, é o mais importante, é o que a gente está aqui para, no final das contas, tratar pacientes. Mas para efeito de gestão integrada de projeto, eu ampliaria para outros *players*, que podem se beneficiar também”. (E10)

O ciclo de vida é considerado completo pelos entrevistados quando os elementos de “Concepção e priorização”, “Planejamento e execução” e “Sustentação e melhoria contínua”

compõem um fluxo contínuo de entrega de benefícios orquestrado por uma “Governança integrada”, que rege o constante encadeamento das etapas e adaptações às mudanças de contexto interno e externo. Algumas práticas de mercado tratam estes elementos de forma separada, tanto técnica quanto financeira. O tema foi explorado com os entrevistados e seus relatos indicam que a situação ideal é um gerenciamento integrado do projeto, como proposto pelo modelo com a integração dos quatro elementos. Adicionalmente, foi recomendado designar um “gestor do serviço” ou “*product owner*”, que cumpra o papel de protagonista, para engajar as equipes desde as etapas iniciais para definição de um plano único que integre as diversas capacidades, gere entregas consistentes com o plano, promova a comunicação, capture as eficiências financeiras e analise a performance dos serviços, em linha com as práticas de gestão ágil e melhoria contínua. Os entrevistados reforçaram a relevância deste fluxo contínuo recursivo para garantir a gestão do todo de forma integrada, como pode ser verificada nas evidências a seguir destacadas:

[...] “Se mantenha (os elementos de “Sustentação e melhoria contínua” e “Governança integrada”), por isso que ele é tão crítico e tem que manter o serviço ativo [...]. Então, só que ele só vai se ajustar dentro de uma governança. Se ele não tiver essa governança, é fácil ficar sem gestão.” (E01)

[...] “Eu sou a favor de que esteja tudo junto, assim. O processo bem-feito é um processo que monitora e corrige. Isso faz parte do fim do processo.” (E04)

[...] Porque assim, se a gente pensar na ciência da melhoria, ele diz que você tem que rodar pelo menos sete PDCA's para garantir que o processo está sustentado, senão você fica trabalhando em soluções, o clássico serrote. Se você fica muito nessa parte aqui de planejamento e execução, você faz um ciclo, termina o projeto, daqui a seis meses você já descambou e vai de novo. Eu não abrirei a mão da sustentação, não.” (E07)

O primeiro elemento do ciclo de vida é a “Concepção e Priorização”, onde se recomendou a inclusão do “Diagnóstico” com participação direta das equipes multidisciplinares e de sustentação dos serviços. O intuito é de buscar uma visão aprimorada de todos os elementos necessários para um projeto, por meio do debate de um grupo de especialistas, para formar seu escopo e traçar as estratégias de mudanças necessárias, a partir da visão estratégica e/ou

degradação de performance de serviços. Este refinamento pode contribuir também para otimização de tempo de planejamento de portfólio dos ciclos futuros como um próximo ano fiscal ou um novo triênio no caso do PROADI. Além disso, dedicar tempo das equipes no aprofundamento das causas-raízes dos problemas, para desenhar cenários de solução de forma colaborativa, evitando mudanças de rumo ao longo do projeto de forma errática, seja por falta de planejamento prévio ou por falta de compreensão do real problema. Os trechos a seguir complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Você tem que aprofundar mais do que uma concepção, é realmente fazer um diagnóstico em profundidade para entender que escopo de projeto você precisa fazer. Porque a concepção parte do princípio de que você já sabe o que tem que ser feito. Eu colocaria ali diagnóstico, concepção e priorização. [...] Eu acho que tem que envolver (as equipes multidisciplinares) desde o diagnóstico. Fundamental que as equipes estejam preparadas para isso.” (E05)

[...] “A visão financeira é o maior desafio na saúde, [...] por não ter essa visão muito clara do *saving* que gera o projeto. O que é sustentabilidade para a saúde? A gente fala de resultado. [...] Então assim, para mim, a gestão financeira é tão importante quanto a concepção e priorização do projeto. que é claro que está dentro das disciplinas de planejamento e execução, mas ela precisa ter viabilidade, VPL<sup>25</sup>.” (E06)

[...] “Esse momento de concepção e priorização poderia iniciar pelo menos um ano antes de um triênio começar. Ou seja, todo o último ano do triênio, você já começa pensando os três anos seguintes.” (E08)

Sobre o “Planejamento e execução” a principal contribuição está ligada ao processo de experimentação do cenário de solução, buscando validar sua real capacidade de gerar benefícios antes de investir esforços das equipes e recursos técnicos-financeiros. A recomendação é incorporar uma fase inicial como um piloto ou MVP<sup>26</sup> para refinar a solução técnica proposta, gerar adequações e reduzir o grau de incertezas decorrente da complexidade inerente ao

---

<sup>25</sup> VPL – Valor Presente Líquido

<sup>26</sup> MVP - "Minimum Viable Product" - consiste em uma versão inicial de um produto com as funcionalidades essenciais para ser lançado ao mercado

ecossistema da saúde. Tendo em vista o enfoque institucional e estratégico das entrevistas individuais, emergiram realidades e recomendações que contemplam os princípios das boas práticas de governança e gestão de portfólio como priorização estratégica, centralidade no cliente, adaptação ao contexto de complexidade, formação de equipes e mudanças e trabalho colaborativo em fluxos de valor. E, em poucos casos, foram descritos os detalhes sobre as práticas de gestão de projetos e atividades, que remetem aos debates táticos e operacionais a serem abordados nos grupos focais. Os entrevistados declararam a importância que a etapa contemple as validações técnicas e orçamentárias junto com acompanhamento da execução conforme pode ser verificado nos trechos a seguir:

[...] “Eu acho que o ponto é você conseguir integrar a execução do projeto com o ciclo orçamentário e realmente criar uma força que gere a transformação dentro da empresa. Acho que esse é o principal ponto da questão.” (E05)

[...] “Eu só sinto falta de MVPs, porque projeto em saúde é muito complexo [...] para o ministério eu chamo de fase zero [...] depois que eu fiz essa priorização, que eu vou para o planejamento e execução, onde eu tenho um MVP [...] Você faz o MVP ou ele vai para frente e aí vira um projeto exitoso e você vai testando as outras etapas. Ou você mata o projeto na fase de planejamento, mas está combinado na concepção e priorização.” (E06)

[...] “Você tem o benefício de trazer os conceitos integrados, as boas práticas integradas e adaptadas para o setor de saúde, é bom. Mas eu acho que você tem uma oportunidade de olhar aonde vai mais dar problema. E esse é o ponto que a gente erra. A gente fica aborrecido que o cara não está fazendo atividade, mas ele não está, sabe por quê? Porque não concordou. Ou porque ele não entendeu.” (E12)

A “Governança integrada” foi reconhecida pelos entrevistados como importante elemento para manter a realimentação do fluxo contínuo de prestação de serviços em permanente geração de benefícios e orientada a indicadores de performance de projetos, mas também de performance de serviços. As recomendações fortalecem o conceito de gestão completa dos serviços e aperfeiçoamento constante tanto dos serviços assistenciais quanto da própria evolução de maturidade da instituição de saúde e das ferramentas de governança, sendo que em algumas falas foi possível compreender a importância de complementariedade entre a

governança de projetos, governança institucional, conselhos e os diversos fóruns administrativos, comitês técnicos-científicos-ensino e comitês de equipe e sociais. Durante as entrevistas, os participantes citaram exemplos de indicadores que podem contribuir na análise de performance e motivar novos aperfeiçoamentos:

[...] “A gente tem descoberto cada vez que é mais difícil saber quais são as expectativas de fato do paciente. Um modelo que eu considero bem interessante é dos PREMs (*Patients Reported Experience Measures*) e PROM (*Patient Reports Outcomes Measurement*). São ferramentas de mensuração, tanto de desfecho como de experiência do paciente, com uma visão mais holística da experiência do paciente.” (E07)

[...] “Temos uma avaliação com nove indicadores envolvendo todos os demandantes, ou seja, responde o hospital que executa, responde o CONASEMS ou CONASS quando forem demandantes, responde o Ministério, responde o paciente e a gente tenta ver se essa percepção há ou não convergência.” (E08)

Os entrevistados sugeriram a ampliação da função de orquestrar os pilares que normalmente existem em um PMO típico, como gestão de portfólio, gestão financeira, centro de excelência de metodologias/ferramentas, organização de rituais de gestão, capacitação de equipes e acompanhamento de entregas. Eles relataram uma expectativa de maior maturidade desta estrutura para ser aderente com a complexidade e volatilidade do ecossistema da saúde, passando a integrar o engajamento das equipes, comunicação em todos os níveis, mudanças organizacionais coordenadas, gestão de performance de serviços e melhoria contínua. Um exemplo desta expectativa foi declarado pelo entrevistado E12: [...] “*Como uma grande orquestra, os violinos tocam junto com o piano, que toca junto com os metais, e eventualmente até com uma voz humana no meio. E a gente não pega e põe a orquestra em salas separadas, elas tocam juntas no mesmo palco.*”. Outros trechos evidenciam algumas das atribuições recomendadas para a gestão integrada:

[...] “Quanto antes você matar o projeto que não vai gerar valor econômico, melhor. Então, a sustentação da organização passa também por matar o projeto.” (E01)

“[...]Alguns projetos têm um aspecto muito forte de mudança e hospitais [...] e envolve *change management* para algumas iniciativas,” (E11)

Um exemplo de projeto de grande porte relatado descreve uma iniciativa de substituição do fornecedor do laboratório de análises clínicas por um serviço interno prestado pela própria instituição de saúde, explicitando a complexidade envolvida em um projeto da saúde: [...] *“Vamos inaugurar um novo laboratório de análises clínicas que é do hospital. [...] imagine trocar um laboratório de um hospital desse tamanho com nível de exigência médica.”* (E11) . Neste exemplo, a equipe de infraestrutura e engenharia clínica atuam em um subprojeto para entrega do novo ambiente físico (decorrente do “Planejamento e execução” com seu *business plan*). Em outro subprojeto, a equipe de assistência prepara protocolos, fluxos, compra insumos e forma equipe para gerar um milhão de exames por mês, com maior qualidade e de forma mais eficaz (decorrente da gestão da assistência e/ou qualidade com seu orçamento departamental). Quando são analisados estes exemplos é possível compreender que uma gestão integrada do serviço possibilita que benefícios assistenciais e resultados financeiros sejam geridos de forma completa e, de forma geral, em gestão de projetos, possa justificar tanto a continuidade do projeto quanto recomendar mudanças ou mesmo seu encerramento, caso as condições não produzam os benefícios pretendidos.

Sobre o *layout* do modelo, as recomendações são para que o desenho evolua para uma visão mais integrativa entre os fatores internos, representados pela Jornada do paciente, externos, pelas relações dos agentes do Ecossistema da saúde, elementos, resultados e equipes, solucionando questões de compartimentação do conhecimento e fragmentação das interações no ciclo de vida e visualmente de fácil compreensão. Um modelo orgânico e harmônico promove a visão fluxo contínuo de entrega de benefícios com maior engajamento e comunicação entre as equipes e a liderança. Este refinamento tende a contribuir com a futura disseminação deste aprendizado e mudanças de atitude propostas pelos programas de cultura e gestão do conhecimento e competências como mencionado pelo entrevistado E12: [...]” *E a metodologia que ajuda na didática também trai o processo, porque ela faz com que pareça fragmentado [...] ele tem que ser orgânico e com harmonia. Por isso que você encontra fragmentação como ponto de partida do cenário e da oportunidade de rever o modelo. Está compartimentado.”*

Os refinamentos recomendados pelos entrevistados contribuem para que o modelo macro esteja mais aderente a sua aplicação prática e seja de melhor uso pelas equipes multidisciplinares. Baseado nas evidências coletadas neste tópico é possível compreender que

o modelo é reconhecido como uma ferramenta que ajudará no gerenciamento integrado dos projetos da saúde, melhorando o engajamento, comunicação e protagonismo das equipes de projetos e dos gestores do serviço na gestão de serviços completos e eficazes ao paciente, de forma amplificada, conforme recomendado. Os ajustes em nomenclaturas e *layout* tendem a facilitar o letramento dos profissionais envolvidos com projetos na saúde.

#### 4.1.3 *Ganhos do modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde*

Ao final de cada entrevista, são explorados junto aos entrevistados quais os principais ganhos deste modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde. Na visão destes entrevistados, o modelo contribui para a implementação da estratégia da instituição de saúde, promovendo ganhos institucionais internos e externos, de forma a conectar os diversos interesses das equipes multidisciplinares assistenciais e administrativa, especialmente por estabelecer um fluxo de comunicação cíclico. Os trechos a seguir ajudam a evidenciar esta compreensão:

[...] ”Em geral, as instituições se preocupam com essas metodologias, no caso das instituições de saúde, quando tem projetos, mas elas esquecem que podem projetizar toda a sua estrutura. [...] Temos projetos de 200 milhões a projetos de menor valor de 40 milhões. [...] Então, esse tipo de estrutura só ajuda a ter um olhar integrado, sem dúvida alguma.” (E08)

[...] “O ganho é institucional, não tenha sombra de dúvida. Ele não é da assistência, ele não é do administrativo. O ganho é institucional e o impacto no paciente é muito grande.” (E09)

[...] “O grande ganho é você conseguir entender que existe um racional, que esse racional nasce atrelado à estratégia [...] a governança que conecta esses diversos interesses e variáveis [...] Uma coisa que vale muito mais a pena é a solidez do modelo.” (E10)

A solidez reconhecida pelo modelo contribui para promover mudanças organizacionais alinhadas e necessárias, não apenas para o gerenciamento adequado do portfólio de projetos e serviços com a adaptação das práticas de gestão para cada tipo de projeto, mas tendo assertividade de entrega dos objetivos estratégicos e entrega de projetos e serviços de melhor

qualidade e eficácia, atendendo assim, às expectativas e necessidades básicas de saúde do paciente. Outros trechos ajudam a evidenciar os ganhos do modelo para o ecossistema da saúde:

[...] “Quando fala da governança integrada, ele se torna um modelo de retroalimentação. Eu acho que isso é bem relevante para que a gente consiga ter uma visão única e vocês possam unir esforços.” (E02)

[...] “A gente tem que saber utilizar as possibilidades de metodologia para cada tipo de projeto para conseguir viabilizar a execução.” (E03)

[...] “Garantir de resultados previamente pactuados [...] A implementação da estratégia depende de projetos. E os projetos dependem do modelo de gerenciamento, de execução, desde a concepção, muito bem arredondado, senão você não entrega a estratégia. [...] Outra questão é o alinhamento organizacional. Eu gostei muito disso aqui, quando você destaca isso nas fases anteriores, desde o entendimento do ecossistema, avaliando, fazendo um consenso organizacional e um alinhamento antes de implementar qualquer iniciativa.” (E11)

A partir do relato dos entrevistados é possível concluir que a governança integrada de projetos na saúde pode desempenhar papel relevante no engajamento das pessoas e agentes do ecossistema da saúde, para prover serviços completos e eficazes para jornada do paciente, com sustentabilidade econômica, para as instituições de saúde e contribui para tangibilizar a questão desta pesquisa que é como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes.

O conhecimento empírico gerado nestas entrevistas com as lideranças das instituições de saúde e a compreensão de suas realidades, se mostra aderente com a literatura que orienta esta pesquisa e que inspira o modelo teórico. A necessidade de sincronizar os fatores externos do ecossistema da saúde e os fatores internos institucionais associados à prestação de serviços, por meio da jornada do paciente, com a estratégia organizacional é fundamental. Conclui-se ainda que as pessoas entrevistadas consideram que o modelo proposto poderá contribuir para engajar as equipes em torno de projetos que tenham como foco a entrega de serviços que permitam as instituições de saúde atingirem seus objetivos estratégicos, cumprirem sua missão institucional e proverem ao paciente e à população serviços eficazes de melhor qualidade. As entrevistas possibilitaram coletar refinamentos relevantes que levam o modelo para um novo patamar de maturidade e potencializa o impacto de seus ganhos para o ecossistema da saúde,

sendo esta visão refinada utilizada para avançar na pesquisa empírica para próxima etapa, na qual são incorporados os refinamentos dos grupos focais.

## 4.2 RESULTADO DOS GRUPOS FOCAIS

A dinâmica aplicada em cada grupo focal foi apoiada pelas questões orientadoras descritas na Tabela 13 presente no protocolo, com duração média de duas horas, e composta por cinco blocos, sendo eles: “Contexto e modelo macro” (um breve relato do objetivo e etapas desta pesquisa além da apresentação do modelo macro (Figura 9) refinado a partir da visão dos executivos), “Realidade dos participantes e primeiras impressões sobre o modelo”, “Apresentação do modelo teórico detalhado” descrito na Figura 8, “Refinamento do modelo detalhado” e “Consolidação”.

Os três blocos que agregam novos dados para esta pesquisa são descritos a seguir, com o encadeamento dos relatos dos participantes e algumas citações que exemplificam suas percepções sobre o modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde, tendo como inspiração a questão de pesquisa e a busca por um modelo que entregue serviços completos e eficazes ao paciente mantendo a sustentabilidade econômica da instituição de saúde. Os trechos a seguir explicitam as evidências obtidas nos grupos focais e as citações selecionadas são correspondentes aos 10 participantes, que receberam o código sequencial de GF01P01 até GF03P06 (Tabela 2), visando preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

Tabela 2 - Perfil dos participantes dos grupos focais na pesquisa empírica

Participantes	Descrição
GF01P01	Gerente de recursos humanos de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF01P02	Membro do PMO de instituição membro da ANAHP
GF01P03	Gerente de projetos e processos de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF02P01	Gerente de PMO de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF02P02	Gerente de PMO de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF03P01	Gerente de PMO de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF03P02	Gerente de projetos de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF03P03	Gerente de PMO de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”
GF03P04	Supervisor do escritório de processo de instituição membro da ANAHP
GF03P05	Gerente de projetos de instituição reconhecida como “Hospital de Excelência”

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

#### 4.2.1 Realidade dos participantes e percepções sobre o modelo macro

Os participantes dos grupos focais demonstraram ter grande experiência com projetos na saúde em instituições de saúde de alta complexidade e domínio sobre os fatores externos e internos que influenciam o contexto do ecossistema da saúde. De forma recorrente citaram projetos que envolvem as etapas do ciclo de vida e a complementariedade das práticas de gestão para gerar os benefícios por meio dos projetos. Adicionalmente, também demonstraram familiaridade com as rotinas de governança, tomada de decisão em fóruns executivos e gestão técnica e financeira, tanto em instituições públicas quanto privadas. Os trechos a seguir complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Trabalho já há 16 anos na área da saúde, tenho uma formação em MBA em gestão de projetos e outro MBA em administração hospitalar. Também tenho formação *lean*, [...] com experiência em projetos como “*Lean no pronto-socorro*” [...] e “*Lean no centro cirúrgico*” (GF01P03)

[...] “Sempre atuei na área de recursos humanos, cinco anos como *business partner*, atendendo as áreas corporativas e na área de desenvolvimento organizacional.” (GF01P01)

[...] “Eu fui diretora de plano de saúde e atuei no privado e depois eu vim para o Ministério, trabalhando o SUS.” (GF02P01)

A realidade descrita pelos participantes é equivalente ao cenário apresentado na literatura selecionada para esta pesquisa, com contexto de fragmentação entre as áreas envolvidas no processo decisório e de execução dos projetos. Desafios complementares são as complexidades inerentes ao ecossistema da saúde com o sistema de regramentos, as normas e políticas que fortalecem a necessidade de estabelecer relações equilibradas, construtivas e éticas entre seus agentes. O participante GF02P02 exemplifica sua realidade: “*A gente precisa buscar essas ferramentas para que a gente continue mantendo mesmo, sobrevivendo no meio de tantas mudanças e da complexidade toda que é o ecossistema de saúde*”.

A priorização de projetos e a definição de uso das práticas de gestão é relatada em parte dos casos como uma influência de escolhas pessoais carecendo comprometimento com os resultados das iniciativas. O acompanhamento da performance dos projetos e serviços entregues ocorre em modelos de gestão e comunicação separados da gestão de projetos, tornando

complexa, e por vezes inviável, uma visão integrada desde a estratégica até o aperfeiçoamento e continuidade dos serviços. Alguns trechos foram transcritos a seguir para exemplificar esta compreensão:

[...] “Mas se não define cenário, não define método, senão a gente sai igual os metodologistas da vida aí, o cara do ágil entra lá e acha que tudo é ágil, o cara do *lean* acha que tudo é *lean*, e o escritório de projetos acha que é tudo cascata, e fica três martelando e batendo na instituição inteira, brigando por método, né, ninguém se preocupa com o resultado.” (GF03P03)

[...] “Na parte aqui de priorização, acho que um ponto interessante é tentar trazer essa escolha dos projetos para o máximo de componentes que a gente consiga mesmo medir, fazer comparação. Muitas vezes a gente tem algumas decisões que são mais subjetivas” (GF03P04)

[...] “Os projetos que conseguiram se adaptar à pandemia fazendo um bom gerenciamento de projetos e, no processo, teve mais sucesso do que outros que acabaram morrendo na praia ao longo do caminho” (GF03P02)

O modelo macro (Figura 9) refinado a partir das recomendações obtidas com os executivos nas entrevistas individuais semiestruturadas foi apresentado aos participantes. Suas primeiras impressões foram que o modelo é aderente à realidade e suas necessidades, como relatado pelo participante GF01P03: “*Minha percepção inicial quanto a um modelo teórico macro é justamente o que a gente busca, principalmente na área da saúde, com foco do paciente como a visão central de todos os produtos*”. Outro ponto destacado é a necessidade de investimentos na construção de uma nova cultura e a capacitação, para que seja possível dispor de equipes multidisciplinares com competências e atitudes alinhadas com os desafios de integração propostos pelo modelo. É possível que o modelo permita a visão holística e integrativa entre os fatores externos/internos, definição estratégica, priorização, aperfeiçoamento e continuidade do serviço, conforme os trechos a seguir evidenciam:

[...] “O que eu vejo que o modelo que agrega é que está fim a fim. Nós não tínhamos isso na instituição anterior. [...] estou vendo um modelo, tipo um *framework* mesmo, de como as coisas deveriam acontecer” (GF01P02)

[...] “Acho que a gente precisa ter clareza sobre como integrar todo esse processo e considerando, inclusive, esses aspectos internos, entender o sistema da saúde e a jornada do paciente. [...] Ter um modelo integrado que olhe para todas essas interfaces, sem dúvida, é providencial para o sistema de saúde como um todo.” (GF02P02)

[...] “Minha preocupação como RH e DO (desenvolvimento organizacional) é muito esse olhar de quais ferramentas que a gente consegue trazer para a liderança e como é que a gente começa a encaixar os conteúdos para que esse gestor saiba atuar.” (GF01P01)

De forma complementar, também foi relatado que a gestão integrada promove uma nova mentalidade e responsabilização das equipes para atingir objetivos comuns à toda instituição de saúde, gerando engajamento das equipes na análise de cenários e de causa-raiz, como descrito pelo entrevistado GF01P02: “*E outro ponto interessante, não é a ferramenta que eu vou usar, mas o que eu preciso, basicamente, é o mindset.[...] Tenho que fazer uma entrega no final, mas o importante é entregar esse valor no final.*”. Neste sentido, também emergiram recomendações para fortalecer a participação das equipes em todo ciclo de vida com foco na análise de cenários e de causa-raiz de problemas que tornam o serviço disfuncional ou ineficaz (de forma recorrente descritos como “dor” de um determinado processo, tecnologia e/ou atitude da equipe para a gestão integrada, experiência do paciente ou sua eficácia), sendo que algumas destas declarações estão descritas nos trechos a seguir:

[...] “No meu dia a dia, tenho muita dificuldade quando a gente fala de identificar o benefício. Mas aí, quando a gente volta, a gente pergunta, mas qual é a “dor”? [...] Então, aqui na parte da divisão entre o diagnóstico e planejamento e execução, eu senti um pouco de falta de análise do cenário [...] Também senti falta do híbrido (junto os princípios e práticas) [...] e em “Expectativas do paciente”, eu deixaria como expectativas e necessidades” (GF03P05)

Outras recomendações estão relacionadas com a definição de critérios e parâmetros para decisões técnicas e financeiras para gestão de portfólio e tomada de decisão, além do reconhecimento que a etapa de “sustentação” é fundamental para a gestão integrada, porém está associada a uma série de desafios que precisam ser superados. Os trechos a seguir complementam as evidências das informações apresentadas:

[...] “Acho que ponto importante, tem que ter em algum lugar definição de cenário, porque se não define cenário, não define método [...] O objetivo (estratégico) é importante e cada instituição está usando a metodologia (BSC, OKR ou objetivo *smart* simples) mas tem que ter um objetivo e a gente tem muita dificuldade às vezes nisso [...] sobre método (de implantação) se é um projeto de *Lean*? É OPEX. É um projeto Six Sigma? OPEX<sup>27</sup>? É um projeto de CAPEX<sup>28</sup>? Vai lá para o *Design Thinking*, vai para o Agile, dependendo muito do cenário [...] E por último, é como sustenta, porque entrega, vira as costas e não sustenta.” (GF03P03)

[...] “A gente vê que na parte de diagnóstico, de concepção, de priorização, ele está bastante completo, ele considera todos os ciclos [...] E, assim, o grande pulo do gato para mim, e talvez o sucesso dos projetos, basicamente, aqui eu estou olhando para o PROADI não estou olhando para todos, é a sustentação.” (GF03P01)

Os participantes contribuíram com refinamentos complementares para o modelo macro, que reforçam alguns pontos coletados durante as entrevistas individuais com os executivos e outros que inspiram ajustes complementares. A expectativa do paciente precisa ser equilibrada com as reais necessidades de saúde baseada na ciência e nas normas técnicas, políticas públicas e disponibilidades de recursos conforme realidade de cada país, como relatado pelo participante GF02P01: “(No modelo SUS) *trabalhamos para atender a necessidade de saúde do paciente. [...] Então, a palavra expectativa do paciente, quando a gente fala de serviços de saúde, é muito ampla, é muito além do que a gente pode entregar. [...] sugiro atender à necessidade do paciente em saúde, ou a necessidade do paciente em sua totalidade, em termos de saúde.*”

A realidade apresentada pelos participantes dos grupos focais é congruente com a realidade dos executivos. Os desafios estão aparentemente mais latentes para os participantes dos grupos focais, possivelmente em função da responsabilização direta sobre a orquestração dos fatores externos e internos para execução da estratégia e atuação, também direta, no engajamento das pessoas para a entrega de serviços aos pacientes. O conceito de gerenciamento integrado também se faz presente na realidade destes praticantes das instituições de saúde, habilitando os grupos para recomendações de refinamento do modelo.

<sup>27</sup> Opex - *Operational Expenditure* ou despesas e dispêndios operacionais

<sup>28</sup> Capex - *Capital Expenditure* ou despesas de capital

#### 4.2.2 Refinamento do modelo detalhado a partir dos grupos focais

A próxima etapa da dinâmica tratou da apresentação do modelo detalhado e a coleta de refinamentos e percepções para cada uma das quatro etapas do ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde. Em cada etapa, os participantes foram convidados para um exercício de análise de entradas-processo-saída em grupo, tendo os elementos apresentados na Figura 8 como base para recomendar aprofundamentos, inclusão e/ou exclusão de elementos, a fim de cumprir o objetivo da etapa. Cada etapa do ciclo de vida foi apresentada de forma sincronizada com os elementos e indicadores da governança integrada, permitindo assim debater refinamentos já interligados com o processo de decisão. Os participantes foram orientados a focar na integração entre etapas do ciclo de vida e os elementos necessários para a gestão integrada, sendo que debates mais aprofundados sobre técnicas, práticas, métodos, ferramentas mais adequadas ou mesmo critérios de sua aplicação são foco de estudos futuros.

Para a etapa de “Diagnóstico, concepção e priorização”, o objetivo proposto é de estabelecer quais os projetos priorizados a partir dos fatores externos/internos, estratégia e orçamento, visando gerar um estudo de viabilidade técnica-financeira associado às adequações da jornada do paciente que permitam identificar os benefícios pretendidos a serem analisados na seleção e priorização de cada projeto. Os pontos de refinamento citados pelos participantes foram: a necessidade de aumentar o engajamento das equipes no diagnóstico de novas demandas (solução de “dores”, riscos, melhorias ou inovações), fortalecendo a “voz do cliente”. Desta forma, sugeriram agregar todos os pontos necessários para o completo diagnóstico, levando em consideração as diretrizes da estratégia de ESG<sup>29</sup> e ODS da instituição, bem como o contingente de profissionais aptos para condução dos projetos. Algumas destas recomendações podem ser evidenciadas nos trechos a seguir:

[...] “Se o objetivo é priorizar, não tem outra conversa. É estratégia da empresa, é missão, visão e valor. É isso que define a apreciação do portfólio.” (GF03P03)

[...] “A gente está alinhada aos objetivos estratégicos ali e ao plano orçamentário da empresa, mas também eu acho que a gente tem que trazer a “voz do cliente” [...] A

---

<sup>29</sup> ESG – acrônimo para (E) *Environmental*, (S) *Social* e (G) *Governance* - Ambiental, Social e Governança em português. O conceito ESG é um conjunto de padrões e boas práticas que avalia o desempenho de sustentabilidade de uma empresa

gente começa a idealizar essa melhoria através da percepção do paciente.” (GF01P03)

[...] “Destacaria a sustentabilidade ambiental. Porque sobre ESG a gente tá começando a falar disso agora, porque até então a gente tinha um foco por conta da ISO 14001 [...] A gente tem a questão do pacto da ONU.” (GF01P01)

Esta análise inicial torna a concepção do estudo de viabilidade técnico-financeiro do projeto mais assertivo, sendo recomendado agregar outros pontos ao conjunto de elementos da análise de cenários de complexidade, com citações recorrentes ao modelo *Cynefin* de Kurtz e Snowden (2003), origem orçamentária (*Capex* ou *Opex*, dependendo do tipo de projeto) e à análise de dados históricos e preditivos. Dentre estes dados, consideraram relevante incluir os que se referem ao atendimento, eficiência dos processos de serviços e/ou administrativos, performance de equipes, histórico de indicadores de projetos e disponibilidade de tecnologia e infraestrutura, que darão maior consistência para seleção e priorização, além de um portfólio orientado aos objetivos estratégicos de forma mais assertiva. Alguns trechos foram transcritos a seguir para exemplificar esta compreensão:

[...] “Eu posso fazer um sistema de retroalimentação com as pesquisas que são feitas dos pacientes orientando o *data-driven*. Você trazer os dados para alimentar, para tomada de decisão e eu acho que aí se complementa.” (GF01P02)

[...] “Definição de cenário. Porque para definir método, precisa definir cenário. [...] existem metodologias melhores de acordo com o cenário que você for atuar.” (GF03P03)

[...] “Os indicadores *pós-mortem* precisam ser definidos ainda na fase de concepção desse projeto. [...] depois que o projeto é lançado, a operação está acontecendo e, às vezes, a gente não volta para verificar se o que foi prometido no estudo de viabilidade bate com o que está sendo de fato realizado no dia a dia.” (GF02P02)

[...] “O gerenciamento do portfólio de projetos das organizações, onde a gente tem problemas de convergência, competição e repetição dos projetos.” (GF03P02)

Outros refinamentos recomendados foram associados às negociações políticas internas/externas da instituição de saúde e à ampla comunicação da estratégia, metas e

prioridades com toda equipe. Estes refinamentos permitem melhor alinhamento sobre o que é mais prioritário e contribui para a composição das equipes certas para gerar a capacidade de entrega da estratégia. A comunicação ampla promove a sincronia entre as equipes em prol de um objetivo comum, como citado por um dos executivos entrevistados, além de favorecer a percepção de senso comum entre as equipes perante os pacientes e os agentes do ecossistema da saúde e, na percepção dos entrevistados, é um dos principais problemas enfrentados nos projetos, como relatado pelo participante GF03P01: *“O principal problema dentro da concepção quando o planejamento está na parte de comunicação [...] E o grande problema hoje em projetos é comunicação”*.

Os demais pontos abordados, como alinhamento político e estratégico e capacidade das equipes, são evidenciados pelos trechos destacados a seguir:

[...] “Quando a gente traz para o SUS, a gente tem primeiro um alinhamento político. Depois a gente vem com alinhamento estratégico. O estratégico tem que dar conta do político”. (GF02P01)

[...] “Se eu fosse colocar um ponto ali, que eu não sei se pode, precisa estar escrito, mas talvez ali, no momento de seleção e priorização, antes da gente ir para a próxima etapa, eu colocaria comunicação.” (GF01P01)

[...] “Como elemento adicional, eu indicaria esse processo de entender capacidade de execução, olhando para estoque de competência da instituição.” (GF02P02)

Para a etapa de “Planejamento e execução”, o objetivo proposto é de entregar serviços completos e eficazes para que as equipes multidisciplinares possam prestar assistência aos pacientes e atender as suas expectativas visando assim, entregar os benefícios pretendidos. Os pontos de refinamento citados pelos participantes foram manter o ritmo de comunicação e engajamento das equipes, gerando um ambiente propício para incorporar de forma natural as mudanças à rotina de planejamento e execução, além dos ajustes organizacionais necessários. Para o aperfeiçoamento do *layout* do modelo foi recomendado unificar os elementos do plano integrado de projetos e os tipos de projeto/práticas de gestão de forma a facilitar o entendimento de complementariedade dos “subprojetos” para gerar um serviço integrado completo, de acordo com o cenário e contexto do projeto, produzindo bons resultados para a instituição e benefícios para o paciente (experiência e/ou desfecho). Os elementos de governança e gestão de indicadores foram considerados adequados para atender ao objetivo desta etapa, juntamente

com os refinamentos propostos. A complementariedade entre os diversos subprojetos que compõem o projeto integrado que resultará no novo serviço e/ou aperfeiçoamentos pode ser evidenciada pelos trechos a seguir:

[...] “Eu acho que são várias comunicações e é o público-alvo que muda e o tipo de comunicação. Reforçar a comunicação em todos os níveis.” (GF01P02)

[...] “Não consigo enxergar uma mudança e melhoria de processos que não alcance uma mudança organizacional [...] Você pode mexer com a menor prática de processo que houver dentro de um hospital, você vai terminar numa mudança organizacional. Não existe módulo independentemente de uma gestão hospitalar.” (GF02P01)

[...] “Na vida real, durante a execução do plano integrado, sobe muito para a governança, mas mesmo tendo a decisão conjunta de que faremos o projeto, durante a execução ainda sobe muito para a governança”. (GF02P01)

[...] “Plano integrado do projeto, eu o deixaria em cima desses quatro.” (GF03P05)

Reforçando a orientação a resultados dentro da etapa de “Planejamento e execução”, os participantes corroboraram a necessidade de definição clara de papéis e responsabilidade, além da designação de profissionais com capacidade e aptidão para conduzir as equipes na entrega dos benefícios. Os indicadores de performance dos projetos e de eficácia dos serviços também foram temas de debate, sendo um desafio estabelecer um ponto de equilíbrio entre a gestão de serviços “possível”, a partir dos recursos escassos disponíveis ou limitações de atribuição, e a busca constante pela excelência como almeja a coleta de indicadores finalísticos altos como desfecho para o paciente. Esses aspectos são destacados pelos participantes nos trechos a seguir:

[...] “Eu diria que a gente não tem a liderança, as pessoas certas, para fazer a virada que necessita e para fazer esses objetivos e estratégias acontecerem, tem momentos em que a gente observa e fala, não estamos com o grupo certo, ou precisamos fazer algumas mudanças para que isso.” (GF01P01)

[...] “A visão integrada ajuda na redução de custo, redução médica, no sentido totalitário de custo. Quando a gente pensa em tempo, em redução de tempo, em

redução de processos desfavoráveis e desnecessários, então acredito que esse ganho é totalmente regulado dentro do sistema de projetos” (GF02P01)

[...] “Se a gente fosse olhar o último resultado no paciente, a gente chamaria de desfecho do paciente, mas a gente não falaria em expectativas do paciente. Por que a gente chamaria de desfecho do paciente? Porque eu mediria os efeitos no paciente” (GF03P02)

Para etapa de “Sustentação e melhoria contínua”, o objetivo proposto é de garantir a continuidade dos serviços concebidos e gerar planos de melhoria, visando manter e potencializar os benefícios entregues. Os pontos mais relevantes citados pelos participantes foram associados ao fortalecimento da etapa, para que esteja no mesmo grau de relevância das demais. A reciclagem ganha mais relevância ao tratar dos programas de cultura e gestão de conhecimento e competências, a melhoria contínua passa a ser tratada de forma mais abrangente e permanente nos processos de operação dos serviços de saúde, e os temas de tecnologia de infraestrutura precisam agregar a continuidade da disponibilidade de seus sistemas, equipamentos médicos e espaços físicos. Para garantir o nível de qualidade e aderência à legislação vigente, ganham destaque as certificações de acreditação, licenças ambientais e regulatórias, além das certificações técnicas de tecnologia e infraestrutura. Estes e outros pontos relacionados à “Sustentação e melhoria contínua” são suportados pelos trechos a seguir:

[...] “Eu substituiria só, talvez, a palavra reciclagem por conhecimento, que eu acho que fica um pouco mais abrangente. [...] Gestão do conhecimento traz uma amplitude bem maior [...]. Cultura, gestão de conhecimento e competências”. (GF01P01, GF01P02 e GF01P03)

[...] “Melhoria contínua está muito genérico para importância esse processo” (GF03P02)

[...] “As certificações na saúde (qualidade/acreditação, tecnologia, infraestrutura entre outros) nos ajudam muito na credibilidade, e realmente levantar e garantir que está todo o tempo olhando para a melhoria contínua e olhando quais são os aspectos que estão conformes ou não conformes.” (GF01P01)

O acompanhamento dos indicadores é uma rotina importante dentro dos rituais de gestão, que tem como objetivo identificar perdas de performance dos serviços e propor novas

demandas para correção de processos, substituição de equipamentos defeituosos ou reforço de capacitação das equipes. A atuação da governança integrada precisa ser adaptada para a realidade e contexto em que está aplicada. Segundo relatado pelos participantes, para projetos originados dentro das instituições de saúde é possível realizar a gestão completa desde a estratégia até a prestação dos serviços. Porém, quando se trata de projetos envolvendo parcerias ou em alguns casos de projetos do PROADI, a gestão é restrita à entrega do serviço ou um conjunto determinado de entregas, sendo que a governança é parcial, tendo em vista que a gestão dos serviços é de competência do hospital beneficiado ou do parceiro. Desta forma, as preocupações com a continuidade dos serviços e descoberta de novos aperfeiçoamentos foram registradas pela visão dos praticantes:

[...] “tem uma fragilidade no nosso sistema, porque a gente trabalha com projetos que têm finalização em três anos, e a gente não tem como retornar a conta para estudar posteriormente.” (GF02P01)

[...] “Você quer uma descoberta no final do processo que você vai incorporar no *backlog* dos processos da instituição [...] Então, se fosse alguma outra palavra como inovação, ideia inovadora, alguma coisa nesse sentido [...] Nova melhoria descoberta.” (GF03P01, GF03P02 e GF03P05)

[...] “Aqui você está muito mais preocupado na manutenção e na perenidade, que a tua entrega se mantenha [...] e continue melhorando.” (GF03P05)

Para a etapa de “Governança integrada”, o objetivo proposto é de manter a governança cíclica e recursiva, visando a gestão do portfólio de projetos e serviços com seus benefícios, entregas e resultados (institucionais, estratégicos, financeiros, assistenciais e sociais) aderentes com a estratégia da instituição de saúde, como declarado pelo participante GF02P01: “*Esse modelo é, de fato, o ecossistema. Ele se retroalimenta, ele segue o fluxo cíclico*”. Como já citado anteriormente, nesta etapa residem os elementos de governança de forma ampla, sendo compostos por processos, rituais, suporte metodológico, comunicação, formação, gestão do portfólio e dos indicadores, sendo que estas atribuições foram consideradas adequadas e necessárias pelos participantes. Os pontos mais relevantes citados pelos participantes estão associados aos tipos de indicadores utilizados para apoiar as análises e realimentação de todo ciclo de vida, como evidenciado nos trechos a seguir:

[...] “Sempre entregava os projetos, mas não media depois se lá o quanto de benefício aquilo realmente trouxe. Essa retroalimentação aqui está bem interessante.” (GF01P02)

[...] “O NPS<sup>30</sup> para mim é muito macro, eu acho que deveria ter aqueles indicadores do foco do paciente estratégicos, táticos operacionais e indicadores do paciente.” (GF01P02)

[...] “Se a gente conseguisse incluir em algum lugar indicadores de gestão de pessoas ou indicadores de performance da liderança [...] De alguma maneira ter desempenho das pessoas também que estão envolvidas ali nessa jornada.” (GF01P01)

[...] “tem fóruns muito específicos que olham para os projetos depois de implantados, principalmente ligados à controladoria. A controladoria que faz esse papel aqui muito bem-feito, inclusive. E isso retroalimenta a estratégia. Então, acho que esse é um elemento fundamental.” (GF02P02)

[...] “Quem tem indicador tem tudo, tem gestão. Quem não tem, tem fofoca.” (GF02P01)

[...] “Validação das expectativas ao longo do ciclo de vida completo.” (GF03P01)

Os refinamentos recomendados pelos participantes ajudam a identificar quais os elementos fundamentais em cada etapa do ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde, agregando pontos relevantes como a incorporação da voz do cliente e a tratativa das causas-raízes dos problemas da jornada, um diagnóstico mais completo por agregar análise de cenários e dados, além de outros exemplos de pontos relevantes como plano integrado, necessidades do paciente, expectativas *versus* necessidades, continuidade de serviços e aperfeiçoamento do *layout* do modelo para melhor integração das equipes multidisciplinares

#### 4.2.3 Consolidação das discussões sobre o modelo nos grupos focais

Neste bloco, a questão de pesquisa foi resgatada para verificar a coerência com o modelo e, na sequência, foi realizado um debate integrativo sobre as percepções das quatro etapas e os

---

<sup>30</sup> NPS - Net Promoter Score, uma metodologia de pesquisa que avalia a satisfação dos clientes

elementos recomendados pelos participantes. Diferente de uma técnica Delphi onde o foco seria a busca do consenso, nosso objetivo neste bloco foi de estabelecer um diálogo mais amplo, buscando capturar reflexões e refinamentos complementares. As principais recomendações gerais são de fazer uma revisão do desenho do modelo mais fluído, ponto que também foi destacado na entrevista com os executivos, sendo que os demais refinamentos foram confirmados pelos participantes. Os ajustes em nomenclaturas e *layout* tendem a facilitar o letramento dos profissionais envolvidos com projetos na saúde, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

[...] “Ele segmentado, aqui eu analisei os objetivos e os indicadores estratégicos, aqui eu estou analisando o projeto... Está muito compartimentado.” (GF03P05)

[...] “Acho muito interessante você colocar tudo dentro de uma caixinha só, linkando, é como se fossem fases. Elas fossem se somando para uma mudança final ser gerada, porque se você olha como ele tá em caixas diferentes, parece que são processos muito distintos que vão me dar resultados individuais. Não sei, mas pode ser uma questão também de olhar, de conseguir enxergar mesmo desse desenho.” (GF02P01)

Buscou-se compreender quais os ganhos de um modelo como este para o ecossistema da saúde e para sanar parte dos desafios relatados na realidade dos participantes. Os principais destaques citados são a unificação e a correlação das teorias em um modelo consolidado mais palatável para as equipes médicas e administrativas, a gestão integrada completa desde a estratégia até os serviços prestados, com realimentação permanente e um formato que contribui para comunicação e engajamento de todas as pessoas das instituições de saúde, com um mesmo propósito organizacional e social. Os trechos a seguir ajudam a evidenciar esta compreensão:

[...] “Unificar a teoria. A gente pega empresas com nível de maturidade totalmente diferentes [...] Você está consolidando a teoria de uma forma mais sucinta e digestível, mas para hospitais que não têm esse nível de maturidade, o setor ganha.” (GF03P03)

[...] “(O modelo) traz uma visão realmente de integração, desde o início no diagnóstico, com os primeiros cenários, os participantes de alta gestão, como a gente trouxe ali a voz do cliente também, fazendo toda essa engrenagem, todo o

processo de comunicação em todas as fases, a gente vai ter um modelo integrado e disseminado para toda a instituição. Então, eu acho que também fica mais fácil até a aceitação das pessoas e o entendimento desse ecossistema.” (GF01P03)

[...] “Quando a gente faz algo mais visual e você mostra as etapas, o passo atrás de passo, isso... isso a gente consegue ganhar a equipe [...] E aí, essas visualizações em que a gente consegue atrair rapidamente os médicos, médicos de outras áreas da saúde que, enfim, não tem esse linguajar tão administrativo, que você tem que ganhar um cara em dois, três minutos.” (GF03P05)

[...] “O primeiro ponto que eu vejo assim é ter integração entre todas as fases de processo e todas as áreas. É assim, é um uníssono numa empresa. O ganho que dá é uma empresa sabendo para onde ela quer ir.” (GF01P02)

[...] “Se a gente pega um modelo em saúde que tem esses aspectos e utiliza esse modelo como ferramenta, ele facilita e reduz o risco em sua execução, porque ele já consegue pensar numa estrutura totalitária do projeto.” (GF02P01)

[...] “(O modelo) pode trazer a visualização para os serviços de saúde ou para o próprio ecossistema do papel de um projeto na execução da estratégia.” (GF03P02)

[...] “No fim do dia, ele vai perceber que tem integração, que tem conexão médica e as pessoas conversam, tá todo mundo no mesmo caminho.” (GF01P01)

[...] “Então, eu acho que o ganho é, de fato, a integração, ter essa visão sistêmica e como um modelo mesmo, para a seleção, priorização, para o planejamento da execução e para a sustentação dos projetos. O ciclo inteiro.” (GF02P02)

[...] “Acho que a gente sai de uma eficiência para uma efetividade. Porque a gente vai achando os ciclos.” (GF02P01)

A partir do relato dos entrevistados é possível concluir que a governança integrada de projetos na saúde pode desempenhar papel relevante no engajamento das pessoas e agentes do ecossistema da saúde para prover serviços completos e eficazes para a jornada do paciente, com sustentabilidade econômica para as instituições de saúde. Além de contribuir para tangibilizar a questão desta pesquisa, que é como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes. A consolidação dos refinamentos

recomendados pelos entrevistados e grupos focais permite analisar no próximo tópico como estes pontos podem ser incorporados ao modelo final.

#### 4.3 REFINAMENTOS DAS DUAS ETAPAS INCORPORADOS AO MODELO

Neste tópico estão relacionados os refinamentos incorporados ao modelo a partir da pesquisa empírica. Os refinamentos foram obtidos em entrevistas semiestruturadas e grupos focais que analisaram o modelo elaborado a partir da pesquisa teórica. O refinamento está segmentado em duas visões complementares, sendo a primeira destinada aos refinamentos do modelo macro e a segunda referente ao modelo detalhado.

Iniciando pelo modelo macro, as recomendações tornaram o modelo mais aderente à realidade dos profissionais consultados agregando refinamentos que possibilitam a aplicação prática mais coerente e eficaz. Assim, após as análises para o modelo macro foram levantados 18 itens de refinamento, identificados e descritos na Tabela 3 **Erro! Fonte de referência não encontrada.** Vale explicitar que o código RE corresponde a “Refinamento da Entrevista” e RG a “Refinamento do Grupo focal”, com suas respectivas numerações. Destes itens de refinamento, 13 itens foram obtidos com os executivos entrevistados (RE01 até RE13) e outros cinco itens foram obtidos com os participantes dos grupos focais (RG01 até RG05). Outros dois itens, “Expectativas” e “Equipes multidisciplinares (assistencial e administrativa)”, foram indicados nos grupos focais de profissionais, reforçando a necessidade de ajustes no modelo macro.

Tabela 3 – Refinamentos consolidados para o modelo macro a partir da pesquisa empírica

Fonte	id	Modelo teórico macro original	Modelo macro refinado
Entrevistas	RE01	A palavra “Sustentabilidade” utilizada na frase conceitual do modelo	Substituir por “sustentabilidade econômica” trazendo foco no resultado financeiro.
	RE02	No elemento “Paciente e população”	Declarar em texto o entorno familiar e conselhos que o representam. Agregam a visão como “cliente”.
	RE03	No elemento “Expectativas do paciente”	Alterar nomenclatura para “Expectativas e necessidades do paciente”.
	RE04	No elemento “Equipe multidisciplinar”	Reforçar em texto o engajamento das equipes para aperfeiçoar os serviços a partir de melhorias descobertas e da “voz do cliente”.
	RE05	O gestor do projeto e gestor dos serviços estão implícitos no elemento “Equipe multidisciplinar”	Declarar em texto a importância da designação destes gestores responsáveis pela gestão fim a fim dos serviços e entrega dos projetos.
	RE06	A dimensão “Ecossistema da saúde” contém oito categorias	Incluir categoria “Empresas” totalizando nove categorias.

	RE07	A dimensão “Jornada do paciente” alinhada com a teoria	Revisar o propósito de cada etapa a partir da visão empírica.
	RE08	Na etapa “Concepção e priorização”	Agregar a palavra “Diagnóstico” no nome da etapa e reforçar em texto o engajamento das equipes multidisciplinares no diagnóstico e análise das causas-raízes que motivam as melhorias.
	RE09	Na etapa “Planejamento e execução”	Incorporar fase de “MVP” para validação de soluções.
	RE10	Na etapa “Sustentação e melhoria contínua”	Alterar nomenclatura da etapa para “Continuidade e aperfeiçoamento dos serviços”
	RE11	Na etapa “Governança integrada”	Fortalecer papel da governança fim a fim, com gestão do portfólio de projetos e serviços, com gestão técnica, financeira e benefícios
	RE12	Sobre os indicadores da etapa “Governança integrada”	Fortalecer indicadores de performance de serviços focados no desfecho e expectativa dos agentes do ecossistema da saúde
	RE13	Layout - Formato do fluxo sequencial	Layout – Alterar formato para nova figura baseada em diagrama “veen” (mais fluído e integrativo entre as etapas e equipes)
Grupos focais	RG01	No elemento “Expectativas do paciente”	Alterar nomenclatura para “Expectativas e necessidades do paciente”.
	RG02	No elemento “Equipe multidisciplinar”	Reforçar em texto o engajamento das equipes para aperfeiçoar os serviços a partir de melhorias descobertas e da “voz do cliente”.
	RG03	Na etapa “Concepção e priorização”	Reforçar em texto a definição de critérios e parâmetros técnicos e financeiros para gestão de portfólio e tomada de decisão
	RG04	Na etapa “Sustentação e melhoria contínua”	Alterar nomenclatura da etapa para “Continuidade e aperfeiçoamento dos serviços”
	RG05	A dimensão “Princípio e práticas de gestão” contém quatro categorias	Agregar “híbrido” como quinta categoria, representando a complementariedade das práticas ao contexto do projeto integrado e reforçar em texto.

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

Cada um dos refinamentos identificados possui um código, e estes foram posicionados na figura do modelo teórico macro (Figura 17) a fim de permitir a compreensão das mudanças aplicadas ao modelo macro final. Os refinamentos identificados com a cor verde escuro representam os captados nas entrevistas e os identificados com a cor verde claro representam os aqueles obtidos a partir dos grupos focais. A análise de refinamentos a serem incorporados leva em consideração citações complementares da pesquisa teórica sobre os pontos recomendados na pesquisa empírica e a relevância dos principais pontos para refinamento do modelo, sem que esteja previsto no protocolo de pesquisa retornar aos praticantes para validação do modelo final.

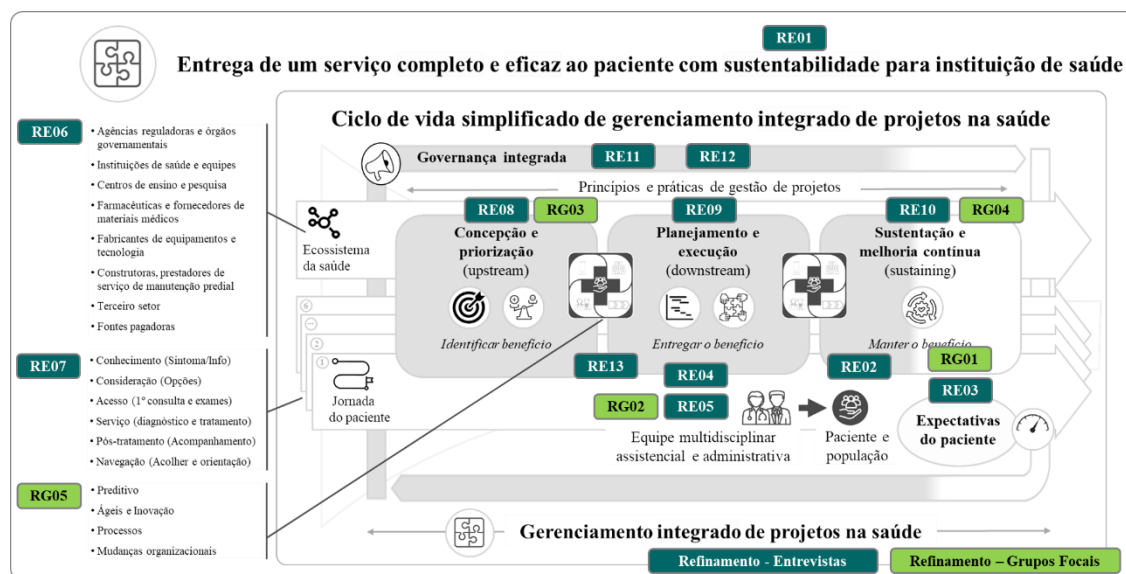


Figura 17: Refinamentos propostos para o modelo macro

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa empírica (2024).

Complementando os refinamentos, foram analisadas as recomendações destinadas ao modelo detalhado, que igualmente aperfeiçoaram o modelo para que o mesmo esteja aderente à realidade dos profissionais consultados. Para o modelo detalhado foram identificados 18 itens de refinamento (RG06 até RG23) identificados na Figura 18 e descritos na Tabela 4. Os itens de refinamento foram obtidos junto aos participantes dos três grupos focais. Estes refinamentos possibilitam adequar o modelo detalhado do ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde para que esteja mais aderente à aplicação prática na rotina diária das equipes de projeto e facilitam o engajamento com os propósitos das instituições de saúde.

Tabela 4 - Refinamentos consolidados para o modelo detalhado a partir da pesquisa empírica

Fonte	id	Modelo teórico macro original	Modelo macro refinado
Grupos focais	RG06	Na etapa “Concepção e Priorização”	Fortalecer o engajamento das equipes no diagnóstico de novas demandas (solução de “dores”, riscos, melhorias ou inovações).
	RG07	Nos elementos “Estudo de viabilidade integrado” e “Adequações da Jornada do paciente”	Agregar elementos que reforcem que os estudos de viabilidade são orientados a diretrizes alinhadas com a estratégia de ESG e ODS da instituição, bem como o contingente de profissionais aptos para condução dos projetos.
	RG08	No elemento “Estudo de viabilidade”	Agregar elementos para incluir análise de cenários de complexidade, origem orçamentária e dados históricos.
	RG09	No elemento “Seleção e priorização”	Incorporar um elemento para destacar visão do portfólio integrado orientado aos objetivos estratégicos.
	RG10	Na etapa “Governança Integrada”	Fortalecer em texto a orientação para fazer a comunicação em todos os níveis.
	RG11	No “Ciclo de vida”	Agregar elemento para destacar a gestão do portfólio de projetos e serviços com a gestão técnica, benefícios e financeira.

	RG12	No elemento “Plano integrado de projetos”	Reforçar em texto que a estruturação do plano é resultado da dedicação de toda a equipe multidisciplinar.
	RG13	No elemento “Projeto integrado”	Reformular o elemento para destacar que o projeto integrado é formado por subprojetos conforme cenário, tipo e com práticas de gestão próprias, que precisam ser combinadas para gerar um serviço completo.
	RG14	Na etapa “Governança integrada”	Reforçar em texto a definição de regras, processos e papéis e responsabilidades quanto à condução dos projetos e da gestão dos serviços fim a fim.
	RG15	No elemento “Expectativas do paciente”	Alterar nomenclatura para “Expectativas e necessidades do paciente”.
	RG16	No macro “Lançamento aprovado”	Alterar nomenclatura para “Serviço completo ativo”.
	RG17	Na etapa “Sustentação e melhoria contínua”	Alterar nomenclatura da etapa para “Continuidade e aperfeiçoamento dos serviços” a fim de solucionar interpretações equivocadas entre os termos “Sustentabilidade”, “Sustentável” e “Sustentação”
	RG18	No elemento “Operação de tecnologia”	Alterar nomenclatura para “Continuidade de tecnologia e plataformas digitais”
	RG19	No elemento “Operação de infraestrutura e engenharia clínica”	Alterar nomenclatura para “Continuidade de infraestrutura física e engenharia clínica”.
	RG20	No elemento “Melhoria Contínua”	Alterar nomenclatura para “Operação do serviço de saúde e melhoria contínua”.
	RG21	No elemento “Programa de cultura e reciclagem”	Alterar nomenclatura para “Programas de cultura e gestão do conhecimento e competências”.
	RG22	No elemento “Melhoria identificada”	Alterar nomenclatura para “Novas melhorias descobertas”.
	RG23	Layout - Formato do fluxo sequencial	Layout – Alterar formato para nova figura baseada em diagrama “veen” (mais fluído e integrativo entre as etapas e equipes).

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

Um dos refinamentos que merece destaque é referente à adequação dos conceitos de “Plano integrado de projetos” (RG12) e “Projeto Integrado” (RG13), com uso de práticas específicas para cada elemento que compõe os serviços. A recomendação incorporada foi a consolidação dos dois conceitos, sendo que um projeto integrado é composto por plano integrado, MVPs e entrega dos subprojetos do serviço integrado, de acordo com o cenário. Descrito desta forma, a conceito de integração fica mais aderente com as práticas de mercado, facilitando a compreensão dos praticantes de projetos na saúde.

Segundo o PMI, o “*gerenciamento de projetos existe em um contexto mais amplo, estabelecendo uma hierárquica entre o plano estratégico, portfólio, programa, projeto e subprojeto, na qual um programa constituído de diversos projetos associados contribuirá para o sucesso de um plano estratégico*” (PMI, 2024, p. 16). Os projetos são divididos em componentes mais facilmente gerenciáveis ou subprojetos, podendo tratar de uma fase específica, com requisitos de habilidades de equipes específicas e/ou com práticas específicas

complementares, e são citados no ciclo de vida híbrido que utiliza a combinação de práticas preditivas e ágeis como no exemplo de um desenvolvimento ágil de aplicativo seguindo por um lançamento preditivo (PMI, 2017a). Alinhados ao conceito de subprojetos, os artigos selecionados para esta pesquisa descrevem exemplos de uso da hierarquia de projetos integrados e subprojetos (Roesler *et al.*, 2023; Tampio *et al.*, 2022; Nadae & Carvalho, 2019)

Cada um dos refinamentos identificados possui um código conforme descrito na Tabela 4, sendo que estes foram posicionados na figura do modelo teórico detalhado para facilitar a compreensão das adequações que foram aplicadas ao modelo detalhado final. Os refinamentos identificados com a cor verde claro representam algumas das recomendações captadas com os participantes dos grupos focais. A análise de refinamentos a serem incorporados leva em consideração citações complementares da pesquisa teórica sobre os pontos recomendados na pesquisa empírica e a relevância dos principais pontos para refinamento do modelo, sem que esteja previsto no protocolo de pesquisa retornar aos participantes dos grupos focais para validação do modelo final.

Vale destacar que todas as tratativas sobre as sugestões de alterações foram observadas e explicitadas a cada sessão e consolidadas na fase de análise de dados. A Figura 18 apresenta os refinamentos propostos para o modelo detalhado advindo do processo de pesquisa.

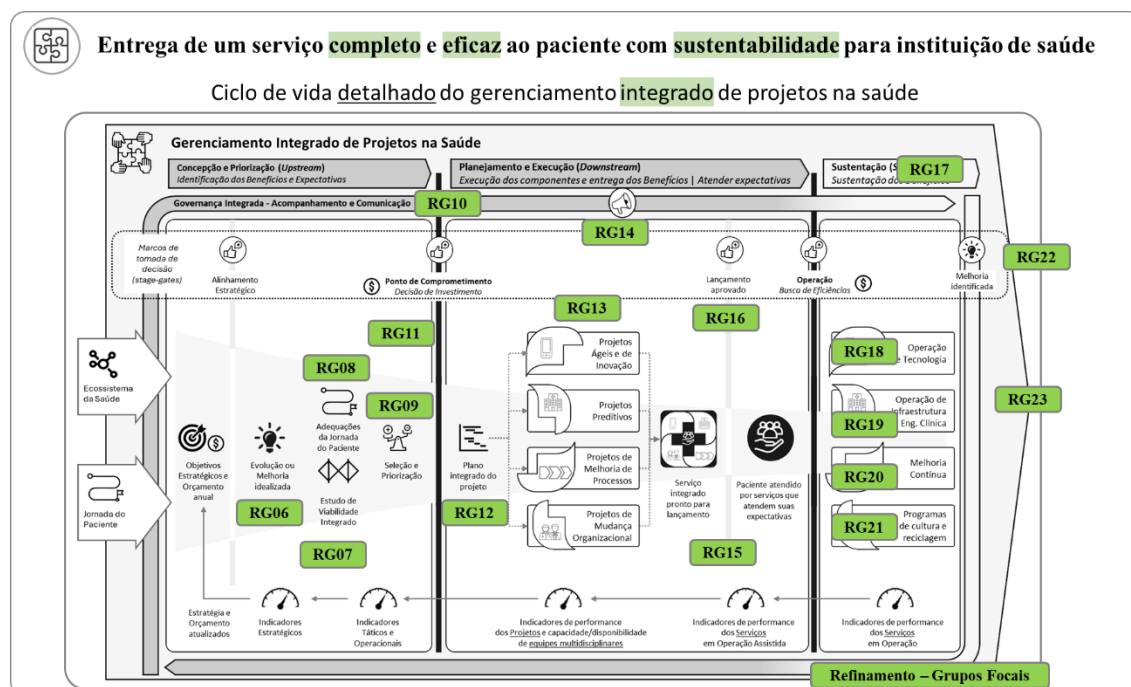


Figura 18: Refinamentos propostos para o modelo detalhado

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa empírica (2024).

Os refinamentos selecionados para aperfeiçoamento do modelo com as visões macro e detalhada, permitiram aperfeiçoar o modelo para que se tornasse mais útil à rotina das equipes multidisciplinares envolvidas com os projetos na saúde. Neste mesmo sentido, os resultados apresentados visam contribuir para as lideranças observarem o gerenciamento integrado de projetos na saúde, orquestrando fatores externos e internos com seus objetivos estratégicos e performance de seus serviços.

#### **4.4 BARREIRAS E FACILITADORES PARA APLICAÇÃO DO MODELO**

No decorrer deste estudo foi possível identificar barreiras e facilitadores que influenciam a performance e a adoção do gerenciamento integrado de projetos na saúde. Estes fatores emergiram da literatura selecionada e/ou da pesquisa empírica, possibilitando compreender em mais profundidade a problematização e as justificativas deste estudo e da aplicação prática dos conceitos do gerenciamento integrado de projetos na saúde. A partir da identificação da compreensão dos fatores, é possível teorizar ações para mitigar os impactos das barreiras e outras para potencializar os facilitadores, para que seja possível “prescrever vacinas ou vitaminas a partir do diagnóstico” conforme a realidade da instituição de saúde onde, futuramente, se pretenda aplicar os conhecimentos e o modelo resultante deste estudo.

A primeira análise está focada nas barreiras que os pesquisadores e/ou profissionais enfrentam ao aplicar o gerenciamento integrado de projetos na saúde em seus futuros estudos ou casos práticos. Na Tabela 5 são descritas cinco barreiras que recorrentemente foram identificadas na literatura selecionada ou pesquisa empírica realizada neste estudo, sendo possível identificar outras com maior relevância, a depender do contexto da instituição de saúde ou dos fatores internos, representados pela Jornada do paciente, e fatores externos, representados pelas relações entre os agentes do Ecossistema da saúde. Ao identificar uma destas barreiras, a recomendação é que se busque mitigar os impactos negativos visando manter níveis de eficiência compatíveis aos benefícios pretendidos com o projeto na saúde aprovado.

Tabela 5 – Principais barreiras para o gerenciamento integrado de projetos na saúde

Barreira	Citações teóricas e/ou trechos da pesquisa empírica	Ação mitigadora
Falta de sinergia e equilíbrio econômico entre agentes do ecossistema da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A expectativa do paciente é por um cuidado integrado eficaz.” (Bez <i>et al.</i>, 2023);</li> <li>• “A comunicação está envolvida com processos clínicos e operacionais complexos sendo que as falhas de comunicação são frequentes” (Saxena &amp; McDonagh, 2022);</li> <li>• “O problema do ecossistema é ter cada um focado em seu silo.” (E04)</li> <li>• “A saúde está passando por uma crise de sustentabilidade” (E05)</li> <li>• “Ainda é um incentivo pela receita baseado em volume de serviço, isso cria uma competição ao invés de uma cooperação.” (E06)</li> <li>• “Um dos pontos principais do desalinhamento são as relações de confiança [...] quando você vai discutir com os agentes principais do setor, você tem vários comportamentos diferentes na hora que você expõe um determinado projeto ou problema.” (E11)</li> </ul>	Definir objetivos estratégicos sinérgicos entre os agentes, que possam ser executados e geridos como um empreendimento único, ou seja, um projeto integrado.
Baixo nível de maturidade da governança institucional e/ou governança de projetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Precisamos de um sistema centralizado para melhorar a governança no hospital.” (Khan <i>et al.</i>, 2021);</li> <li>• “Necessitamos de uma governança aprimorada devido à complexidade inerente e à natureza turbulenta dos projetos.” (Larsen <i>et al.</i>, 2022)</li> <li>• “Na saúde, vejo os executivos levando sugestões prontas de estratégia ou de direcionamento [...] não tenho dúvida que as grandes diretrizes financeiras vêm, mas eu estou para te dizer que é quase zero as diretrizes assistenciais, no sentido de negócio.” (E02)</li> <li>• “Enquanto o conselho estiver focado exclusivamente na sustentabilidade de longo prazo e a diretoria executiva focada no curto prazo, essa interlocução não vai acontecer de fato” (E07)</li> </ul>	Investir na estruturação de uma governança integrada das visões corporativa, projetos e serviços, com objetivo de maximizar recursos e benefícios.
Falta de comunicação e sinergia entre as áreas internas da instituição de saúde para empreender projetos na saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Os agentes atuam de forma fragmentada, com processos disfuncionais, sistemas de informação não integrados e espaços físicos com baixa adaptação” (Mooij <i>et al.</i>, 2022; Tiso <i>et al.</i>, 2022);</li> <li>• “A falta ou a comunicação ineficaz, devido à terminologia desconhecida ou ao jargão de partes interessadas, foi considerada lamentável para o desempenho inicial.” (Larsen <i>et al.</i>, 2022)</li> <li>• [...] “Embora eu acredite no modelo de produto, eu ainda convivo bastante com a departamentalização de atividades das áreas.” (E02)</li> <li>• [...] “No passado, trabalhos em realizados em silos e as diretorias não necessariamente se conectavam.” (E10)</li> </ul>	Engajar as equipes em todo ciclo de vida do projeto para se apropriarem do problema, das mudanças e proporem soluções colaborativas para gerar benefícios.
Baixa adesão à cultura institucional de integração e falta de programas de formação técnica e comportamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A eficiência da integração e colaboração determina o desempenho de falhas, substituições e sobreposições de atividades”. (Lu <i>et al.</i>, 2023);</li> <li>• “Serviços são organizados em silos departamentais” (Korhonen, 2023);</li> <li>• “Existe uma corrente que defende a atuação separada entre saúde pública e privada, e sim, nunca tinha tido, de forma coletiva, uma estratégia de comunicação integrada.” (E08)</li> <li>• [...] “Acho que o futuro do profissional da liderança é saber se relacionar com esta complexidade de interesses e atores.” (E09)</li> <li>• [...] “[programa de capacitação de executivos] nem de perto tangenciou as grandes dúvidas e os grandes problemas institucionais” (E11)</li> </ul>	Promover programas de fortalecimento da cultura e formação em práticas de gestão colaborativas.
Baixo nível de maturidade no uso de práticas de gestão de projetos de forma combinada para gerar benefícios pretendidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Projetos de melhoria tratam parte da solução.” (Lima <i>et al.</i>, 2021);</li> <li>• “Os projetos não são executados isoladamente, mas as equipes de projetos ainda atuam com baixa integração.” (Schwalbe, 2021);</li> <li>• [...] “Porque é tão apaixonado pelo método, é isso que me preocupa. Às vezes a gente encontra pessoas tão apaixonadas pelo método que não pensam na solução simples.” (E06)</li> <li>• [...] “Homogeneizar as grandes entregas, isso a gente não só tem como precisa.” (E08)</li> </ul>	Planejar e introdução de atividades de melhoria da maturidade de gestão de projetos. Adotar métricas de maturidade para acompanhar a evolução das ações corretivas.

Fonte: elaborado pelo autor, 2024

A segunda análise compreende os facilitadores que os pesquisadores e/ou profissionais podem encontrar ao aplicar o gerenciamento integrado de projetos na saúde em seus futuros estudos ou casos práticos. Estão descritas na Tabela 6 os cinco facilitadores que recorrentemente foram identificados na literatura selecionada ou na pesquisa empírica realizada neste estudo. Além destes facilitadores podem surgir outros com ainda mais relevância, a depender do contexto da instituição de saúde ou dos fatores internos e externos. Ao identificar um destes facilitadores, a recomendação é que se busque explorar seu potencial, visando ampliar os níveis de eficiência compatíveis com os benefícios pretendidos com o projeto na saúde aprovado

Tabela 6 – Principais facilitadores promovidos do gerenciamento integrado de projetos na saúde

<b>Facilitador</b>	<b>Citações teóricas e/ou trechos da pesquisa empírica</b>	<b>Ação potencializadora</b>
Reconhecimento da alta gestão sobre a importância do gerenciamento integrado de projetos na saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “O processo de gestão de projetos na saúde é reconhecido por contribuir na orquestração do ecossistema da saúde para entrega de serviços orientados aos benefícios (Schwalbe, 2023; Tampio <i>et al.</i>, 2023);</li> <li>• “Reconhecimento do uso de métodos de gestão combinados como apoio para liderança e trabalho em equipe.” (Prybutok, 2018)</li> <li>• [...] “O PMO faz a integração entre todas as áreas, sendo um guardião para que nenhuma área ou nenhum ponto fique para trás.” (E01);</li> <li>• [...] “Para construir uma nova unidade de UTI, mudamos espaços físicos, fluxos assistenciais, formamos equipes e implantamos tecnologias. Se nós não tivéssemos o PMO e a metodologia, chegaria à conclusão de que alguma coisa faltou.” (E05).</li> </ul>	Compreender os fatores e expectativas dos executivos e gestores sobre a gestão integrada de projetos e manter permanente aperfeiçoamento e adaptação da atuação.
Governança estabelecida e estratégia disseminada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A crescente complexidade nos projetos vivenciada em projetos na saúde, exige sistemas de medição de desempenho mais orientados aos processos e não à abordagem tradicional de previsão e controle.” (Larsen, 2022)</li> <li>• [...] “O projeto não tem finalidade nenhuma se ele não estiver inserido em todo o projeto de transformação da organização.” (E05);</li> <li>• [...] “A estratégia da instituição não é feita em uma salinha com cinco pessoas. A gente envolve centenas de pessoas na estratégia.” (E04)</li> </ul>	Ampliar a integração entre a governança de projetos e institucional.
Relações internas baseadas em um fluxo contínuo de benefícios e no trabalho colaborativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “O fluxo contínuo demanda coordenação e quebra barreiras entre parceiros, criando um fluxo de valor que melhora a continuidade do atendimento ao paciente e otimiza o desempenho do sistema.” (Tiso, 2022)</li> <li>• [...] “Quanto mais integrada e longa a jornada, eu acho que mais chance dela realmente de você medir corretamente (E04);</li> <li>• [...] “Adaptaria a estrutura hospitalar por especialidades e linhas de cuidado com apoio administrativo adaptada a sua realidade.” (E11);</li> <li>• [...] “Essa jornada do paciente é comum no mundo, tanto na rede privada quanto pública.” (GF02P01)</li> </ul>	Reforçar a visão de entrega de serviço completo e eficaz por meio do engajamento de todas as pessoas e áreas nos projetos.
Ambiente propício à evolução profissional e valores pessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [...] “As lideranças médicas receberam um curso de formação em gestão empresarial em conjunto com as lideranças administrativas, totalmente personalizado para a necessidade da instituição” (E07);</li> <li>• [...] “Do lado da saúde, você tem um médico que é tudo pelo paciente, um enfermeiro que fez aquilo por amor, um assistente social que está olhando para o ponto de vista social do paciente. Então, precisa ter essa empatia e essa ambidestria para desenvolver projetos na saúde.” (E06)</li> </ul>	Apoiar que profissionais sejam mais capazes para vivenciar sua contribuição pessoal.

Propósito real de dedicação ao serviço de excelência orientado ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [...] “Foco é paciente. Afinal das contas, tudo que a gente faz, se não está impactando em tratá-lo melhor, em tratar mais gente, então estou fazendo alguma coisa errada.” (E10)</li> <li>• [...] “O paciente como a visão central de todos os produtos.” (GF01P03)</li> <li>• [...] “Quando falar de foco do paciente, eu posso estar pensando em uma parte para inovação, onde a pessoa ocupa menos tempo em uma sala de exame e gere o diagnóstico mais rápido.” (GF01P02)</li> </ul>	Engajar as pessoas por meio do senso de propósito e empatia, inerentes aos profissionais do setor da saúde.
----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

As barreiras e facilitadores tendem a promover a identificação de alguns dos postos-chave para desenhar uma estratégia de adoção do modelo de gerenciamento integrado de projetos, sendo necessária uma adaptação ao contexto de cada instituição de saúde.

#### 4.5 GANHOS PRÁTICOS E PONTOS DE ATENÇÃO AO REPLICAR O MODELO

Ao longo da pesquisa empírica foi explorado com os entrevistados e participantes dos grupos focais quais os potenciais ganhos para sua rotina de gerenciamento de projetos na saúde e qual a percepção sobre a replicação do modelo para outras instituições de saúde. Na Tabela 7 estão consolidados os ganhos declarados que emergiram da literatura selecionada e da pesquisa empírica realizada neste estudo. Estes ganhos estão agrupados em oito categorias que permitem sintetizar os achados declarados com recorrência na pesquisa. A partir desta visão é possível compreender a relevância do estudo para os praticantes do setor da saúde.

Tabela 7 – Principais ganhos do gerenciamento integrado de projetos na saúde

Ganhos	Citações teóricas e/ou trechos da pesquisa empírica
Entrega da missão social das instituições de saúde centrada nas expectativas e necessidades do paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Em projetos de crises na saúde, tempo é vida. A cada hora que passa, os possíveis danos e custos aumentam exponencialmente, o que pode resultar numa escalada ou em desastres secundários.” (Li <i>et al.</i>, 2023)</li> <li>• “Sinergias entre <i>lean healthcare</i> e estratégias de integração de cuidados têm o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados.” (Tiso <i>et al.</i>, 2022)</li> <li>• [...] “O ganho é institucional e o impacto no paciente é muito grande.” (E09)</li> <li>• [...] “É missão social da nossa instituição desenvolver as pessoas para um serviço assistencial melhor no país.” (E04)</li> <li>• [...] “Pelo impacto social, em nossa instituição investimos em projetos como a redução da taxa de infecção hospitalar para ter menos pacientes em estado grave. Não é só finanças por finanças, mas pela visão do todo.” (E03)</li> <li>• [...] “(O modelo) traz uma visão realmente de integração, desde o início no diagnóstico, com os primeiros cenários, os participantes de alta gestão, como a gente trouxe ali a voz do cliente.” (GF01P03)</li> </ul>

<p>Modelo adaptado ao contexto de complexidade e volatilidade inerente ao ecossistema da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Um diferencial é o reconhecimento da complexidade dos serviços em projetos na saúde.” (Sohal <i>et al.</i>, 2022)</li> <li>• “A participação de vários agentes do ecossistema da saúde ilustra a complexidade dos projetos de sistemas digitais de saúde.” (Nilsen, 2020)</li> <li>• [...] “Se estou na conceituação do projeto este mês e o mês que vem uma fonte pagadora passa por um movimento brusco de descredenciamento, eu tenho que voltar rapidamente para a conceituação e reorganizar.” (E07)</li> <li>• [...] “Você tem uma estrutura projetizada e com uma governança integrada, você tem uma prática mais estruturada, ganha paciente, ganham profissionais, ganha gestor de saúde, ganha o SUS, ganha o sistema.” (E08)</li> <li>• [...] “O grande ganho é você conseguir entender que existe um racional atrelado à estratégia [...] a governança que conecta esses diversos interesses e variáveis.” (E10)</li> <li>• [...] “Trazer a visualização para os serviços de saúde ou para o próprio ecossistema do papel de um projeto na execução da estratégia.” (GF03P02)</li> </ul>
<p>Dinâmica de engajamento das equipes em todo ciclo de vida do projeto e aperfeiçoamento dos serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A participação das equipes multidisciplinares é benéfica por agregar uma visão plural e necessária pelos conhecimentos técnicos complexos e fragmentados, além de conhecimentos sociais sobre as expectativas dos pacientes e dos agentes do ecossistema desde a concepção e ao longo do ciclo de vida do projeto (Tampio <i>et al.</i>, 2022).</li> <li>• “A participação das equipes deve ser ampla o suficiente para entregar valor ao paciente com base na sua jornada.” (Laukka, <i>et al.</i>, 2020)</li> <li>• [...] “A participação da equipe multi e falando das expectativas do paciente, isso torna também inovador no sentido que a gente executa e esquece de levar em conta qual era a expectativa daquilo que estava planejando.” (E2)</li> <li>• [...] “O alinhamento organizacional, desde o entendimento do ecossistema, fazendo um consenso antes de implementar qualquer iniciativa.” (E11)”</li> <li>• [...] “E quando você coloca pra fazer um processo desse, onde tá todo mundo no aprendizado, cada um dentro do seu escopo, mas todo mundo buscando fazer o melhor com o que se tem, independente se eu sou o médico, se eu sou a recepção, eu me vejo parte daquilo e da entrega, sabe? E isso faz a diferença no final do dia.” (E09)</li> <li>• [...] “No fim do dia, ele vai perceber que tem integração, que tem conexão médica e as pessoas conversam, tá todo mundo no mesmo caminho.” (GF01P01)</li> </ul>
<p>Foco na entrega de serviços completos e eficazes, orientados à jornada do paciente, com resultados para os agentes do ecossistema da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O projeto deve prever a entrega de um serviço completo e os benefícios iniciais esperados (Kokkonen <i>et al.</i>, 2018; Hall <i>et al.</i>, 2019)</li> <li>• [...] “Eu acho que tudo isso funcionando como um ecossistema ou como um corpo, com cada uma com suas partes, é o que a gente consegue manter a sustentabilidade do negócio, a perenidade do sistema.” (E03)</li> <li>• [...] “A visão agrega um indicador importante que é medir se serviço faz o paciente ficar vivo, mas ele não conta toda a história. O indicador é se você está fazendo isso e suportando a sustentabilidade do ecossistema.” (E04)</li> <li>• [...] “Garantia de resultados previamente pactuados [...] A implementação da estratégia depende de projetos.” (E11)</li> </ul>
<p>Gestão integrativa da estratégia com o aperfeiçoamento e performance de serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [...] “Vejo em muitos modelos a concepção, priorizo, executo e morre. Ter a sustentação e a melhoria contínua me parece um diferencial positivo” (E01)</li> <li>• [...] “Acho que quando fala da governança integrada, ele se torna um modelo de retroalimentação. Eu acho que isso é bem relevante para que a gente consiga ter uma visão única e vocês possam unir esforços. Então, acho que eu gosto bastante do modelo, falando desse gerenciamento integrado.” (E02)</li> <li>• [...] “O sucesso é coletivo sempre. Eu acho que essa visão de integração faz toda a diferença. E a governança é o que vai fazer funcionar as coisas, onde você define o papel, responsabilidade, entregas, fóruns, formas de comunicação, e a forma de fazer o sucesso acontecer.” (E04)</li> <li>• [...] “E aí, justamente, tendo em vista que os recursos são escassos, a gente tem que saber como alocar mais adequadamente.” (E07)</li> <li>• [...] “O modelo que agrega o fim a fim.” (GF01P02)</li> </ul>

Governança cíclica que melhora a comunicação, correções de rota e adaptação às mudanças	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “A governança integrada deve contribuir para estabelecer uma rotina de sessões periódicas para sincronia dos times de cada projeto para compartilhar avanços, identificar gargalos técnicos, sanar conflitos e barreiras, além de refinar detalhes do plano integrado (Krogh, 2018; Schouten <i>et al.</i>, 2022).</li> <li>• [...] “A governança integrada torna um modelo de retroalimentação bem relevante para ter uma visão única e possam unir esforços” (E02)</li> <li>• [...] “Esse modelo é, de fato, o ecossistema. Ele se retroalimenta, ele segue o fluxo cíclico” (GF02P01)</li> <li>• [...] “É um modelo cíclico, com todo o ciclo de vida, desde a concepção até a entrega do projeto e como isso continua alimentando a estratégia.” (GF02P02)</li> </ul>
Combinação de técnicas de gestão de portfólio, gestão de benefícios e práticas de gestão de projetos para um modelo orientado a objetivos comuns.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “As práticas de gestão não só oferecem metodologias de melhoria de processos e qualidade, mas também um sistema de gestão para as organizações implementarem mudanças e sustentarem resultados (Azevedo <i>et al.</i>, 2021)</li> <li>• [...] “A gente tem que saber utilizar as possibilidades de metodologia para cada tipo de projeto para conseguir viabilizar a execução.” (E03)</li> <li>• [...] “Em geral, as instituições se preocupam com esses métodos quando tem projetos, mas elas esquecem que podem projetizar toda a sua estrutura.” (E08)</li> <li>• [...] “A entrega da estratégia depende de bons modelos que possam promover uma execução bem-feita. Tenho que fazer um gerenciamento super adequado de um portfólio de uma carteira de projetos.” (E11)</li> <li>• [...] “Gestão de projeto não é ciência exata, é ciência humana.” (E12)</li> </ul>
Unificação de teorias para letramento dos profissionais em gestão de projetos na saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “As pessoas envolvidas em projetos na saúde podem necessitar de alguma educação e formação para compreenderem o seu papel, além da sua capacitação sobre como podem influenciar a tomada de decisões.” (Støre-Valen, 2021)</li> <li>• [...] “Que o estudo saia logo para usarmos nas capacitações, eu acho que vai ser uma contribuição bem importante para o ambiente de saúde.” (E07)</li> <li>• [...] “Unificar a teoria, consolidando de forma mais sucinta e digestível” (GF03P03)</li> <li>• [...] “Quando a gente faz algo mais visual e você mostra as etapas, o passo atrás de passo a gente consegue ganhar a equipe.” (GF03P05)</li> <li>• [...] “Minha preocupação como RH e DO é o olhar de quais ferramentas trazer para a liderança e como encaixar os conteúdos para que esse gestor saiba atuar.” (GF01P01)</li> </ul>

Fonte: elaborado pelo autor, 2024

Durante a pesquisa empírica também foram exploradas as percepções quanto à replicação do modelo para outras instituições de saúde, com diferentes níveis de maturidade, e quais seriam os refinamentos necessários. A compreensão é que os elementos propostos no modelo permanecem os mesmos e o refinamento recomendado se dá com a adaptação ao contexto da instituição de saúde e ao nível de maturidade atual e pretendido. Isto posto, a adaptação pode ser realizada de acordo com a realidade de cada instituição de saúde. A avaliação da maturidade da instituição deve ser verificada estabelecendo ciclos de evolução para a governança como declarado pelo entrevistado E03: “*O modelo não pressupõe maturidade, ele pressupõe vontade. [...] Eu acho que ela é aplicável a qualquer unidade dentro da realidade de cada um. Então, eu tenho recursos limitados. Eu não vou ter um escritório? Não. Pelo contrário. Mas você precisa ter.*”. Esta declaração é corroborada pelo entrevistado E6: “*Olhando para uma realidade de hospital de médio porte, que é a grande maioria dos hospitais do país, [...] Essas instituições não têm governança, então discutir papéis e*

*responsabilidades vira um papel do projeto. O projeto acaba puxando o modelo de governança.*” Outros trechos contribuem para esta visão:

[...] “Tem instituições com modelos de gestão mais maduros e outras com modelos de gestão menos maduros [...] e talvez, estabelecer níveis de maturidade neste processo.” (E11)

[...] “A maneira como vocês desenharam permite isso, justamente, de evolução. A forma que está estruturada, ele permite isso, ele permite a evolução. Mesmo depois da sua entrega, até o ponto de colocar isso, mesmo um hospital que venha, uma instituição que pegue isso para ela, vou querer implantar isso aqui, ela tem condições de até propor melhorias e vai evoluindo no modelo.” (GF01P02)

Outro aspecto que pode ser compreendido para aplicação do modelo desenvolvido é o processo de letramento das lideranças e gestores para que estejam aptos para este novo estágio de maturidade. O modelo explicita etapas e processo que permite assim contribuir não só com a integração da governança, mas também com a disseminação do novo patamar de cultura e engajamento de todos os profissionais da instituição. A opinião é que o modelo possibilita flexibilidade para adequações ao contexto de cada instituição de saúde, podendo ser por etapas ou em níveis de profundidade diferentes de técnicas e métodos. Os trechos a seguir contribuem para compreensão desta visão:

[...] “É muito difícil você implementar em organizações que não têm nem a base da gestão, do planejamento estratégico, do processo. Eu acho que o grande desafio de gerenciamento de projetos, você tem que fazer o letramento e preparar a organização para isso. [...] E eu diria que a primeira etapa para todos é um bom curso de formação.” (E05)

[...] “O modelo tá completo, agora você tem que escolher as etapas e se você começar com tudo, não vai dar certo.” (E10)

[...] “Cada estrutura, cada instituição vai funcionar de um pouco diferente, mas você tem aqui aquela receita inicial que os principais pilares estão ali para você seguir. Depois você vai dando alguns toques, algumas particularidades que vão funcionar para aquela cultura, para aquela realidade que você tem.” (GF03P04)

[...] “Já vi alguns modelos que ele diz, olha, essa etapa é importante, mas caso você não tenha, você vai fazer tal situação, você vai fazer tal análise, para que ele consiga rodar esse modelo.” (GF03P02)

A partir destes relatos é possível compreender que o modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde é reconhecido por seus ganhos associados à gestão completa, conectando a estratégia da instituição de saúde à prestação de serviços completos e eficazes, proporcionando benefícios para instituições de saúde de diferentes níveis de maturidade e contextos, tanto na esfera pública quanto privada.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E MODELO FINAL

Nesta seção são discutidos os resultados consolidados obtidos durante esta pesquisa. A RSL possibilitou a compreensão das principais dimensões da gestão de projetos na saúde e a discussão entre estas dimensões por meio de proposições teóricas. Este arcabouço teórico estabeleceu a base para um modelo que concatena o conhecimento e as teorias gerados nesta pesquisa, buscando responder à questão de pesquisa que é como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes.

A pesquisa empírica foi aplicada como um estudo exploratório-descritivo para melhor compreensão do fenômeno pesquisado, focando em compreender a realidade e experiência dos executivos e gestores no contexto de projetos na saúde. Também foi possível refinar o modelo teórico por meio de recomendações captadas nas 12 entrevistas e três grupos focais, envolvendo 22 representantes das principais instituições de saúde do Brasil, gerando transcrição e análise de quase vinte horas de conteúdo focado em aprimoramentos do gerenciamento de projetos na saúde, o que propiciou a evolução do modelo para um patamar mais aderente com a realidade das instituições de saúde.

Com relação aos resultados apresentados, destacam-se os 36 refinamentos para o modelo final, a identificação de cinco barreiras e cinco facilitadores que orientam a adoção do modelo. Também foi evidenciado o reconhecimento pelos praticantes de oito categorias de ganhos decorrentes da utilização de um modelo como o proposto e recomendações para replicação do modelo para as demais instituições, reforçando a necessidade de aumento de maturidade organizacional por meio do letramento de seus gestores, apoiado em um processo de adoção flexível e adaptado ao contexto em cada instituição de saúde. Os refinamentos recomendados pelos praticantes e barreiras/facilitadores encontram respaldo na pesquisa teórica deste estudo, como que o engajamento das equipes deve ocorrer ao longo de todo ciclo de vida do serviço ou projeto, sendo que sua eficácia depende de uma boa estratégia de envolvimento para manter o foco e traçar um bom plano de comunicação alinhado com os objetivos estratégicos e mudanças organizacionais requeridas (Larsen *et al.*, 2021b; Tampio *et al.*, 2022).

Os diálogos e as trocas de experiências promovidos ao longo da pesquisa empírica demonstram uma convergência importante entre a visão institucional e estratégica dos executivos e a visão tática e operacional dos gestores. A pesquisa teórica apresentou exemplos negativos, nos quais as lacunas de comunicação e a falta de diálogo entre estes profissionais sobre a estratégia e contexto geram falta de motivação, engajamento deficiente e baixa performance de projetos e serviços (Sales *et al.*, 2023a; Souza *et al.*, 2020). Uma das estratégias

da pesquisa empírica foi confrontar as visões e encontrar divergências equivalentes, porém em instituições com maturidade organizacional elevada, como a amostra de praticantes na pesquisa empírica, a convergência observada é coerente com exemplos positivos da literatura, sendo citado que o alinhamento entre estratégias e soluções combinadas pode incluir uma ampla gama de práticas como gestão de projetos, gestão de mudanças, gestão de conhecimento e melhoria de desempenho, objetivando alcançar transformações e, ao mesmo tempo, promover um envolvimento mais profundo e melhores resultados para os negócios (Robu *et al.*, 2021).

Sobre os 36 refinamentos incorporados ao modelo, os principais temas direcionam para gestão integrada e completa do ciclo de vida proposto, de forma a garantir a execução e a continuidade da estratégia e prestação de serviços de excelência pela instituição de saúde. Os refinamentos reforçam pontos como engajamento das equipes em todo ciclo de vida, comunicação ampla e irrestrita dos objetivos e esforços empreendidos, reforço do processo de análise de causas-raízes para desenho e priorização de soluções com potencial de gerar benefícios, planejamento, execução e continuidade de projetos e serviços integrados focados em resultados tangíveis, fortalecimento da governança integrada cíclica e recursiva, além de adequações de nomenclatura e do layout, com o intuito de melhorar e facilitar o letramento dos profissionais e a replicação do modelo.

Alguns destes temas foram identificados na pesquisa teórica, sendo base para o modelo teórico, bem como ganham maior relevância pela constatação empírica de alguns conceitos como os ambientes dinâmicos e participativos promovem um maior senso de engajamento entre seus membros e o cuidado integrado continua sendo um desafio complexo que envolve múltiplos níveis, com diversas intervenções, partes interessadas e fatores contextuais que podem influenciar processos e resultados (Patrício *et al.*, 2020; Tiso *et al.*, 2022).

Houve a oportunidade de explorar a compreensão dos praticantes sobre as principais dimensões teóricas desta pesquisa. Para a dimensão “Ecossistema da saúde”, as oito categorias iniciais são coerentes com a realidade dos profissionais, sendo recomendada a inclusão de uma nova categoria associada à “Empresa”, buscando agregar a complexidade das organizações privadas que contratam os planos de saúde e também financiam o sistema de saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde brasileira, divulgados em agosto de 2024, existem 51 milhões de beneficiários de planos de saúde suplementar, sendo que 82% são planos coletivos empresariais ou por adesão (ANS, 2024), o que torna relevante estabelecer uma nova categoria para endereçar necessidades e interdependências específicas das empresas contratantes de planos de saúde para seus empregados, como projetos de seis sigma para reduzir erros de processamento de sinistros (Vijaya & Kunnath, 2020).

Para a dimensão “Jornada do paciente”, os principais refinamentos estão concentrados no propósito de cada etapa da jornada, ajustando a visão teórica à realidade prática, além de destacar questões implícitas para melhor compreensão da abrangência dos serviços. Na etapa de “Conhecimento” foram destacados a promoção de cuidados de saúde e a prevenção, com exemplos na literatura para uso de IoT em situações de pandemia (Darbandi *et al.*, 2022), além da inovação tecnológica para proatividade tecnológica na antecipação de necessidades emergentes de saúde (Kulkov *et al.*, 2023).

Na etapa de “Consideração” a visão de opções de rede contribui para compreender os desafios públicos e privados de estabelecer a rede integrada e conveniada de atenção primária, secundária e terciária integrada alinhada com o senso de urgência de tratamento do paciente (Marin-Garcia *et al.*, 2019). A etapa de “Acesso” incorpora a 1ª consulta, os exames preliminares e o diagnóstico, possibilitando um atendimento básico completo no contexto de uma unidade básica de saúde ou pronto socorro, originando projetos de melhoria de fluxos de consultórios (Montecinos *et al.*, 2018), emergências (Prybutok, 2018), ou telemedicina (Cannavacciuolo *et al.*, 2023), bem como a adequação de espaços físicos que proporcionem melhor experiência ao paciente (Amankwah *et al.*, 2022).

Os refinamentos para a dimensão “Princípios e práticas de gestão de projetos” também foram recomendados para o uso combinado de suas técnicas e a incorporação da categoria de “Prática híbrida” com abordagens que relacionam ágil e preditivo, em exemplos de uso simultâneo, sequencial ou complementares (PMI, 2017a). A prática híbrida surgiu com menor frequência na pesquisa teórica, porém, ganha mais relevância a partir da pesquisa empírica, como em sua aplicação em projetos de sistema de informação (Jewer & Compeau, 2022). Outro refinamento relevante trata da relação entre os projetos integrados e os subprojetos que precisam ser sincronizados para a entrega completa de serviços, sendo que adequação de terminologia auxilia na compreensão das interdependências na hierarquia do portfólio, programas, projetos e, em casos específicos, seus subprojetos (PMI, 2024), sendo este mesmo conceito encontrado nos artigos que exemplificam a hierarquia de projetos integrados e subprojetos (Roesler *et al.*, 2023; Tampio *et al.*, 2022; Nadae & Carvalho, 2019).

A identificação de barreiras e facilitadores de forma mais contundente na pesquisa empírica ajuda a compreender melhor alguns temas que foram citados de forma superficial na pesquisa teórica (Ferreira & Marques, 2021; Azevedo *et al.*, 2021) e são reforçados quando foram explorados os fatores que influenciam a adoção do modelo. As barreiras estão associadas a: (I) Falta de sinergia e equilíbrio econômico entre agentes do ecossistema da saúde, (II) Baixo nível de maturidade da governança institucional e/ou governança de projetos, (III) Falta de

comunicação e sinergia entre as áreas internas da instituição de saúde para empreender projetos na saúde, (IV) Baixa adesão a cultura institucional de integração e falta de programas de formação técnica e comportamental e ao (V) Baixo nível de maturidade no uso de práticas de gestão de projetos de forma combinada para gerar benefícios pretendidos. Em contrapartida, os facilitadores estão associados a: (I) Reconhecimento da alta gestão sobre a importância do gerenciamento integrado de projetos na saúde, (II) Governança estabelecida e estratégia disseminada, (III) Relações internas baseadas em um fluxo contínuo de benefícios e no trabalho colaborativo, (IV) Ambiente propício a evolução profissional e valores pessoais e (V) Propósito real de dedicação ao serviço de excelência orientado ao paciente.

Os ganhos capturados na pesquisa empírica reforçam o reconhecimento destes praticantes de que o modelo proposto de gerenciamento integrado de projetos é uma ferramenta relevante para suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes. As evidências destes ganhos estão organizadas em oito categorias que associam citações da pesquisa teórica como os presentes em Li *et al.* (2023), Sohal *et al.* (2022) e Laukka *et al.* (2020), bem como em trechos de entrevistas e grupos focais. Estas categorias de ganhos são identificadas como: (I) Entrega da missão social das instituições de saúde centrado nas expectativas e necessidades do paciente, (II) Modelo adaptado ao contexto de complexidade e volatilidade inerente ao ecossistema da saúde, (III) Dinâmica de engajamento das equipes em todo ciclo de vida do projeto e aperfeiçoamento dos serviços, (IV) Foco na entrega de serviços completos e eficazes, orientados à jornada do paciente, com resultados para os agentes do ecossistema da saúde, (V) Gestão integrativa da estratégia com aperfeiçoamento e performance de serviços, (VI) Governança cíclica que melhora a comunicação, correções de rota e adaptação às mudanças, (VII) Combinação de técnicas de gestão de portfólio, gestão de benefícios e práticas de gestão de projetos para um modelo orientado a objetivos comuns e (VIII) Unificação de teorias para letramento dos profissionais em gestão de projetos na saúde.

Os resultados da pesquisa empírica apresentam um último tema que é associado às recomendações para replicação do modelo para as demais instituições de saúde. A literatura apresenta exemplos de adoção de práticas isoladas como o *lean healthcare* (Swarnakar *et al.*, 2022; Regis *et al.*, 2019) e tecnologias em saúde (Martins *et al.*, 2021; Talukder *et al.*, 2020), surgindo assim a oportunidade de propor um modelo integrado de gerenciamento de projetos na saúde, a partir do interesse e necessidade identificada na pesquisa empírica.

As percepções relatadas pelos entrevistados são que a replicação do modelo reforça a necessidade de aumento de maturidade organizacional e governança das instituições de saúde. Isso sendo realizado por meio do letramento de seus profissionais, incluindo os membros do

conselho de administração e os agentes dos ecossistemas que interagem com a instituição, apoiado em um processo de adoção flexível e adaptado ao contexto da instituição de saúde. Assim, pode ser compreendido que a adoção pode ser praticada de forma gradual, agregando camadas desde um estágio inicial orientado aos processos básicos de gestão até evoluir para estágios mais elevados orientados à cultura e comportamentos colaborativos.

Outra análise relevante foi a verificação se as proposições teóricas estabelecidas são sustentadas pelas evidências obtidas na pesquisa empírica. Neste sentido, o estudo indica que o gerenciamento integrado de projetos na saúde proporciona que os agentes do ecossistema possam atuar de forma colaborativa para gerar melhorias dos serviços aos pacientes (Tiso *et al.*, 2022; Fusco *et al.*, 2023). Apesar disso, é necessário superar barreiras relacionadas ao equilíbrio econômico e criação de um ambiente de confiança entre estes agentes. Os executivos e gestores reforçam a tendência de transformação da gestão em um formato cada vez mais holístico e colaborativo entre as equipes para minimizar a fragmentação dos serviços, como citado por Patrício *et al.* (2020). Por meio da pesquisa empírica foi possível constatar que existe empenho e investimentos financeiros patrocinados pela alta direção para que as práticas de gestão aplicadas deem voz às expectativas dos pacientes, como descrito por Crema e Verbano (2021).

Com base nos dados descritos na Tabela 8, é possível verificar que as proposições teóricas relativas ao “Ecossistema da saúde”, “Jornada do paciente” e “Princípios e práticas de gestão de projetos” são sustentadas integralmente pela pesquisa empírica, conforme os trechos de relatos dos entrevistados e participantes dos grupos focais.

Tabela 8 – Resultado da verificação das proposições da pesquisa

Nº	Proposição teórica	Resultado	Evidências empíricas
1	Os agentes do ecossistema de saúde necessitam de projetos integrados para prestar serviços de saúde aos pacientes com maior eficácia	Sustentada na pesquisa empírica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [...] “Os projetos que mais geraram valor foram os projetos que a gente fez junto com o mercado.” (E01)</li> <li>• [...] “Se criei uma estratégia de fazer parcerias com o ecossistema para ampliar a minha geografia ou minha atuação na cadeia de valor, eu preciso de um processo novo.” (E04)</li> <li>• [...] “Então, o desafio em projetos é muito maior porque depende da colaboração e da sinergia de vários atores, diferente de empresas que têm uma predominância tecnológica.” (E005)</li> <li>• [...] “A sustentação, ela é uma responsabilidade do meu parceiro, por isso que os meus projetos duram três anos.” (E6)</li> </ul>

2	Os projetos de serviços ao paciente do ecossistema de saúde devem estar alinhados com a jornada do paciente	Sustentada na pesquisa empírica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•[...] “Cada etapa da jornada do paciente tem serviços, soluções e dores específicas. E sua conexão com a governança de projetos e a institucional porque eles influenciam diretamente a estratégia dos serviços que entregam para a instituição.” (E02)</li> <li>•[...] “O caso do paciente oncológico não nasce dentro da nossa instituição, existe uma etapa pré-instituição e outra pós-instituição. A gente precisa entender onde a gente está posicionado nessa cadeia de valor e quem são os <i>players</i> para criar uma plataforma de soluções em oncologia.” (E04)</li> <li>•[...] “Se eu ajusto um processo no centro cirúrgico sem olhar a cadeia logística, ele tende a se desvirtuar no curto prazo.” (E07)</li> <li>•[...] “Observo da jornada do paciente aquilo que eu quero entregar como valor agregado para a minha marca, para o meu hospital ou para o que quero levar do meu serviço. O time de projetos é extremamente essencial para o estudo prévio e qual é o projeto que eu vou entregar.” (P09)</li> </ul>
3	A gestão integrada de projetos no ecossistema de saúde pode facilitar a entrega de serviços de saúde baseada na jornada do paciente	Sustentada na pesquisa empírica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•[...] “Nesta amplitude do modelo com o ecossistema e a jornada, os métodos podem se adaptar com a necessidade.” (E02)</li> <li>•[...] “Vai depender muito das entregas e da definição de <i>input</i>, <i>output</i>, <i>outcome</i> de cada projeto.” (E08)</li> <li>•[...] “Então, precisa ter essa empatia e essa ambidestria para conseguir desenvolver projetos na saúde.” (E06)</li> <li>•[...] “Você tem o benefício de trazer os conceitos integrados às boas práticas e adaptadas para o setor de saúde.” (E12)</li> </ul>

Fonte: elaborado pelo autor, 2024

A sustentação das proposições teóricas auxilia no encadeamento entre o conhecimento teórico e o refinamento do modelo gerado na pesquisa empírica, formando a base para sustentar os resultados apresentados nesta pesquisa. Apesar desta pesquisa adotar o foco na realidade das instituições de saúde por se tratarem do polo central da prestação de serviços assistenciais aos paciente, seus resultados podem representar com propriedade as interdependências entre os agentes do ecossistema da saúde, a composição das jornadas do paciente contando com parceiros para compor um serviço completo e adoção de práticas combinadas de gestão de projetos para viabilizar a execução de suas estratégias com objetivos cada vez mais sinérgicos.

Outros resultados desta pesquisa contribuem para validar que a gestão de projetos, principalmente no ecossistema da saúde, compreende aspectos técnicos e sociais como afirmado por Zhang *et al.* (2018) e Pundzienė *et al.* (2023). Também foi possível constatar que a expectativa da alta gestão das instituições de saúde é evoluir para novos níveis de maturidade, nos quais seja possível capturar os benefícios das novas tendências da saúde para os serviços da jornada do paciente, por meio de maior integração e comunicação dos times multidisciplinares como inicialmente descrito por Schwalbe (2021).

Complementando os resultados, os executivos e gestores que participaram na pesquisa empírica reconhecem a importância das práticas de gerenciamento de projetos para viabilizar suas estratégias e confirmam que a governança integrada no nível estratégico orientada aos desafios da saúde podem auxiliar as lideranças na orquestração dos times multidisciplinares de projeto para priorização e condução da entrega de projetos dos componentes de serviços conforme elaborado por Schwalbe (2023) e Tampio *et al.* (2023). De forma complementar, é recorrente na visão prática que a análise de complexidade de cenários utilizando técnicas como as propostas por Kurtz e Snowden (2003), a utilização de práticas de gestão de projetos combinadas e o *tailoring* potencializam os resultados (Goodison, 2019; PMI, 2021a) e a eficácia dos times multidisciplinares de projetos para sincronizar suas entregas em prol de um objetivo comum, como teorizado por Li *et al.* (2023).

## 5.1 MODELO REFINADO E CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

Neste tópico os refinamentos e resultados coletados na pesquisa empírica foram aplicados ao modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde. Estes ajustes tornam o modelo mais completo e aderente à realidade atual das instituições de saúde no Brasil, permitindo sua aplicação prática tanto em hospitais privados quanto públicos. As adequações propostas também contribuem para propor o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente, atendendo ao objetivo geral e aos específicos, inicialmente estabelecidos para esta pesquisa.

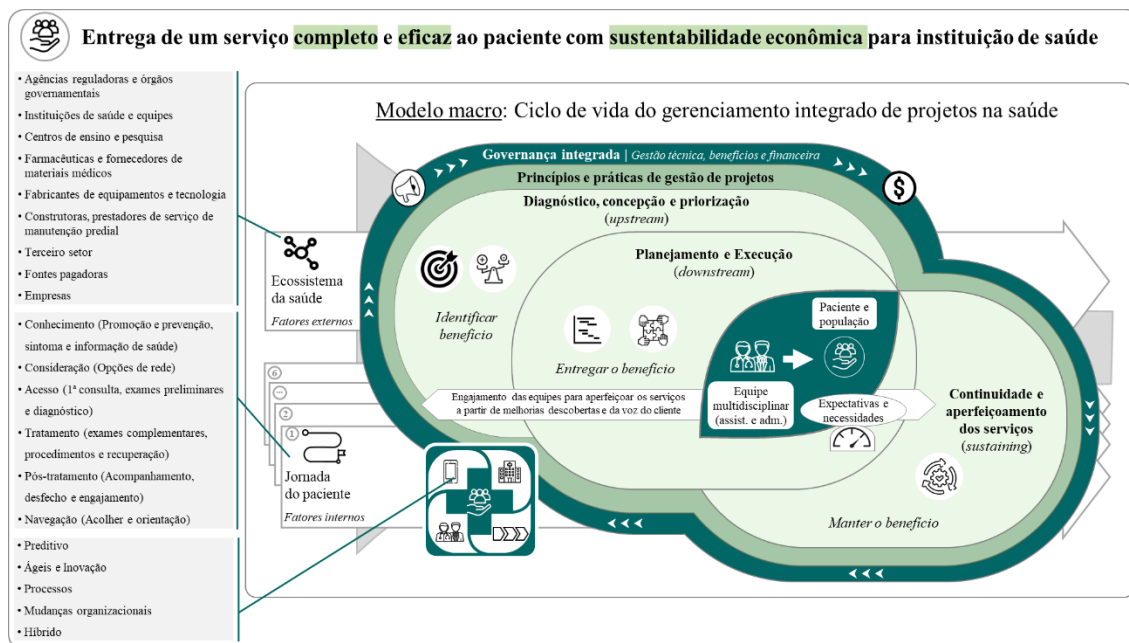


Figura 19: Modelo macro refinado - Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa empírica (2024).

A Figura 19 representa o modelo macro refinado do ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde. A intenção deste formato é facilitar o primeiro contato dos pesquisadores e/ou profissionais da saúde com os principais domínios e terminologias agregados neste estudo. O conceito geral propõe que este modelo foque na entrega de um serviço completo e eficaz ao paciente, com sustentabilidade econômica para a instituição de saúde. Esta primeira representação gráfica é importante para sintetizar o que se propõe com o modelo de entrega de resultados tangíveis para o ecossistema da saúde, sendo que os demais elementos e práticas de gestão de projetos são os meios para atingir este objetivo.

O ciclo de vida parte do princípio de que projetos que compõem os serviços passarão por um processo de análise representado pelo funil de seleção, onde “Equipes multidisciplinares assistenciais e administrativas” estarão engajadas para aperfeiçoar os serviços assistenciais a partir de melhorias descobertas ao longo de todo ciclo de vida, agregando a voz do cliente como elemento importante para direcionar suas análises de possíveis projetos. Estas mesmas equipes devem identificar quais os recursos necessários para prestar os serviços assistenciais completos e eficazes ao “Paciente e a população”, buscando atender suas “Expectativas e necessidades” conforme diretrizes internacionais de saúde, legislação vigente, bases científicas fundamentadas, práticas de conduta clínica e protocolos das instituições de saúde. Os serviços terão indicadores tangíveis para avaliar a disponibilidade dos elementos que compõem cada serviço e devem prever indicadores de performance de eficácia do cuidado ao paciente.

O “Ecossistema da saúde” influencia diretamente os serviços assistenciais prestados pelas instituições de saúde, sendo que as relações entre estes agentes correspondem aos fatores externos representados pelas nove categorias apresentadas no modelo. A “Jornada do paciente” representa o percurso que o paciente percorre ao longo da utilização dos serviços de saúde e cada uma de suas seis etapas é composta por profissionais assistenciais e administrativos, processos, tecnologias, equipamentos e espaços físicos específicos para atender ao propósito da etapa, representando assim, os fatores internos que influenciam os serviços da instituição. Desta forma, a eficácia dos serviços e sua completa disponibilidade aos “Pacientes e população” dependem da capacidade da instituição de saúde em orquestrar barreiras e facilitadores dos fatores internos, representados pela Jornada do paciente, e fatores externos, representados pelas relações entre os agentes do Ecossistema da saúde.

Os “Princípios e práticas de gestão de projetos” possibilitam organizar o fluxo de relações e interdependências entre as equipes multidisciplinares da instituição, agentes do ecossistema da saúde (fatores externos) e identificação de aperfeiçoamento dos serviços da jornada do paciente (fatores internos), sendo que para tanto estão relacionadas cinco categorias de princípios e práticas de gestão de projetos específicas para cada tipo de componente ou “subprojeto” que compõe um determinado serviço da jornada do paciente.

De forma complementar, a “Governança integrada” compreende a organização centralizada dos processos, rituais, comunicação e gestão do portfólio de projetos e serviços, realizando a coordenação integrada da gestão técnica, gestão de benefícios e gestão financeira. A governança integrada também tem papel importante em manter o fluxo de comunicação, para promover a cadência necessária para que todos os envolvidos estejam atualizados quanto às mudanças dos fatores externos e internos, novas melhorias descobertas, gestão de performance dos projetos e de eficácia dos serviços, realimentando os objetivos táticos e estratégicos para gerar um ciclo virtuoso de recursividade constante, que facilite a adaptação da estratégia da instituição de saúde frente ao novo contexto.

Outras três etapas complementam o modelo macro, sendo a primeira de “Diagnóstico, concepção e priorização”, na qual os profissionais da instituição de saúde partem da estratégia institucional para compreender quais os recursos necessários e identificar os novos benefícios de cada aperfeiçoamento proposto, para então, a partir desta análise, priorizar os projetos que têm maior potencial de gerar resultados. De forma complementar, a etapa “Planejamento e execução”, envolve as equipes multidisciplinares que fazem parte dos serviços e contribuem para o diagnóstico e a concepção de novos aperfeiçoamentos e têm maior propriedade para planejar como os projetos podem ser executados para entregar os novos benefícios pretendidos

e, ao mesmo tempo, garantir continuidade dos serviços existentes na etapa de “Continuidade e aperfeiçoamento dos serviços”, mantendo assim os benefícios atuais.

Esta sincronia entre os elementos pretende estabelecer um fluxo contínuo de prestação de serviços assistenciais com maior eficácia ao paciente, orquestrado por uma governança integrada recursiva de realimentação de informações que subsidie a tomada de decisão em todos os níveis de forma harmônica e permanente, sendo essa a representação macro do gerenciamento integrado de projetos na saúde. A Figura 20 representa o modelo detalhado refinado do ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde, no qual é possível aprofundar o conhecimento sobre os elementos que compõem cada etapa.



Figura 20: Modelo detalhado refinado - Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa empírica (2024).

Partindo dos mesmos conceitos já apresentados no modelo macro, é possível focar nos elementos da etapa de “Diagnóstico, concepção e priorização”, sendo o primeiro deles os “Objetivos estratégicos e orçamento” da instituição de saúde, etapa por meio da qual “Novas demandas” decorrentes de problemas identificados na Jornada do paciente (também descritos como “dores”), riscos institucionais, novas melhorias e inovações podem ser avaliadas em fórum de governança destinado ao “Alinhamento estratégico”, sendo este o primeiro dos cinco marcos de tomada de decisão (*stage-gates*) propostos no modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde.

Com base na “Nova demanda”, considerada como aderente à estratégia, é possível investir esforços e tempo das equipes para realizar o diagnóstico mais profundo desta demanda, para gerar um estudo de viabilidade técnico-financeiro integrado, avaliar adequações para a etapa da jornada do paciente, estudar dados históricos e preditivos sobre os serviços e analisar o cenário geral de complexidade do que envolve este aperfeiçoamento, além de avaliar formas de execução por meio de desenvolvimento interno ou busca de fornecedores/parceiros que complementem a solução proposta. Esta análise é conduzida pelas equipes multidisciplinares responsáveis pelo serviço, levando em consideração diretrizes estratégicas da instituição sobre ESG e ODS, além da verificação de contingente de profissionais aptos para condução dos projetos. O resultado desta análise ampla é uma proposta de solução para aperfeiçoamento do serviço por meio de um projeto multidisciplinar com escopo, orçamento e benefícios identificados, sendo esta proposta submetida ao processo de seleção e priorização, bem como ao fórum de governança, com seu segundo marco de tomada de decisão de “Ponto de comprometimento” no qual é deliberado sobre a decisão de investimento no projeto e sua incorporação ao “Portfólio de serviços e projetos”.

A partir da decisão da aprovação do projeto, é estruturado o planejamento e execução do “Projeto integrado”, sendo este composto pelo plano integrado, seu MVP<sup>31</sup> - uma versão simples e funcional do serviço focada em testar a solução proposta e colher refinamentos, e a entrega dos subprojetos do serviço integrado de acordo com o contexto da instituição de saúde. Ao detalhar o projeto integrado, são identificados subprojetos com práticas específicas, como “Subprojetos ágeis e/ou inovação”, “Subprojetos preditivos”, “Subprojetos de mudanças organizacionais” e “Subprojetos de melhorias de processos”, que são combinadas e/ou aplicadas de forma híbrida para entregar um serviço completo. Para que este serviço seja ativado são necessários testes, que serão apresentados ao fórum de governança chegando ao seu terceiro marco de tomada de decisão, que considera o “Serviço completo e ativo”, possibilitando que as equipes multidisciplinares iniciem a assistência ao paciente.

Com o serviço ativo e em condições de estabilização de seus elementos, será possível acompanhar a evolução de performance dos serviços até que se atinjam os parâmetros de funcionamento, sendo possível que surjam ajustes ou melhorias ao longo do período, que demandem por ações de correção ou incrementos para que o serviço atinja o desempenho pretendido. O conhecimento acumulado pelas equipes multidisciplinares ao longo do processo de diagnóstico-concepção da solução, sua implementação e experiência na prestação de

---

<sup>31</sup> MVP - “*Minimum Viable Product*” - consiste em uma versão inicial de um produto com as funcionalidades essenciais para ser lançado ao mercado

serviços equivalentes é de suma importância para promover os ajustes necessários. Este fluxo contínuo permite entregar com maior consistência e propriedade os benefícios pretendidos e fazer a apresentação dos resultados ao fórum de governança com seu quarto marco de tomada de decisão considerando o “Serviço completo e eficaz”.

Assim como o “Projeto integrado”, o novo serviço e/ou seus aperfeiçoamentos precisam manter-se íntegros na etapa de “Continuidade e aperfeiçoamento dos serviços” para garantir a performance da jornada do paciente. Da mesma forma, dentro das práticas de gestão de projetos existem práticas de continuidade e operação específicas para cada elemento como a “Continuidade de tecnologia e plataformas digitais” e “Continuidade de infraestrutura física e engenharia clínica”. As práticas de continuidade, suporte e manutenção de tecnologias e infraestrutura surgiram de forma pontual nas pesquisas deste estudo, sendo recomendado aprofundar estas práticas em pesquisa complementares em estudos futuros.

De forma complementar, também é necessário manter a recorrência dos “Programas de cultura e gestão de conhecimento e competências” e as rotinas de “Operação dos processos de serviço de saúde e melhoria contínua”. Com a estabilização do serviço aperfeiçoado é possível focar na continuidade com uma visão voltada para busca de eficiências operacionais e “Novas melhorias descobertas”, que possam trazer benefícios completos para serem submetidos ao fórum de governança com seu quinto marco de tomada de decisão, para incorporação uma “Nova melhoria descoberta” como uma “Nova demanda”. Os indicadores cumprem função importante na identificação do desempenho dos serviços e projetos, capacidade e disponibilidade das equipes, e irão realimentar os indicadores operacionais, táticos e estratégicos.

Resgatando o conceito geral apresentado no modelo macro, os elementos apresentados e seu encadeamento pretendem estabelecer um fluxo contínuo de prestação de serviços assistenciais, com maior eficácia ao paciente, orquestrado por uma governança integrada recursiva de realimentação de informações que subsidie a tomada de decisão em todos os níveis, de forma harmônica e permanente, sendo essa a representação macro do gerenciamento integrado de projetos na saúde.

Como contribuições teóricas, cabe reforçar que o modelo apresentado foi inicialmente concebido com base no conhecimento consolidado obtido a partir da RSL, fase na qual foram selecionados 249 artigos que tratam de forma ampla de projetos na saúde. Com este arcabouço teórico foi possível identificar quatro principais dimensões, sendo elas o “Ecossistema da saúde”, a “Jornada do paciente”, os “Princípios e práticas de gestão de projetos” e o “Gerenciamento integrado de projetos na saúde”. Baseado nestas dimensões e o encadeamento

de proposições teóricas foi possível propor um modelo que sintetiza e correlaciona o referencial teórico deste estudo.

O modelo foi refinado durante a pesquisa empírica com representantes das principais instituições de saúde, visando compreender a realidade de executivos e gestores de projetos na saúde. Ao final da pesquisa empírica e análise do *corpus* de pesquisa, uma nova versão do modelo foi gerada, agregando os refinamentos recomendados que tornaram o modelo mais alinhado à prática e consolidaram o conhecimento desta pesquisa. Esta versão aprimorada facilita a compreensão do fenômeno de projetos na saúde e de como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes.

## 6. CONTRIBUIÇÃO PARA PRÁTICA

Nesta seção estão descritas quais são as contribuições práticas para o gerenciamento integrado de projetos na saúde. Ao resgatar a problematização motivadora deste estudo, evidencia-se que o ecossistema da saúde é complexo e volátil por natureza, devido às relações entre seus agentes, bem como à forma fragmentada com que atuam e aos objetivos organizacionais não necessariamente convergentes. Este contexto causa impactos negativos aos serviços prestados, com degradação de qualidade, desempenho ineficaz e perda de engajamento das equipes. Apesar deste cenário e do consenso sobre o desequilíbrio econômico entre os agentes do ecossistema, as instituições de saúde (hospitais, clínicas e laboratórios compreendidos como polos de prestação de serviços assistenciais finalísticos ao paciente), conseguem orquestrar os fatores externos e internos para manter a prestação de serviços com qualidade compatível com as legislações e recomendações internacionais.

O aperfeiçoamento dos serviços é realizado utilizando técnicas de administração dentre as quais está a gestão de projetos, que contribui com o planejamento e entrega de benefícios por meio de projetos e produtos. A literatura deste estudo nos ensina que o ecossistema da saúde utiliza de diversas práticas de gestão de projetos para tratamento de problemas ou aperfeiçoamentos pontuais, porém carece de uma coordenação integrada das diversas partes de um serviço para que possa ser considerado completo e tenha potencial para gerar benefícios de forma eficaz. Os depoimentos de profissionais das instituições de saúde na pesquisa empírica produzida por este estudo, confirmam a compreensão sobre a teoria e reforçam a importância do engajamento e comunicação em todos os níveis para realizar o propósito das instituições de saúde.

A oportunidade que surgiu desta problemática foi de produzir um modelo de gerenciamento integrado de projetos que suporte o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes. Este modelo pretende orquestrar um fluxo contínuo de prestação de serviços de saúde que é realimentado por fatores externos, advindos dos agentes do ecossistema da saúde, além de fatores internos originados na jornada do paciente. A governança integrada deste fluxo contínuo de serviços prevê um ciclo de vida com etapas sinérgicas que possibilitam gerir a execução da estratégia e garantir a melhoria contínua baseada em desempenho dos serviços prestados.

Este modelo é destinado aos gestores da saúde e gestores de projetos que precisam decidir como investir seus recursos escassos em projetos com potencial para gerar benefícios para suas instituições de saúde. A motivação para o desenvolvimento deste modelo se dá porque

cada vez mais as práticas de gestão de projetos se tornam competências requeridas dos profissionais de saúde, assim como a aptidão de gestão de pessoas, a navegação na complexidade e o domínio dos processos de negócio dos ecossistemas da saúde. A expectativa dos executivos entrevistados neste estudo é que os gestores sejam protagonistas do processo de transformação constante das instituições de saúde. Sendo assim, este modelo também tem o objetivo de contribuir para o letramento dos gestores e equipes multidisciplinares para que tenham melhor compreensão do contexto da saúde e de como suas atitudes e atividades influenciam a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

A concepção deste modelo tem como origem uma pesquisa teórica ampla sobre gerenciamento de projetos na saúde, que gerou uma base inicial de 2.575 artigos dos quais 249 foram selecionados para estabelecer o referencial teórico e a identificação das principais dimensões de pesquisa. O conhecimento adquirido com esta literatura foi complementado por publicações de mercado sobre tendências e inovações do setor, experiência prática do autor em instituições de saúde e guias de mercado sobre práticas de gestão de projetos, possibilitando concatenar e sintetizar o arcabouço em um modelo teórico. Este modelo teórico serviu de alicerce para a pesquisa empírica que foi dividida em duas etapas, sendo a primeira destinada a entrevistas com executivos de instituições de saúde e a segunda destinada aos grupos focais com gestores de saúde e gestores de projetos. Ao final, uma nova versão do modelo emergiu a partir da compreensão aprofundada da realidade dos praticantes como forma de suprir parte dos desafios de gestão dos projetos na saúde.

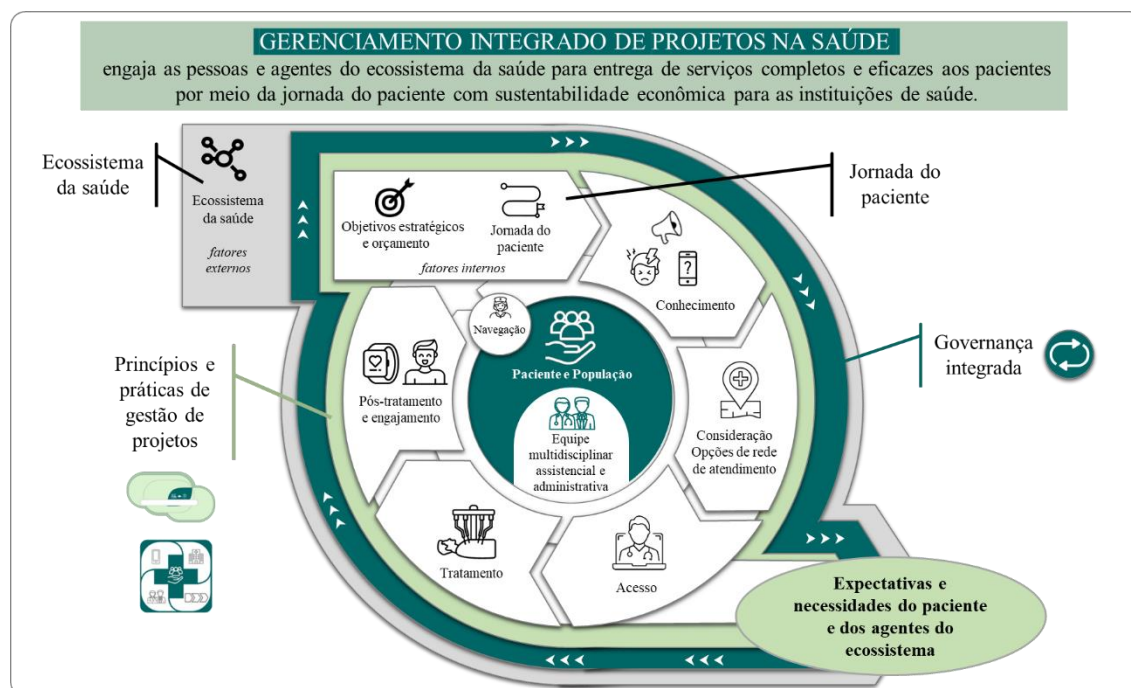


Figura 21: Gerenciamento integrado de projetos na saúde

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa empírica (2024).

A Figura 21 ilustra os conceitos gerais do gerenciamento integrado de projetos na saúde e pretende facilitar o aprofundamento neste estudo, principalmente nos tópicos “2 – Referencial teórico” e “4 – Apresentação de resultados empíricos”. No centro da figura está em destaque o paciente, que acessa uma instituição de saúde para atender suas expectativas e necessidades de cuidado de saúde, sendo o propósito prover serviços completos e eficazes, com equidade de acesso para população em geral e sustentabilidade econômica para o ecossistema da saúde. Estes serviços são prestados por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais assistenciais e administrativos, que está comprometida com os objetivos estratégicos, o orçamento e a jornada do paciente. Equipe que ajuda a formular diretrizes para a instituição de saúde e estabelece recursos necessários para aperfeiçoamento dos serviços.

Cada uma das etapas da jornada do paciente tem objetivos, serviços e indicadores de desempenho específicos, sendo requerido o uso de elementos igualmente específicos, como espaços físicos, tecnologias, processos e equipes. O aperfeiçoamento de cada um destes elementos que compõem o serviço requer conhecimentos, habilidades profissionais e práticas de gestão de projetos também específicas para que possam produzir os benefícios necessários. Tendo em vista a interdependência entre estes elementos e os impactos das mudanças técnicas e organizacionais necessárias, a combinação de práticas de gestão de projetos e o gerenciamento integrado de projetos na saúde potencializa a entrega de serviços completos e eficazes.

A governança integrada estabelece um processo cíclico e recursivo, de forma a engajar as equipes multidisciplinares e os executivos da instituição de saúde com a execução da estratégia e continuidade dos serviços, levando em consideração os fatores internos como o desempenho dos serviços ativos, qualidade de entrega dos projetos e engajamento das equipes. A governança integrada também incorpora às suas análises os fatores externos à instituição de saúde oriundos do ecossistema da saúde, sendo este composto por diversos agentes como órgãos governamentais, fornecedores e fontes pagadoras. Os fatores externos e internos são monitorados de forma permanente, realimentando os profissionais da instituição de saúde para que possam se adaptar de forma proativa à complexidade e volatilidade inerentes ao setor da saúde, capturando benefícios de oportunidades como as novas tendências tecnológicas e parcerias estratégicas para se precaver de riscos como questões jurídicas, mudanças de regulamentações técnicas e problemas institucionais.

O uso ou adoção deste modelo precisa ser adaptado ao contexto de cada instituição de saúde, e este estudo também contribui para prática ao identificar as principais barreiras e facilitadores, descritos na Tabela 9, que precisam ser analisados em cada situação.

Tabela 9 - Principais barreiras e facilitadores para adoção e uso do gerenciamento integrado de projetos na saúde

<b>Barreiras</b>	<b>Ação mitigadora</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Ação potencializadora</b>
Falta de sinergia e equilíbrio econômico entre agentes do ecossistema da saúde.	Definir objetivos estratégicos sinérgicos entre os agentes que possam ser executados e geridos como um empreendimento único, ou seja, um projeto integrado.	Reconhecimento da alta gestão sobre a importância do gerenciamento integrado de projetos na saúde.	Compreender os fatores e expectativas dos executivos e gestores sobre a gestão integrada de projetos e manter permanente aperfeiçoamento e adaptação da atuação.
Baixo nível de maturidade da governança institucional e/ou governança de projetos.	Investir na estruturação de uma governança integrada das visões corporativa, projetos e serviços com objetivo de maximizar recursos e benefícios.	Governança estabelecida e estratégia disseminada.	Ampliar a integração entre a governança de projetos e institucional
Falta de comunicação e sinergia entre as áreas internas da instituição de saúde para empreender projetos na saúde.	Engajar as equipes em todo o ciclo de vida do projeto para se apropriarem do problema, das mudanças e gerar soluções colaborativas para promoção de benefícios.	Relações internas baseadas em um fluxo contínuo de benefícios e no trabalho colaborativo.	Reforçar a visão de entrega de serviço completo e eficaz por meio do engajamento de todas as pessoas e áreas nos projetos.

Baixa adesão à cultura institucional de integração e falta de programas de formação técnica e comportamental.	Promover programas de fortalecimento da cultura e formação em práticas de gestão colaborativa.	Ambiente propício à evolução profissional e valores pessoais	Apoiar que profissionais sejam mais capazes para vivenciar sua contribuição pessoal.
Baixo nível de maturidade no uso de práticas de gestão de projetos de forma combinada para gerar benefícios pretendidos.	Planejar e introduzir atividades de melhoria da maturidade de gestão de projetos. Adotar métricas de maturidade para acompanhar a evolução das ações corretivas.	Propósito real de dedicação ao serviço de excelência orientado ao paciente	Engajar as pessoas por meio do senso de propósito e empatia, inerentes aos profissionais do setor da saúde.

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

Complementando estas informações, existem diversas outras barreiras e facilitadores específicos à cada instituição de saúde. Vale destacar que o modelo não deve ser pensado de forma engessada, mas como um orientador para compreensão de todo contexto e seus elementos constituintes a partir de uma visão integrativa. Assim, a partir da identificação da compreensão dos fatores internos e externos, é possível recomendar ações para mitigar os impactos das barreiras e ações para potencializar os facilitadores e, conseqüentemente, aplicar ações para corrigir desvios que comprometam a prestação de serviços de saúde.

Ao adotar o modelo, gestores e equipes multidisciplinares, podem compreender melhor a sua adequação à realidade da instituição de saúde. Estas análises são respaldadas por pesquisa teórica e pesquisa empírica realizadas neste estudo, o que contempla não somente estudos acadêmicos, mas também processo de pesquisa para se aproximar da realidade dos praticantes. A seguir são apresentados os principais ganhos advindos da adoção do modelo que foram obtidos pelo processo de pesquisa em conjunto com os praticantes:

- Entrega da missão social das instituições de saúde centrado nas expectativas e necessidades do paciente;
- Modelo adaptado ao contexto de complexidade e volatilidade inerente ao ecossistema da saúde;
- Dinâmica de engajamento das equipes em todo ciclo de vida do projeto e aperfeiçoamento dos serviços;
- Foco na entrega de serviços completos e eficazes, orientados à jornada do paciente, com resultados para os agentes do ecossistema da saúde;
- Gestão integrativa da estratégia com base no aperfeiçoamento e desempenho de serviços;

- Processo de governança cíclica que melhora a comunicação, correções de rota e adaptação às mudanças;
- Combinação de técnicas de gestão de portfólio, gestão de benefícios e práticas de gestão de projetos para um modelo orientado a objetivos comuns;
- Unificação de teorias para letramento dos profissionais em gestão de projetos na saúde.

O modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde foi reconhecido pelos executivos, gestores de saúde e gestores de projeto como uma ferramenta relevante para suportar o ecossistema de saúde para a entrega de serviços aos pacientes. Estes ganhos relacionados acima enfatizam o olhar amplo alcançado com o modelo, abordando temas como missão institucional, estratégia da instituição de saúde, orquestração das mudanças em um ambiente complexo e volátil e engajamento de pessoas para gestão dos projetos que irão gerar benefícios para a instituição de saúde, os pacientes e os agentes do ecossistema de saúde. Estes ganhos são suportados pelas pesquisas teórica e empírica realizadas neste estudo.

A replicação do modelo para outras instituições de saúde é um dos resultados gerados por este estudo, sendo que ao longo da pesquisa empírica emerge a necessidade que o modelo seja acessível para todas as instituições de saúde, independentemente de nível de maturidade organizacional ou letramento de seus gestores e equipes. Os principais temas que foram apresentados no modelo podem fomentar os debates dentro das instituições de saúde e ajudar a estabelecer um plano de evolução da maturidade organizacional. Em paralelo, o modelo ajuda na compreensão das principais teorias e práticas associadas ao gerenciamento de projetos na saúde e letramento dos profissionais das instituições de saúde.

O modelo ajuda a nossa atuação como profissionais de gerenciamento de projetos na saúde, a fim de compreender o contexto do setor e a estratégia das instituições em que atuamos, para ter maior domínio dos fatores que influenciam nossos projetos, os processos de negócio e os benefícios a perseguir. Vale destacar que o profissional de gerenciamento de projetos na saúde depara-se com um nível de complexidade distinto de outros setores, pois a influência dos aspectos técnicos e sociais é potencializada no setor da saúde. Resgatando a fala de um dos presidentes de instituição de saúde entrevistado para este estudo, “*gestão de projeto não é ciência exata, é ciência humana.*”

Desta forma, a contribuição para a prática, desenvolvida por este estudo, é que o gerenciamento integrado de projetos na saúde engaja as pessoas e agentes do ecossistema da saúde para entrega de serviços completos e eficazes aos pacientes, por meio da jornada do

paciente, com sustentabilidade econômica para as instituições de saúde. Uma premissa inicial adotada para este estudo e que foi confirmada durante a pesquisa empírica foi que o modelo pudesse ser replicado para as instituições de saúde independente de seu nível de maturidade, buscando um modelo que pudesse ser aplicado com flexibilidade e adaptação, sem restrições, seja como modelo de gestão, ou como ferramenta de letramento de suas equipes.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi propor um modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos para suportar o ecossistema de saúde para prestação de serviços orientado à jornada do paciente, o que, baseado nos resultados apresentados, é possível compreender que este objetivo foi alcançado. Um destes resultados é o modelo de gerenciamento integrado de projetos, elaborado a partir de uma RSL ampla sobre projetos na saúde com 249 artigos selecionados e, posteriormente, refinado em uma pesquisa empírica composta por 12 entrevistas com executivos e três grupos focais, representando as principais instituições de saúde do Brasil. Outros resultados são a identificação de cinco principais barreiras e cinco principais facilitadores para implementação do gerenciamento integrado de projetos na saúde. Além disso, também foi apresentado como resultado uma relação de oito ganhos do modelo declarados pelos profissionais durante a pesquisa empírica e recomendações para replicação do modelo para instituições de saúde com diferentes níveis de maturidade.

Para gerar estes resultados, o método de pesquisa qualitativo exploratório e descritivo aplicado neste estudo foi o diferencial para possibilitar compreender em profundidade o fenômeno de projetos na saúde e a realidade dos profissionais que atuam no ecossistema da saúde. O referencial teórico foi estruturado a partir de RSL baseado nas diretrizes de Pollock e Berge (2018) tendo como questão “Como a gestão de projetos é tratada nos artigos que estudam o setor da saúde?” e sendo necessário realizar uma pesquisa ampla em três bases de conhecimento para responder a esta questão (WoS, Scopus e PubMed). Partindo de uma base consolidada com filtros aplicados resultou em 2.575 artigos que foram separados para seleção de revisão por pares (autor e orientador) com utilização do software Rayyan, e, posteriormente, após mais alguns afunilamentos, foram analisados 416 artigos de forma profunda, que resultaram em 249 artigos selecionados para este estudo.

A análise com uso do software VoSViewer possibilitou compreender as principais correlações entre as categorias de palavras-chave e coautores, confirmando a coerência dos artigos com a temática da pesquisa. Dando prosseguimento, a compreensão dos resultados obtidos foi facilitada com o uso do software com análise temática do *corpus* de análise, demonstrando aumento em publicações sobre projetos na saúde e apresentando as principais dimensões da pesquisa e suas subcategorias para gerar um encadeamento do conhecimento obtido. Com este arcabouço teórico foi possível identificar as principais dimensões, sendo elas o “Ecossistema da saúde”, a “Jornada do paciente”, os “Princípios e práticas de gestão de projetos” e o “Gerenciamento integrado de projetos na saúde”, resultando na base teórica e a

apresentação de proposições teóricas que possibilitou propor um modelo que sintetiza o referencial teórico deste estudo.

Em uma etapa complementar, o modelo foi refinado a partir da realidade de executivos e gestores de projetos na saúde de instituições de saúde reconhecidas como de excelência no Brasil. A partir dos refinamentos recomendados foi possível estabelecer um novo patamar que torna o modelo aderente à prática e que sintetiza o conhecimento teórico-empírico gerado neste estudo. Esta versão aprimorada relaciona as diversas teorias e práticas de gestão portfólios, projetos, serviços e benefícios, facilitando a compreensão de profissionais e pesquisadores sobre o fenômeno de projetos na saúde e de como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes.

O modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde apresenta contribuições teóricas não só para o entendimento das teorias e práticas que podem ser combinadas para entrega de serviços de saúde completos e eficazes, mas também servem como ferramenta da gestão de conhecimento e competências das instituições de saúde para letramento de seus profissionais de forma a prepará-los para assumir, com maior maturidade, o protagonismo de seus projetos. Este modelo apresenta contribuições práticas ao ser adaptado à realidade da instituição de saúde, possibilitando o alinhamento do planejamento estratégico com diagnóstico, implementação e prestação de serviços assistenciais, guiado por uma governança cíclica e multidisciplinar, com foco em entregar serviços de saúde eficazes ao paciente e garantir sustentabilidade econômica das instituições. O modelo visa ajudar gestores de saúde a priorizar projetos com maior potencial de benefício, equilibrando aspectos técnicos e sociais, como empatia e propósito, e pode ser aplicado a instituições de saúde de diferentes níveis de maturidade.

Outra contribuição relevante é evidenciada no impacto social desta pesquisa, o que é obtido ao buscar aplicar as técnicas de gerenciamento de projetos para promover a entrega de serviços assistenciais de saúde completos, eficazes e com equidade de acesso aos pacientes. Este estudo também busca propiciar um ambiente de trabalho propício ao desenvolvimento das equipes multidisciplinares e melhor gestão da saúde populacional, completando assim as diretrizes do *Quadruple AIM* estabelecidos pelo IHI – *Institute for Healthcare Improvement*. Estas contribuições teóricas, práticas e sociais estão alinhadas com diretrizes internacionais de ESG, aos ODS estabelecidos pelas Nações Unidas e aos Programas de Impacto Social promovidos pelo PMI – *Project Management Institute*.

Esta pesquisa também apresenta limitações por se tratar de um estudo abrangente focado na visão estratégica e holística do gerenciamento de projetos aplicado ao ecossistema da saúde.

Alguns fatores externos como modelos de remuneração ou políticas públicas regionais, que influenciam diretamente o portfólio de projetos que irão produzir resultados pretendidos pela estratégia das instituições, são tratados neste estudo como direcionadores, porém, sem a pretensão de propor seus aperfeiçoamentos nesta pesquisa. Devido ao enfoque estratégico, o detalhamento operacional dos processos ou a análise de possíveis ferramentas que melhor se aplicam no contexto da saúde, não foram explorados, assim como o aprofundamento dos detalhes de cada etapa da jornada do paciente, ou mesmo das práticas de operação dos serviços de tecnologia e infraestrutura.

Outras limitações estão relacionadas ao fato de a pesquisa teórica ser baseada em artigos e casos práticos de diversos países e a pesquisa empírica ser centrada em instituições de saúde e a realidade do Brasil, mas os resultados práticos demonstram sua relevância tanto para pesquisa acadêmica quanto para o uso prático. Os praticantes que contribuíram com a pesquisa empírica representam um grupo seletivo de gestores protagonistas no ecossistema de saúde brasileiro, e sua experiência e visão sobre a realidade expõe com propriedade o contexto da complexidade de desafios e oportunidades aos quais os gestores de saúde e gestores de projeto estão inseridos. Desta forma, esta pesquisa possibilita a generalização analítica e aplicação dos resultados no Brasil, bem como sua utilização em países com contexto equivalente, sendo necessário complementar a análise com adaptações a realidade local de cada país, podendo inspirar pesquisas futuras em países com contexto específicos.

O modelo de gerenciamento integrado de projetos na saúde discutido com os profissionais durante a pesquisa empírica gerou, além dos refinamentos do modelo, incentivos e ideias para explorar novos temas de pesquisas futuras, como o aprofundamento em etapas específicas do ciclo de vida a fim de detalhar processos, ferramentas, competências e indicadores para aquela etapa. Outra linha de estudo que emergiu foi de avançar no modelo para um método de formação de profissionais para o ecossistema da saúde, agregando as técnicas de gerenciamento integrado de projetos em suas competências profissionais. Por fim, surge a ideia de gerar um roteiro de implementação do modelo adaptado a diferentes níveis de maturidade da instituição de saúde, gerando resultados de casos práticos de aplicação do modelo, bem como a avaliação do modelo para buscar novos refinamentos e escalar o modelo.

## REFERÊNCIAS

- ACC (2023). Relato Anual Integrado, A.C.Camargo Cancer Center. [https://accamargo.org.br/sites/default/files/2024/06/rai23\\_accamargo\\_pt.pdf](https://accamargo.org.br/sites/default/files/2024/06/rai23_accamargo_pt.pdf)
- Adamou, M., Kyriakidou, N., e Connolly, J. (2021). Evolution of public-private partnership: the UK perspective through a case study approach. *International Journal of Organizational Analysis*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijoa-08-2020-2397>
- Aguilar, F. J. (1967). *Scanning the business environment*. Macmillan.
- AIR. (2024). The MSKTC Guide to Journey Mapping. Retrieved March 23, 2024, from AIR website: <https://msktc.org/knowledge-translation/develop-and-test-products/guide-journey-mapping>
- Algunmeeyn, A., ALrawashdeh, M., e Alhabashneh, H. (2020). Benefits of Applying Hospital Accreditation: The Perspective of Staff. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13066>
- Ali, F., e Haapasalo, H. (2023). Development levels of stakeholder relationships in collaborative projects: challenges and preconditions. *International Journal of Managing Projects in Business*, 16(8), 58–76. <https://doi.org/10.1108/ijmpb-03-2022-0066>
- Alotaibi, Y., e Subahi, A. F. (2022). New goal-oriented requirements extraction framework for e-health services: a case study of diagnostic testing during the COVID-19 outbreak. *Business Process Management Journal*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/bpmj-09-2020-0414>
- Alzahrani, S., Daim, T., e Choo, K.-K. R. (2023). Assessment of the Blockchain Technology Adoption for the Management of the Electronic Health Record Systems. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 1–18. <https://doi.org/10.1109/tem.2022.3158185>
- Al-Zain, Y., Al-Fandi, L., Arafah, M., Salim, S., Al-Quraini, S., Al-Yaseen, A., e Abu Taleb, D. (2019). Implementing Lean Six Sigma in a Kuwaiti private hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 431–446. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-04-2018-0099>
- Amankwah, O., Choong, W.-W., e Boakye-Agyeman, N. A. (2022). Patients satisfaction of core health-care business: the mediating effect of the quality of health-care infrastructure and equipment. *Journal of Facilities Management*. <https://doi.org/10.1108/jfm-12-2021-0154>

- Amorim-Lopes, M., Oliveira, M., Raposo, M., Cardoso-Grilo, T., Alvarenga, A., Barbas, M., ... Barbosa-Póvoa, A. (2021). Enhancing optimization planning models for health human resources management with foreign. *Omega*, 103, 102384. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2020.102384>
- Anderson, D. J. (2010). Kanban: successful evolutionary change for your technology business. Sequim (Washington): *Blue Hole Press*.
- Annosi, M. C., Marchegiani, L., & Vicentini, F. (2020). Knowledge translation in project portfolio decision-making: the role of organizational alignment and information support system in selecting innovative ideas. *Management Decision*, 58(9), 1929–1951. <https://doi.org/10.1108/md-11-2019-1532>
- Antonsen, Y., e Bye, G. (2020). Line managers and employees use of lean task boards in Norwegian municipal healthcare sector: a tool for action learning? *Leadership in Health Services*, 33(4), 445–460. <https://doi.org/10.1108/lhs-04-2020-0020>
- Arias, M., Rojas, E., Aguirre, S., Cornejo, F., Munoz-Gama, J., Sepúlveda, M., e Capurro, D. (2020). Mapping the Patient's Journey in Healthcare through Process Mining. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6586. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186586>
- Aroba, Oluwasegun Julius, Adefemi Oluwaniyi, Owoputi, e Temitayo, M. F. (2023). An SAP enterprise resource planning implementation using a case study of hospital management system for inclusion of digital transformation. *Dut.ac.za*. <https://doi.org/2150-7988>
- Asaria, M., McGuire, A., e Street, A. (2022). The impact of management on hospital performance. *Fiscal Studies*, 43(1). <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12293>
- Aubry, M., Boulay-Bolduc, M., Richer, M.-C., e Lavoie-Tremblay, M. (2018a). Dealing with Uncertainty and Ambiguity in a Complex Project: The Case of Intravenous (IV) Pumps in a Healthcare Center. *Project Management Journal*, 49(1), 110–121. <https://doi.org/10.1177/875697281804900108>
- Aubry, M., e Lavoie-Tremblay, M. (2018b). Rethinking organizational design for managing multiple projects. *International Journal of Project Management*, 36(1), 12–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2017.05.012>
- Aubry, M., Richer, M.-C., Lavoie-Tremblay, M., Fortin, C., e Fortin Verreault, J.-F. (2022). Revisiting Organizational Design in the Light of Isomorphism and Equifinality: Insights from the Study of Three Major Transformation Projects. *Project Management Journal*, 53(2), 161–180. <https://doi.org/10.1177/87569728221075577>
- Azevedo, K. J., Gray, C. P., Gale, R. C., Urech, T. H., Ramirez, J. C., Wong, E. P., ... Vashi,

- A. A. (2021). Facilitators and barriers to the Lean Enterprise Transformation program at the Veterans Health Administration. *Health Care Management Review*, 46(4), 308–318. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000270>
- Bagrationi, K., e Thurner, T. (2023). *Middle Management's Resistance to Digital Change*. 17(2), 49–60. <https://doi.org/10.17323/2500-2597.2023.2.49.60>
- Balali, A., Moehler, R. C., e Valipour, A. (2022). Ranking cost overrun factors in the mega hospital construction projects using Delphi-SWARA method: an Iranian case study. *International Journal of Construction Management*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/15623599.2020.1811465>
- Barros, O. (2020). A process architecture pattern and its application to designing health services: emergency case. *Business Process Management Journal*, 26(2), 513–527. <https://doi.org/10.1108/bpmj-08-2018-0210>
- Barros, O., e Aguilera, I. (2022). Improving the Efficiency of a Public Health Service by Designing Its Innovation Management Structure Based on Data Envelopment Analysis. *International Journal of Service Science, Management, Engineering, and Technology*, 13(1), 1–17. <https://doi.org/10.4018/ijssmet.315583>
- Beaulieu, M., Roy, J., e Landry, S. (2018). L'impartition des activités logistiques dans le secteur de la santé: les leçons d'une expérience canadienne. *Canadian Journal of Administrative Sciences / Revue Canadienne Des Sciences de L'Administration*, 35(4). <https://doi.org/10.1002/cjas.1470>
- Beharrell, W., Richards, L., Driscoll, M., e Gray, J. (2021). What can we learn about systems leadership from the building of a Welsh surge hospital and how might this be applied beyond the current COVID-19 response? *BMJ Leader*, leader-2020-000311. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000311>
- Bender, K., & Halverson, P. K. (2010). Quality improvement and accreditation: what might it look like? *Journal of Public Health Management and Practice*, 16(1), 79–82. <https://doi.org/10.1097/phh.0b013e3181c2c7b8>
- Benevento, E., Stefanini, A., Aloini, D., Dulmin, R., e Mininno, V. (2023). Beyond Digital Technologies: Investigating the Barriers to Supply Chain Integration of Healthcare Organizations. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 1–13. <https://doi.org/10.1109/TEM.2023.3280329>
- Berquedich, M. (2020). Developing a mobile COVID-19 prototype management application integrated with an electronic health record for effective management in hospitals. *IEEE Engineering Management Review*, 1–1. <https://doi.org/10.1109/emr.2020.3032943>

- Bez, S. M., Georgescu, I., e Farazi, M. S. (2023). TripAdvisor of healthcare: Opportunities for value creation through patient feedback platforms. *Technovation*, 102625. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102625>
- Bharatan, T., Devi, R., Huang, P. H., Javed, A., ... e Subramaniam, K. (2021). A methodology for mapping the patient journey for noncommunicable diseases in low-and middle-income countries. *Journal of healthcare leadership*, 35-46. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/JHL.S288966>
- Bhat, S., Antony, J., Gijo, E. V., e Cudney, E. A. (2019). Lean Six Sigma for the healthcare sector: a multiple case study analysis from the Indian context. *International Journal of Quality e Reliability Management*, 37(1), 90–111. <https://doi.org/10.1108/ijqrm-07-2018-0193>
- Bhat, S., Gijo, E. V., Antony, J., e Cross, J. (2023). Strategies for successful deployment and sustainment of Lean Six Sigma in healthcare sector in India: a multi-level perspective. *The TQM Journal*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/tqm-10-2021-0302>
- Biancone, P., Secinaro, S., Marseglia, R., e Calandra, D. (2023). E-health for the future. Managerial perspectives using a multiple case study approach. *Technovation*, 120(102406), 102406. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2021.102406>
- Bongomin, O., Yemane, A., Kembabazi, B., Malanda, C., Chikonkolo Mwape, M., Sheron Mpfu, N., e Tigalana, D. (2020). Industry 4.0 disruption and its neologisms in major industrial sectors: a state of the art. *Journal of Engineering*, 2020, 1-45. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8090521>
- Boon Chong Kwok, Mohsin Zulimran, e Sue, P. (2023). Re-designing performance management for healthcare – the performance empowerment, advancement and career excellence (PEACE) system. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 72(7), 2183–2193. <https://doi.org/10.1108/ijppm-12-2022-0610>
- Boström, J., Hillborg, H., e Lilja, J. (2021). Cultural dynamics and tensions when applying design thinking for improving health-care quality. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 13(1), 16–28. <https://doi.org/10.1108/ijqss-04-2019-0055>
- Boukherroub, T., Ouellet, L., Lemay, G., Bibeau, N., Thiffault, D., e McNeil, N. (2022). Improving access to frontline psychosocial services for youths in difficulty by using LSS: an action research case study. *International Journal of Lean Six Sigma*, 13(4), 937–958. <https://doi.org/10.1108/ijlss-08-2020-0134>
- BP (2023). Relatório de Sustentabilidade 2023. Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

- [https://www.bp.org.br/Content/sustentabilidade/pdfs/bp\\_relatorio\\_de\\_sustentabilidade\\_2023.pdf](https://www.bp.org.br/Content/sustentabilidade/pdfs/bp_relatorio_de_sustentabilidade_2023.pdf)
- Breese, R., Couch, O., e Turner, D. (2020). The project sponsor role and benefits realization: More than “just doing the day job.” *International Journal of Project Management*, 38(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2019.09.009>
- Brunet, M., e Aubry, M. (2018). The governance of major public infrastructure projects: the process of translation. *International Journal of Managing Projects in Business*, 11(1), 80–103. <https://doi.org/10.1108/ijmpb-08-2017-0095>
- Bui, M., Oberschmidt, K., e Grünloh, C. (2023). Patient Journey Value Mapping: Illustrating values and experiences along the patient journey to support eHealth design. *ACM Digital Library*. <https://doi.org/10.1145/3603555.3603558>
- Burmeister, O. K., Ritchie, D., Devitt, A., Chia, E., Dresser, G., e Roberts, R. (2019). The impact of telehealth technology on user perception of wellbeing and social functioning, and the implications for service providers. *Australasian Journal of Information Systems*, 23. <https://doi.org/10.3127/ajis.v23i0.1501>
- Caic, M., Odekerken-Schröder, G., e Mahr, D. (2018). Service robots: value co-creation and co-destruction in elderly care networks. *Journal of Service Management*, 29(2), 178–205. <https://doi.org/10.1108/josm-07-2017-0179>
- Cambra-Fierro, J. J., Fuentes-Blasco, M., Huerta-Álvarez, R., e Olavarría, A. (2021). Customer-based brand equity and customer engagement in experiential services: insights from an emerging economy. *Service Business*, 15(3), 467–491. <https://doi.org/10.1007/s11628-021-00448-7>
- Cannavacciuolo, L., Capaldo, G., e Ponsiglione, C. (2023). Digital innovation and organizational changes in the healthcare sector: Multiple case studies of telemedicine project implementation. *Technovation*, 120, 102550. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102550>
- Capgemini (2022) Top Trends In Healthcare 2022 Recuperado em 01/08/2023 de: <https://www.capgemini.com/insights/research-library/top-trends-in-healthcare-2022/>
- Carvalho, J. V., Rocha, Á., van de Wetering, R., e Abreu, A. (2019). A Maturity model for hospital information systems. *Journal of Business Research*, 94, 388–399. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.12.012>
- Charmaz, K. (2006). Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis. 2a ed., Sage.

- Chen, C., Loh, E.-W., Kuo, K. N., e Tam, K.-W. (2019). The Times they Are a-Changin' – Healthcare 4.0 Is Coming! *Journal of Medical Systems*, 44(2). <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1513-0>
- Chua, K.-C., Henderson, C., Grey, B., Holland, M., e Sevdalis, N. (2023). Evaluating quality improvement at scale: a pilot study on routine reporting for executive board governance in a UK National Health Service organisation. *Evaluation and Program Planning*, 102222. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102222>
- Ciasullo, M. V., Orciuoli, F., Douglas, A., e Palumbo, R. (2022). Putting Health 4.0 at the service of Society 5.0: Exploratory insights from a pilot study. *Socio-Economic Planning Sciences*, 101163. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2021.101163>
- CNSaúde. (2022) Cenário dos Hospitais do Brasil. *Confederação Nacional de Saúde*. <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2021/CNSAUDE-FBH-CENARIOS-2022.pdf>
- CNS (2022). Resolução nº 674 de 06/05/2022 que “Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep”. *Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, publicado no Diário Oficial da União em 25/10/2022, edição 203, seção: 1, página 65*. [https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-674-de-6-de-maio-de-2022-\\*-438595738](https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-674-de-6-de-maio-de-2022-*-438595738)
- Collinge, W. (2020). Stakeholder Engagement in Construction: Exploring Corporate Social Responsibility, Ethical Behaviors, and Practices. *Journal of Construction Engineering and Management*, 146(3), 04020003. [https://doi.org/10.1061/\(asce\)co.19437862.0001769](https://doi.org/10.1061/(asce)co.19437862.0001769)
- Conceição, A., Picoito, C., e Major, M. (2022). Implementing an hospital accreditation programme in a context of NPM reforms: Pressures and conflicting logics. *Public Money e Management*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/09540962.2022.2133202>
- Copola Azenha, F., Aparecida Reis, D., & Leme Fleury, A. (2021). The role and characteristics of hybrid approaches to project management in the development of technology-based products and services. *Project Management Journal*, 52(1), 90-110.
- Correa, R. D., Silva, L. F. D., e Scafuto, I. C. (2023). Mechanisms for capturing and transferring tacit knowledge between projects. *International Journal of Knowledge Management Studies*, 14(1), 50-73.
- Costa, C. G. A. da, & Marin, H. de F. (2021). Desenvolvimento de um método para avaliação de maturidade digital de instituições de saúde. *Journal of Health Informatics*, 13(3). <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/786>

- Crema, M., e Verbano, C. (2021). Simulation modelling and lean management in healthcare: first evidences and research agenda. *Total Quality Management e Business Excellence*, 32(3-4), 448–466. <https://doi.org/10.1080/14783363.2019.1572504>
- Creswell, J. W. (2009). Research designs. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.
- Crisan, E. L., Chis, D. M., Bodea, E. E., e Buchmann, R. (2023). Mechanisms for robotic process automation implementation in organizations: a systematic literature review. *Journal of Advances in Management Research*, 20(5), 920–946. <https://doi.org/10.1108/jamr-04-2023-0100>
- Cruces, C. G., Navarro, C. T., Espinosa, F. T., e Riquelme, J. M. (2023). Telemedicina: oportunidades para administradores. *Revista de Gestão E Secretariado*, 14(1), 62–76. <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i1.1502>
- Cubric, M. (2020). Drivers, Barriers and Social Considerations for AI Adoption in Business and management: a Tertiary Study. *Technology in Society*, 62, 101257. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101257>
- da Silva, L. F., Larieira, C. L. C., Bizarrias, F. S., & Penha, R. (2023). O Futuro do gerenciamento de projetos. *Revista De Gestão E Projetos*, 14(3), 1–13. <https://doi.org/10.5585/gep.v14i3.25378>
- da Silva, L. F., Russo, R. D. F. S. M., e De Oliveira, P. S. G. (2018). Quantitativa ou qualitativa? um alinhamento entre pesquisa, pesquisador e achados em pesquisas sociais. *Revista Pretexto*, 30-45.
- Dabhilkar, M., e Svarts, A. (2019). From general to specialty hospitals: operationalising focus in healthcare operations. *Operations Management Research*, 12(1-2), 94–111. <https://doi.org/10.1007/s12063-018-0137-8>
- Darbandi, M., Alrasheedi, A. F., Alnowibet, K. A., Javaheri, D., e Mehbodniya, A. (2022). Integration of cloud computing with the Internet of things for the treatment and management of the COVID-19 pandemic. *Information Systems and E-Business Management*. <https://doi.org/10.1007/s10257-022-00580-5>
- Davies, A., Mueller, J., e Moulton, G. (2020). Core competencies for clinical informaticians: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 141, 104237. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104237>
- de Siqueira Correa, E., Satyro, W. C., da Silva, L. F., Martens, M. L., e Contador, J. C. (2023). Healthcare 4.0 implementation: opportunities and challenges in the healthcare sector. *Peer Review*, 5(15), 163-182. DOI: <https://doi.org/10.53660/749.prw1933>

- Deloitte (2023) Global Health Care Outlook, Recuperado de: <https://www2.deloitte.com/br/pt/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-outlook.html>
- Dias, E. G., & Mishima, S. M. (2023). Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. *Revista Sustinere*, 11(1), 402-411.
- Diegoli, H., Makdisse, M., Magalhães, P., & Gray, M. (2023). The atlas of variation in healthcare Brazil: remarkable findings from a middle-income country. *Research in Health Services & Regions*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s43999-022-00017-z>
- Dixit, A., Routroy, S., e Dubey, S. K. (2022). Development of supply chain value stream map for government-supported drug distribution system. *International Journal of Quality e Reliability Management*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijqrm-12-2020-0399>
- Donato, V., Lo Turco, M., e Bocconcino, M. M. (2018). BIM-QA/QC in the architectural design process. *Architectural Engineering and Design Management*, 14(3), 239–254. <https://doi.org/10.1080/17452007.2017.1370995>
- Donkor, A., Luckett, T., Aranda, S., Vanderpuye, V., e Phillips, J. L. (2021). Development of the “REadiness SElf-assessment (RESEA) guide” to assist low and middle-income countries with establishing safe and sustainable radiotherapy services: a pragmatic sequential mixed qualitative methods project. *BMC Health Services Research*, 21(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06274-x>
- Dóra, T. B., Mátó, Á. R., Szalkai, Z., e Vilmányi, M. (2023). The role of information in relation to interaction affected by technology change – the case of a telemedicine pilot project. *Journal of Business e Industrial Marketing*. <https://doi.org/10.1108/jbim-02-2022-0065>
- Ebekozien, A., Ayo-Odifiri, S. O., Nwaole, A. N. C., Ibeabuchi, A. L., e Uwadia, F. E. (2022). Barriers in Nigeria’s public hospital green buildings implementation initiatives. *Journal of Facilities Management*, 20(4), 586–605. <https://doi.org/10.1108/jfm-01-2021-0009>
- Edkins, A., Barnes, Y., Grainger, A., e Chinowsky, P. (2021). Real Estate’s 21st Century Grand Challenges: The Big Issues and Project Management’s Role. *Volume 10*, 10(1). <https://doi.org/10.25219/epoj.2021.00102>
- Elia, G., Margherita, A., Massaro, A., e Vacca, A. (2022). Adoption of open innovation in the COVID-19 emergency: developing a process-based information coordination system. *Business Process Management Journal*, 28(2), 419–441. <https://doi.org/10.1108/bpmj-11-2020-0507>
- Elshaboury, N., Al-Sakkaf, A., Mohammed Abdelkader, E., e Alfalah, G. (2022). Construction and Demolition Waste Management Research: A Science Mapping Analysis.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4496.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19084496>
- Engström, J., Norin, O., de Gosson de Varennes, S., e Valtakoski, A. (2022). Service design in healthcare: a segmentation-based approach. *Journal of Service Management*, 33(6), 50–78. <https://doi.org/10.1108/josm-06-2021-0239>
- Erickson, J. I., Ditomassi, M., & Adams, J. M. (2012). Attending registered nurse: an innovative role to manage between spaces. *Nursing Economic*, 30(5), 282–287. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23198611/>
- ESRE (2024). Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (Esres) - Reconhecimento de Excelência. *Ministério Da Saúde*. Recuperado em 19/10/2024 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus/reconhecimento-de-excelencia>
- Fan, Q. Q., Feng, X. Q., e Jin, J. F. (2021). Nursing rounds: a Quality Improvement Project to Improve Outpatient Satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 29(2). <https://doi.org/10.1111/jonm.13131>
- Fernandes, T., e Costa, M. (2023). Privacy concerns with COVID-19 tracking apps: a privacy calculus approach. *Journal of Consumer Marketing*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/jcm-03-2021-4510>
- Ferreira, D. C., e Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>
- Ferreira, P. S. A. (2019). Co-creating value with suppliers: a conceptual framework. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 13(2), 213–227. <https://doi.org/10.1108/ijphm-09-2017-0055>
- Fournier, P.-L., e Jobin, M.-H. (2018). Medical commitment to Lean: an inductive model development. *Leadership in Health Services*, 31(3), 326–342. <https://doi.org/10.1108/lhs-02-2018-0015>
- Fregnani, J. H. T. G., Carvalho, A. L., Eluf-Neto, J., Ribeiro, K. de C. B., Kuil, L. de M., da Silva, T. A., ... Villa, L. L. (2013). A School-Based Human Papillomavirus Vaccination Program in Barretos, Brazil: Final Results of a Demonstrative Study. *PLoS ONE*, 8(4), e62647. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062647>
- Freitas Júnior, R. D., Macedo, R., Gioia, S., Cipriani, L., Wartchow, E. S., Pautasso, F. F., & Santos, A. M. R. D. (2021). *Guia de boas práticas em navegação de pacientes com*

câncer de mama no Brasil.

[https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/4995/1/Guia-de-Boas-Praticas-em-Navegacao-de-Pacientes-com-Cancer-de-Mama-no-Brasil\\_-1-2.pdf](https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/4995/1/Guia-de-Boas-Praticas-em-Navegacao-de-Pacientes-com-Cancer-de-Mama-no-Brasil_-1-2.pdf)

- Fusco, F., Marsilio, M., e Guglielmetti, C. (2023). Co-creation in healthcare: framing the outcomes and their determinants. *Journal of Service Management*, 34(6), 1–26. <https://doi.org/10.1108/josm-06-2021-0212>
- Gambo, N., Inuwa, I. I., Usman, N., Said, I., e Shuaibu, U. S. (2021). Factors affecting budget implementation for successful delivery of primary health care building facilities within Nigerian health sector. *International Journal of Construction Management*, 21(5), 476–489. <https://doi.org/10.1080/15623599.2018.1560548>
- Gao, T., Zhang, X., Gurd, B., e Liu, Z. (2020). From self-management to a systemized process: the implementation of lean management in a Chinese hospital's pharmacy intravenous admixture services center. *Leadership in Health Services*, 33(4), 325–337. <https://doi.org/10.1108/lhs-12-2019-0085>
- Garbi, M. (2021). National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines development principles and processes. *Heart*, 107(12), heartjnl-2020-318661. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318661>
- Gartner, J.-B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., e Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>
- Gauthier, C., Bastianutti, J., e Haggège, M. (2018). Managerial capabilities to address digital business models: The case of digital health. *Strategic Change*, 27(2), 173–180. <https://doi.org/10.1002/jsc.2192>
- Gavahi, S. S., Hosseini, S. M. H., e Moheimani, A. (2023). An application of quality function deployment and SERVQUAL approaches to enhance the service quality in radiology centres. *Benchmarking: An International Journal*. <https://doi.org/10.1108/bij-07-2021-0411>
- Gawdyda, L., Carter, K., e Morcos, R. (2022). A virtual research showcase and judging platform created from a patchwork of workplace applications. *Journal of the Medical Library Association*, 110(4), 494–500. <https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1345>
- Gebre-Mariam, M., e Bygstad, B. (2019). Digitalization mechanisms of health management information systems in developing countries. *Information and Organization*, 29(1), 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2018.12.002>

- Geraldi, J., Maylor, H., e Williams, T. (2011). Now, let's make it really complex (complicated). *International Journal of Operations e Production Management*, 31(9), 966–990. <https://doi.org/10.1108/01443571111165848>
- Gilchrist, A., Burton-Jones, A., e Green, P. (2018). The process of social alignment and misalignment within a complex IT project. *International Journal of Project Management*, 36(6), 845–860. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2018.04.004>
- Glegg, S. M. N., Ryce, A., e Brownlee, K. (2019). A visual management tool for program planning, project management and evaluation in paediatric health care. *Evaluation and Program Planning*, 72, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.09.005>
- Godoi, C. K., Bandeira-de-Mello, R., e Silva, A. D. (2010). Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva.
- Goergen, S. K. (2022). Quality improvement 101 in medical imaging: Why, what, how. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 66(2), 175–184. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.13387>
- Goff, M., Hodgson, D., Bailey, S., Bresnen, M., Elvey, R., e Checkland, K. (2021). Ambiguous workarounds in policy piloting in the NHS: Tensions, trade-offs and legacies of organisational change projects. *New Technology, Work and Employment*. <https://doi.org/10.1111/ntwe.12190>
- Gomes, L., Castillo-Ospina, D. A., Lucia, A., Camila, e Aldo Roberto Ometto. (2023). Circular ecosystem innovation portfolio management. *Technovation*, 124, 102745–102745. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2023.102745>
- Goodison, R., Borycki, E. M., e Kushniruk, A. W. (2019). Use of Agile Project Methodology in Health Care IT Implementations: A Scoping Review. Retrieved March 3, 2024, from *ebooks.iospress.nl website*: <https://ebooks.iospress.nl/publication/51150>
- Gordon, A., e Pollack, J. (2018). Managing healthcare integration: Adapting project management to the needs of organizational change. *Project Management Journal*, 49(5), 5-21. DOI: <https://doi.org/10.1177/8756972818785321>
- Gravitate-Health. (2021). Home. Gravitate Health. [https://www.gravitatehealth.eu/wp-content/uploads/2021/11/Gravitate-Health\\_D1.2-Personas\\_V2.0\\_final.pdf](https://www.gravitatehealth.eu/wp-content/uploads/2021/11/Gravitate-Health_D1.2-Personas_V2.0_final.pdf)
- Gray, J. A. M. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. *BMJ* : *British Medical Journal*, 333(7571), 760. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592405/>

- Grosjean, S., Bonneville, L., & Marrast, P. (2019). Innovation en santé conduite par les médecins et infirmières : l'approche du design participatif à l'hôpital. *Innovations*, N° 60(3), 69–92. <https://doi.org/10.3917/inno.pr2.0066>
- Grove, A. (1983) "High Output Management", *Random House*. ISBN 978-0-679-76288-1
- Guanci, G., e Bjork, C. (2019). An introduction to project management. *Nursing Management (Springhouse)*, 50(10), 20–26. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000580584.07510.9b>
- Gurumurthy, A., Nair, V. K., e Vinodh, S. (2021). Application of a hybrid selective inventory control technique in a hospital: a precursor for inventory reduction through lean thinking. *The TQM Journal*, 33(3), 568–595. <https://doi.org/10.1108/tqm-06-2020-0123>
- Haddadi, A., e Johansen, A. (2019). Value Proposition in Different Types of Buildings: Characteristics and Means. *Journal of Modern Project Management*, 72–87. <https://doi.org/10.19255/JMPM01805>
- Hall, D. M., e Scott, W. R. (2019). Early Stages in the Institutionalization of Integrated Project Delivery. *Project Management Journal*, 50(2), 128–143. <https://doi.org/10.1177/8756972818819915>
- HAOC (2023). Relatório Integrado 2023. *Hospital Alemão Oswaldo Cruz*. [https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/relatoriointegrado2023/assets/pdf/HAOC\\_Relatorio%20Integrado%202023\\_PT.pdf](https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/relatoriointegrado2023/assets/pdf/HAOC_Relatorio%20Integrado%202023_PT.pdf)
- HCOR (2023). Relatório de Sustentabilidade 2023. *Hospital do Coração – Associação Beneficente Síria*. <https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2024/06/Relatorio-Anual-de-Sustentabilidade-Hcor-2023.pdf>
- HIAE (2023). Relatório de Sustentabilidade. *Hospital Israelita Albert Einstein*. [https://www.einstein.br/RelatoriosCompartilhados/Relatorio\\_de%20Sustentabilidade\\_2023\\_Einstein\\_Digital\\_2805.pdf](https://www.einstein.br/RelatoriosCompartilhados/Relatorio_de%20Sustentabilidade_2023_Einstein_Digital_2805.pdf)
- HMV (2023). Relatório de Gestão 2023. *Hospital Moinhos de Vento*. <https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/publicacoes>
- HSL (2023). Relato Integrado 2023. *Hospital Sírio-Libanês – Associação Beneficente de Senhoras*. <https://media.graphassets.com/6sNwAnDXSjiJbLwEQjAx>
- Hyrkas, P., Haukipuro, L., Väinämö, S., Iivari, M., Sachinopoulou, A., e Majava, J. (2020). Collaborative innovation in healthcare: a case study of hospitals as innovation platforms. *International Journal of Value Chain Management*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1504/ijvcm.2020.105475>
- Ishijima, H., Miyamoto, N., Masaule, F., e John, R. (2022). Improvements to healthcare waste

- management at regional referral hospitals in Tanzania using the KAIZEN approach. *The TQM Journal*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/tqm-10-2020-0254>
- IRSSL (2023). Relatório Annual 2023. Instituto de Responsabilidade Social SÍrio-Libânes. <https://irssl.org.br/relatorios>
- Iskandar, K. A., Hanna, A. S., e Lotfallah, W. (2019). Modeling the performance of healthcare construction projects. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 26(9), 2023–2039. <https://doi.org/10.1108/ecam-08-2018-0323>
- Jalonen, H., Kokkola, J., Laihonon, H., Kirjavainen, H., Kaartemo, V., e Vähämaa, M. (2021). Reaching hard-to-reach people through digital means – Citizens as initiators of co-creation in public services. *International Journal of Public Sector Management*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijpsm-01-2021-0008>
- Jewer, J., e Compeau, D. R. (2022). Understanding information systems success: a hybrid view. *European Journal of Information Systems*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/0960085x.2021.1890529>
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring Corporate Strategy*. Financial Times/Prentice Hall.
- Johnson, M. R., Bolte, J., Veldman, T., e Sutton, L. (2020). Establishing a Project Management Community of Practice in a Large Academic Health System. *Journal of Research Administration*, 51(2), 102–113. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ1293024>
- Johnson, M. R., Bullard, W., e Johnson, M. (2018). Utilization of Lean Methodology to Refine Hiring Practices in a Clinical Research Center Setting. *63 the Journal of Research Administration*, (49), 1.
- Jones, D., Firouzy, S., Labib, A., e Argyriou, A. V. (2022). Multiple criteria model for allocating new medical robotic devices to treatment centres. *European Journal of Operational Research*, 297(2), 652–664. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2021.06.003>
- Joseph, A. L., Costello, J., Monkman, H., & Quintana, Y. (2023). Applying Logic to the Healthcare Journey. *Studies in Health Technology and Informatics*. <https://doi.org/10.3233/shti230373>
- Joseph, A. L., Kushniruk, A. W., e Borycki, E. M. (2020). Patient journey mapping: Current practices, challenges and future opportunities in healthcare - <https://www.proquest.com/openview/5ba35daf2aadb68ff1333ac9d1628a5a/1?pq-origsite=gscholarecbl=2046212>

- Joseph, A. L., Monkman, H., e Kushniruk, A. W. (2022). An Evaluation Guide and Decision Support Tool for Journey Maps in Healthcare and Beyond. *Studies in Health Technology and Informatics*, 295, 171–174. <https://doi.org/10.3233/SHTI220689>
- Joseph, A. L., Monkman, H., Kushniruk, A., e Quintana, Y. (2023). Exploring patient journey mapping and the learning health system: scoping review. *JMIR Human Factors*, 10, e43966. <https://doi.org/10.2196/43966>
- Kanban University. (2023). The Official Guide to The Kanban Method | *Kanban University*. Retrieved from kanban.university website: <https://kanban.university/kanban-guide/>
- Kaplan, R. S., & David, P. Norton (1996). The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action. *Harvard Business Review Press*, 1.
- Kerzner, H. (2017). *Project management: a Systems Approach to planning, scheduling, and Controlling* (12th ed.). John Wiley & Sons, Inc. ISBN: 9781119165354.
- Khan, A. Z., Mahmood, F., Bokhari, R. H., Mushtaq, R., e Abbas, R. (2021). Challenges of e-government implementation in health sector: a step toward validating a conceptual framework. *Digital Policy, Regulation and Governance*, 23(6), 574–597. <https://doi.org/10.1108/dprg-04-2021-0048>
- Kier, C., Aaltonen, K., Whyte, J., e Huemann, M. (2023). How projects co-create value with stakeholders: The role of ideology and inquiry in spanning the temporary-permanent boundary. *International Journal of Project Management*, 41(5), 102482. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2023.102482>
- Kim, S. H., e Kwon, J. (2019). How Do EHRs and a Meaningful Use Initiative Affect Breaches of Patient Information? *Information Systems Research*, 30(4), 1184–1202. <https://doi.org/10.1287/isre.2019.0858>
- Kim, Y., Groombridge, C., Romero, L., Clare, S., e Fitzgerald, M. C. (2020). Decision Support Capabilities of Telemedicine in Emergency Prehospital Care: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12). <https://doi.org/10.2196/18959>
- Klecun, E., Zhou, Y., Kankanhalli, A., Wee, Y. H., e Hibberd, R. (2019). The dynamics of institutional pressures and stakeholder behavior in national electronic health record implementations: A tale of two countries. *Journal of Information Technology*, 34(4), 026839621882247. <https://doi.org/10.1177/0268396218822478>
- Klímová, B., e Marešová, P. (2018). Economic methods used in health technology assessment. *E+M Ekonomie a Management*, 21(1), 116–126. <https://doi.org/10.15240/tul/001/2018-1-008>
- Koch, C., Hansen, G. K., e Jacobsen, K. (2019). Missed opportunities: two case studies of

- digitalization of FM in hospitals. *Facilities*, 37(7/8), 381–394. <https://doi.org/10.1108/f-01-2018-0014>
- Kokko, P., e Laihonon, H. (2022). Performance management and hybridization of healthcare – case of the accountable care organization. *Journal of Public Budgeting, Accounting e Financial Management*. <https://doi.org/10.1108/jpbafm-04-2021-0066>
- Kokkonen, A., e Vaagaasar, A. L. (2018). Managing collaborative space in multi-partner projects. *Construction Management and Economics*, 36(2), 83–95. <https://doi.org/10.1080/01446193.2017.1347268>
- Korhonen, T., Sillanpää, V., e Jääskeläinen, A. (2023). Anchor practices that guide horizontal performance measurement: an interventionist case study of the financial aspect of new technology implementation in healthcare. *Journal of Management e Governance*, 27(3), 787–816. <https://doi.org/10.1007/s10997-023-09675-8>
- Krogh, S. (2018). Anticipation of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 31(6), 1271–1282. <https://doi.org/10.1108/jocm-03-2017-0085>
- Krueger, R. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- Krutzinna, J., Taddeo, M., e Floridi, L. (2019). Enabling Posthumous Medical Data Donation: An Appeal for the Ethical Utilisation of Personal Health Data. *Science and Engineering Ethics*, 25(5), 1357–1387. <https://doi.org/10.1007/s11948-018-0067-8>
- Krystallis, I., Locatelli, G., e Murtagh, N. (2022). Talking About Futureproofing: Real Options Reasoning in Complex Infrastructure Projects. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 1–14. <https://doi.org/10.1109/tem.2020.3026454>
- Kuiper, A., Lee, R. H., van Ham, V. J. J., e Does, R. J. M. M. (2022). A reconsideration of Lean Six Sigma in healthcare after the COVID-19 crisis. *International Journal of Lean Six Sigma, ahead-of-print(ahead-of-print)*. <https://doi.org/10.1108/ijlss-01-2021-0013>
- Kulkov, I., Ivanova-Gongne, M., Bertello, A., Makkonen, H., Kulkova, J., Rohrbeck, R., e Ferraris, A. (2023). Technology entrepreneurship in healthcare: Challenges and opportunities for value creation. *Journal of Innovation e Knowledge*, 8(2), 100365. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2023.100365>
- Kumar, T., Braeken, A., Jurcut, A. D., Liyanage, M., e Ylianttila, M. (2020). AGE: authentication in gadget-free healthcare environments. *Information Technology and Management*, 21(2), 95–114. <https://doi.org/10.1007/s10799-019-00306-z>
- Kuoppakangas, P., Stenvall, J., Kinder, T., Lindfors, J., e Talonen, A. (2023). Detecting and managing the mechanism of perceived meaningfulness of work and digital transformation in public sector health and social care services. *Technological*

- Forecasting and Social Change*, 194, 122663–122663.  
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2023.122663>
- Kurtz, C. F., & Snowden, D. J. (2003). The new dynamics of strategy: Sense-making in a complex and complicated world. *IBM systems journal*, 42(3), 462-483. DOI: <https://10.1147/sj.423.0462>
- Kuwaiti, E. A., Ajmal, M. M., e Hussain, M. (2018). Determining success factors in Abu Dhabi health care construction projects: customer and contractor perspectives. *International Journal of Construction Management*, 18(5), 430–445.  
<https://doi.org/10.1080/15623599.2017.1333401>
- Kyakulumbye, S., Pather, S., e Jantjies, M. (2021). Towards design of citizen centric e-government projects in developing country context: the design-reality gap in Uganda. *International Journal of Information Systems and Project Management*, 7(4), 55–73.  
<https://doi.org/10.12821/ijispm070403>
- Kyrö, R., Peltokorpi, A., e Luoma-Halkola, L. (2019). Connecting adaptability strategies to building system lifecycles in hospital retrofits. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 26(4), 633–647. <https://doi.org/10.1108/ecam-10-2017-0217>
- Lacerda, F. M., Martens, C. D. P., & Freitas, H. M. R. de. (2023). Comportamento proativo em organizações sem fins lucrativos. *Desenvolvimento Em Questão*, 21(59), e14198–e14198. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2023.59.14198>
- Lai, J. H. K., Hou, H. (Cynthia), Edwards, D. J., e Yuen, P. L. (2022). An analytic network process model for hospital facilities management performance evaluation. *Facilities*, 40(5/6), 333–352. <https://doi.org/10.1108/f-09-2021-0082>
- Lai, J., e Yuen, P. L. (2021). Identification, classification and shortlisting of performance indicators for hospital facilities management. *Facilities*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/f-08-2019-0092>
- Lamé, G., Jouini, O., e Cardinal, J. S-L. (2019). Methods and contexts: Challenges of planning with scenarios in a hospital's division. *Futures*, 105, 78–90.  
<https://doi.org/10.1016/j.futures.2018.09.005>
- Larsen, A. S. A., Karlsen, A. T., Andersen, B., e Olsson, N. O. E. (2021a). Exploring collaboration in hospital projects' front-end phase. *International Journal of Project Management*. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2021.04.001>
- Larsen, A. S. A., Karlsen, A. T., Lund, J.-Å., e Andersen, B. S. (2022). Assessment of early warning signs in hospital projects' front-end phase. *International Journal of Managing*

- Projects in Business*. <https://doi.org/10.1108/ijmpb-06-2021-0156>
- Larsen, A. S. A., Volden, G. H., e Andersen, B. (2021b). Project Governance in State-Owned Enterprises: The Case of Major Public Projects' Governance Arrangements and Quality Assurance Schemes. *Administrative Sciences*, 11(3), 66. <https://doi.org/10.3390/admsci11030066>
- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T., e Kanste, O. (2020). Identifying the roles of healthcare leaders in HIT implementation: A scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082865>
- Lavikka, R. H., Kyrö, R., Peltokorpi, A., e Särkilahti, A. (2019). Revealing change dynamics in hospital construction projects. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 26(9), 1946–1961. <https://doi.org/10.1108/ecam-03-2018-0119>
- Lemieux, V. L., Rowell, C., Seidel, M.-D. L., e Woo, C. C. (2020). Caught in the middle? *Records Management Journal*, 30(3), 301–324. <https://doi.org/10.1108/rmj-09-2019-0048>
- Li, Y., Chi, H., Mladen Radujković, Wu, J., e Pan, X. (2023). Extreme Schedule Strategies for Blitz Projects: Lessons from Specialty Field Hospitals During the COVID-19 Pandemic. *Project Management Journal*. <https://doi.org/10.1177/87569728231198782>
- Lima, R. M., Dinis-Carvalho, J., Souza, T. A., Vieira, E., e Gonçalves, B. (2021). Implementation of lean in health care environments: an update of systematic reviews. *International Journal of Lean Six Sigma*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijlss-07-2019-0074>
- Linden, A. I., Bitencourt, C., e Muller Neto, H. F. (2019). Contribution of knowing in practice to dynamic capabilities. *The Learning Organization*, 26(1), 60–77. <https://doi.org/10.1108/tlo-04-2018-0058>
- Lindsay, C. F., Kumar, M., e Juleff, L. (2020). Operationalising lean in healthcare: the impact of professionalism. *Production Planning e Control*, 31(8), 629–643. <https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1668577>
- Liu, Q., Yu, M., Xiong, B., Cai, Z., Zhang, P., e Tan, C.-W. (2023a). *Health analytics in business research: a literature review*. 1–30. <https://doi.org/10.1080/23270012.2023.2209863>
- Liu, Y., Wang, X.-J., Chen, Z.-S., Zhang, Y., Zhao, S., Devici, M., Skibniewski, M. J. (2023b). Evaluating Digital Health Services Quality via Social Media. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 1–13. <https://doi.org/10.1109/tem.2023.3298906>

- Lu, H., Wang, H., Yu, D., e Ye, J. (2023). Sharp schedule compression in urgent emergency construction projects via activity crashing, substitution and overlapping: a case study of Huoshengshan and Leishenshan Hospital projects in Wuhan. *Engineering, Construction and Architectural Management*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ecam-07-2021-0654>
- Lu, Z., Cui, T., Tong, Y., e Wang, W. (2020). Examining the effects of social influence in pre-adoption phase and initial post-adoption phase in the healthcare context. *Information e Management*, 103195. <https://doi.org/10.1016/j.im.2019.103195>
- Lunkka, N., Lukkarila, P., Laulainen, S., e Suhonen, M. (2021). Ambiguous discursive practices in health-care project plans: a keyword-assisted critical discourse analysis of the term “patient.” *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 16(1), 32–53. <https://doi.org/10.1108/qrom-09-2019-1827>
- Lusiani, M., e Langley, A. (2019). The social construction of strategic coherence: Practices of enabling leadership. *Long Range Planning*, 52(5), 101840. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2018.05.006>
- Luz, R., Mussi, C. C., Dutra, A., e Chaves, L. C. (2021). Implementation of large-scale health information systems. *Revista de Gestão*, 28(2), 106–132. <https://doi.org/10.1108/rege-06-2019-0064>
- Ly, S., Runacres, F., e Poon, P. (2021). Journey mapping as a novel approach to healthcare: a qualitative mixed methods study in palliative care. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06934-y>
- Magistretti, S., Allo, L., Verganti, R., Dell’Era, C., e Reutter, F. (2021). The microfoundations of design sprint: how Johnson e Johnson cultivates innovation in a highly regulated market. *Journal of Knowledge Management*, 25(11), 88–104. <https://doi.org/10.1108/jkm-09-2020-0687>
- de Paulo, C. M., da Costa, L. D. M., Oliveira, F. L., Tedeschi, V. H. P., & Cremonez, V. G. (2021). Biomechanics in the fourth industrial revolution: developing a special mechanized prosthesis. *Revista Gestão & Tecnologia*, 21(2), 289-307. <https://doi.org/10.20397/2177-6652/2021.v21i2.2203>
- Malmlose, M., e Kure, N. (2021). Putting the patient first? The story of a decoupled hospital management quality initiative. *Critical Perspectives on Accounting*, 80, 102233. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2020.102233>
- Mamedio, D. F., e Meyer, V. (2020). Managing project complexity: how to cope with multiple dimensions of complex systems. *International Journal of Managing Projects in*

- Business, ahead-of-print*(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijmpb-06-2019-0147>
- Marin-Garcia, J. A., Vidal-Carreras, P. I., Sabater, J. J. G., e Escribano-Martinez, J. (2019). Protocol: Value Stream Mapping in Healthcare. A systematic literature review. *WPOM-Working Papers on Operations Management*, 10(2), 36. <https://doi.org/10.4995/wpom.v10i2.12297>
- Marino, A., e Pariso, P. (2023). Digital innovation government: organizational and energy analysis in Italian hospitals. *Entrepreneurship and Sustainability Issues*, 10(3), 214–230. [https://doi.org/10.9770/jesi.2023.10.3\(15\)](https://doi.org/10.9770/jesi.2023.10.3(15))
- Martínez-Caro, E., Cegarra-Navarro, J. G., García-Pérez, A., e Fait, M. (2018). Healthcare service evolution towards the Internet of Things: An end-user perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 136, 268–276. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.03.025>
- Martinez-Ortigosa, A., Martinez-Granados, A., Gil-Hernández, E., Rodriguez-Arrastia, M., Ropero-Padilla, C., e Roman, P. (2023). Applications of Artificial Intelligence in Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Nursing Management*, 2023, e3219127. <https://doi.org/10.1155/2023/3219127>
- Martins, N. L. M., Duarte, P., e Pinho, J. C. M. R. (2021). AN ANALYSIS OF DETERMINANTS OF THE ADOPTION OF MOBILE HEALTH (MHEALTH). *Revista de Administração de Empresas*, 61(4). <https://doi.org/10.1590/s0034-759020210403x>
- Mathrani, A., Wickramasinghe, S., e Jayamaha, N. P. (2022). An evaluation of documentation requirements for ISO 9001 compliance in scrum projects. *The TQM Journal, ahead-of-print*(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/tqm-08-2020-0177>
- McKeeby, J. W., S Coffey, P., Houston, S. M., Kennedy, R. D., Schacherer, R., Alboum, S., ... Joyce, M. D. (2021). THE EVOLUTION OF INFORMATION TECHNOLOGY GOVERNANCE AT THE NIH CLINICAL CENTER. *Perspectives in Health Information Management*, 18(3), 1c. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8580461/>
- MCTI (2022) Câmara Saúde 4.0 - *Atualização da Estratégia Brasileira para a Transformação Digital – Eixo Cidadania e Governo / Saúde Digital*, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação em parceria com o Ministério da Saúde. Recuperado em 01/08/2023 de: <https://www.gov.br/mcti/pt-br/acompanhe-o-mcti/transformacaodigital/camara-saude>
- Meier, P., Beinke, J. H., Fitte, C., Schulte to Brinke, J., e Teuteberg, F. (2021). Generating design knowledge for blockchain-based access control to personal health records.

- Information Systems and E-Business Management*. <https://doi.org/10.1007/s10257-020-00476-2>
- Mele, C., & Russo-Spena, T. (2021). The architecture of the phygital customer journey: a dynamic interplay between systems of insights and systems of engagement. *European Journal of Marketing*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ejm-04-2019-0308>
- Meneses, M., Marques, I., e Barbosa-Póvoa, A. (2023a). Blood inventory management: Ordering policies for hospital blood banks under uncertainty. *International Transactions in Operational Research*, 30(1), 273–301. <https://doi.org/10.1111/itor.12981>
- Meneses, M., Santos, D., e Barbosa-Póvoa, A. (2023b). Modelling the Blood Supply Chain – From Strategic to Tactical Decisions. *European Journal of Operational Research*. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2022.06.005>
- Merschbrock, C., Hosseini, M. R., Martek, I., Arashpour, M., e Mignone, G. (2018). Collaborative Role of Sociotechnical Components in BIM-Based Construction Networks in Two Hospitals. *Journal of Management in Engineering*, 34(4), 05018006. [https://doi.org/10.1061/\(asce\)me.1943-5479.0000605](https://doi.org/10.1061/(asce)me.1943-5479.0000605)
- Meyer, J., Ratz, T., Pauls, A., Hellmers, S., Boll, S., Fudickar, S., ... Forberger, S. (2022). Designing and applying technology for prevention—Lessons learned in AEQUIPA and its implications for future research and practice. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.832922>
- Micheel, C. M., Sweeney, S. M., LeNoue-Newton, M. L., André, F., Bedard, P. L., Guinney, J., ... Levy, M. A. (2018). American Association for Cancer Research Project Genomics Evidence Neoplasia Information Exchange: From Inception to First Data Release and Beyond—Lessons Learned and Member Institutions’ Perspectives. *JCO Clinical Cancer Informatics*, (2), 1–14. <https://doi.org/10.1200/cci.17.00083>
- Miquelin, L. C. (1992). O empreendimento hospitalar na reestruturação da rede de saúde. São Paulo Perspect, 15–20. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-400627>
- Montecinos, J., Ouhimmou, M., e Pardalos, P. M. (2018). Waiting-time estimation in walk-in clinics. *International Transactions in Operational Research*, 25(1), 51–74. <https://doi.org/10.1111/itor.12353>
- Mossalam, A., & Arafa, M. (2016). The role of project manager in benefits realization management as a project constraint/driver. *HBRC Journal*, 12(3), 305–315.

- Tandfonline. <https://doi.org/10.1016/j.hbrcj.2014.12.008>
- Mousli, H. M., Sayed, E., Zaki, A., & Abdelmonem, S. (2023). Improving VTE prophylaxis in ward and ICU surgical urology patients: a Six-Sigma DMAIC methodology improvement project. *The TQM Journal*. <https://doi.org/10.1108/tqm-09-2022-0281>
- Mu, Y., Bossink, B., e Vinig, T. (2018). Employee involvement in ideation and healthcare service innovation quality. *The Service Industries Journal*, 38(1-2), 67–86. <https://doi.org/10.1080/02642069.2017.1374374>
- Murungi, D. M., e Káganer, E. (2023). The argumentative salience of technology frames of reference: An analysis of argumentative discourse in the development of a health information exchange initiative. *Information and Organization*, 33(2), 100465–100465. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2023.100465>
- Nadae, J. D., e Carvalho, M. M. (2019). Communication Management and Knowledge Management in complex projects: a literature review. *Revista de Gestão E Projetos*, 10(1), 19–36. <https://doi.org/10.5585/gep.v10i1.10910>
- Najm, A., Ridha, M. B., e Aboyasín, N. A. (2022). Six Sigma and market performance in Jordanian hospitals. *International Journal of Value Chain Management*, 13(2), 141–141. <https://doi.org/10.1504/ijvcm.2022.123547>
- Nazir, S., Price, B., Surendra, N. C., e Kopp, K. (2022). Adapting agile development practices for hyper-agile environments: lessons learned from a COVID-19 emergency response research project. *Information Technology and Management*, 23(3). <https://doi.org/10.1007/s10799-022-00370-y>
- Neeb, L., Ruscheweyh, R., e Dresler, T. (2020). Digitalization in headache therapy. *Der Schmerz*, 34(6), 495–502. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00508-3>
- Negoita, B., Rahrovani, Y., Lapointe, L., e Pinsonneault, A. (2022). Distributed IT championing: A process theory. *Journal of Information Technology*, 026839622110194. <https://doi.org/10.1177/02683962211019406>
- Nicolai, B., Tallarico, S., Pellegrini, L., Gastaldi, L., Vella, G., e Lazzini, S. (2023). Blockchain for electronic medical record: assessing stakeholders' readiness for successful blockchain adoption in health-care. *Measuring Business Excellence*. <https://doi.org/10.1108/mbe-12-2021-0155>
- Niemelä, R., Pikkarainen, M., Ervasti, M., e Reponen, J. (2019). The change of pediatric surgery practice due to the emergence of connected health technologies. *Technological Forecasting and Social Change*, 146, 352–365. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.06.001>

- Niiranen, V., Zitting, J., e Laulainen, S. (2019). Challenges for Management in Implementing Reforms at the Ministry Level and in Health and Social Service Organizations in Finland. *Administrative Sciences*, 9(3), 66. <https://doi.org/10.3390/admsci9030066>
- Nilsen, E. R., Stendal, K., e Gullslett, M. K. (2020). Implementation of eHealth Technology in Community Health Care: the complexity of stakeholder involvement. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05287-2>
- Nunes, S., Francisca, S., e Lopes, E.L. (2018). Implantação de Enterprise Resource Planning em uma instituição hospitalar: desafios e mudanças necessárias. *Revista Gestão e Tecnologia*, 18(3), 161–187. <https://doi.org/10.20397/2177-6652/2018.v18i3.1176>
- Oliveira, M., Freitas, H. (1998). Focuss group, pesquisa qualitativa: resgatando a teoria instrumentalizando o seu planejamento. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 33 (3), 83-91
- Onggo, B. S. S., Proudlove, N. C., D'Ambrogio, S. A., Calabrese, A., Bisogno, S., e Levialdi Ghiron, N. (2018). A BPMN extension to support discrete-event simulation for healthcare applications: an explicit representation of queues, attributes and data-driven decision points. *Journal of the Operational Research Society*, 69(5), 788–802. <https://doi.org/10.1057/s41274-017-0267-7>
- Onyango, J. (2023). Supply chain solutions for essential medicine availability during COVID-19 pandemic. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*. <https://doi.org/10.1108/jhlscm-05-2022-0056>
- Oparin, E., Panibratov, A., e Ermolaeva, L. (2021). Digital Health Studies: Business and Management Theory Perspective. *Journal of East-West Business*, 27(3), 234–258. <https://doi.org/10.1080/10669868.2021.1931622>
- Orme, D., e Campbell, C. (2019). How leadership training saves money “service line leadership” at Nottingham University Hospitals. *BMJ Leader*, 3(2), 29–36. <https://doi.org/10.1136/leader-2018-000132>
- Ortiz, E. G., Andres, B., Fraile, F., Poler, R., e Bas, Á. O. (2021). Fleet management system for mobile robots in healthcare environments. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 14(1), 55. <https://doi.org/10.3926/jiem.3284>
- Pachamanova, D., Tilson, V., e Dwyer-Matzky, K. (2022). Machine Learning, Ethics, and Change Management: A Data-Driven Approach to Improving Hospital Observation Unit Operations. *INFORMS Transactions on Education*. <https://doi.org/10.1287/ited.2021.0251ca>
- Pakdil, F. (2022). Six sigma project prioritization and selection methods: a systematic literature

- review. *International Journal of Lean Six Sigma*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijlss-01-2021-0001>
- Pakdil, F., Toktaş, P., e Can, G. F. (2021). Six sigma project prioritization and selection: a multi-criteria decision making approach in healthcare industry. *International Journal of Lean Six Sigma*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijlss-04-2020-0054>
- Palanisamy, R., Hiteshkumar, M. K., Sahasrabuddhe, R., Puranik, J. A., e Vaidya, A. (2019). IoT Based Patient Monitoring System. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 8(2S11), 2559–2564. <https://doi.org/10.35940/ijrte.b1304.0982s1119>
- Pan, J. (2023). Does Transformational Leadership Influence Project Management Success? An empirical study on the brazilian private healthcare system. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.11625.16482>
- Pascale, F., Pantzartzis, E., Krystallis, I., e Price, A. D. F. (2020). Rationales and practices for dynamic stakeholder engagement and disengagement. Evidence from dementia-friendly health and social care environments. *Construction Management and Economics*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/01446193.2019.1679383>
- Pastor-Sanz, L., Fogelholm, M., Feskens, E., Westerterp-Plantenga, M., Schlicht, W., Brand-Miller, J., e Raben, A. (2021). Managerial Framework for a Large Multi-Centre Clinical Trial within an EU-Funded Collaborative Project -- The “PREVIEW” Case Study. *Journal of Research Administration*, 52(2), 15–50. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ1325484>
- Patrício, L., Sangiorgi, D., Mahr, D., Čaić, M., Kalantari, S., e Sundar, S. (2020). Leveraging service design for healthcare transformation: toward people-centered, integrated, and technology-enabled healthcare systems. *Journal of Service Management*, 31(5), 889–909. <https://doi.org/10.1108/josm-11-2019-0332>
- Patrone, C., Kozlova, M. M., Brenta, M., Filauro, F., Campanella, D., Ribatti, A., ... Revetria, R. (2020). Hospital Warehouse Management during the construction of a new building through Lean Techniques. *Advances in Science, Technology and Engineering Systems Journal*, 5(1), 256–262. <https://doi.org/10.25046/aj050132>
- Sampaio, R. P. , Aguiar Costa, A., e Flores-Colen, I. (2023). A discussion of digital transition impact on facility management of hospital buildings. *Facilities*. <https://doi.org/10.1108/f-07-2022-0092>
- Pécora, T. A., De Fraga, L., Ruiz, A., Frega, J., e Pécora, E. (2021). *Project Planning for Improvement in a Healthcare Environment*. <https://doi.org/10.19255/JMPM02505>

- Peimbert-García, R. E., Matis, T., Beltran-Godoy, J. H., Garay-Rondero, C. L., Vicencio-Ortiz, J. C., e López-Soto, D. (2019). Assessing the state of lean and six sigma practices in healthcare in Mexico. *Leadership in Health Services, ahead-of-print*(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/lhs-02-2019-0011>
- Peng, Q., Yang, J., Strome, T., Weldon, E., e Chochinov, A. (2020). Evaluation of physician in triage impact on overcrowding in emergency department using discrete-event simulation. *Journal of Project Management*, 211–226. <https://doi.org/10.5267/j.jpm.2020.8.002>
- Pereira, I. R. B. de O., Da Silva Dantas, T. R., Da Silva, D. C., e Lucena, J. P. O. (2022). A gestão de benefícios em um projeto de implantação de prontuário eletrônico do paciente: a perspectiva de profissionais da saúde sob à luz do modelo visual lifecyclecanvas®. *Revista de Gestão E Projetos*, 13(1), 189–214. <https://doi.org/10.5585/gep.v13i1.21535>
- Pereira, S. A. F., Ferreira, J. J., Rammal, H. G., e Peris-Ortiz, M. (2023). Strategic change in the health sector: a literature review and future challenges. *Journal of Organizational Change Management*. <https://doi.org/10.1108/jocm-05-2022-0144>
- Philpot, L. M., Khokhar, B. A., DeZutter, M. A., Loftus, C. G., Stehr, H. I., Ramar, P., Madson, L. P., e Ebbert, J. O. (2019). Creation of a Patient-Centered Journey Map to Improve the Patient Experience: A Mixed Methods Approach. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality e Outcomes*, 3(4), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004>
- PMI. (2017a). Agile Practice Guide. Newton Square, Pennsylvania, USA: *Project Management Institute, Inc.* <https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/practice-guides/agile>
- PMI. (2017b). Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos (GUIA PMBOK Sexta Edição). Newtown Square, Pennsylvania: *Project Management Institute*.
- PMI. (2017c). The Standard for Portfolio Management – Fourth Edition. *Project Management Institute*. <https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/foundational/standard-for-portfolio-management>
- PMI. (2019). Benefits Realization Management: a Practice Guide. *Project Management Institute*. <https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/practice-guides/benefits-realization>
- PMI. (2021). A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide) – Seventh Edition (7th ed.). *Project Management Institute*. <https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/foundational/pmbok>
- PMI. (2022). Process Groups: A Practice Guide. *Project Management Institute*.

<https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/practice-guides/process-groups-a-practice-guide>

- PMI. (2024). The Standard for Program Management – Fifth Edition. *Project Management Institute*. <https://www.pmi.org/pmbok-guide-standards/foundational/program-management-5th-edition>
- Pohjosenperä, T., Kekkonen, P., Pekkarinen, S., e Juga, J. (2019). Service modularity in managing healthcare logistics. *The International Journal of Logistics Management*, 30(1), 174–194. <https://doi.org/10.1108/ijlm-12-2017-0338>
- Pollock, A., e Berge, E. (2018). How to do a systematic review. *International Journal of Stroke*, 13(2), 138-156.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. *Harvard business press*. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=21319>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev*, 91(10), 50-70. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- Prajapati, D., e Suman, G. (2020). Six sigma approach for neonatal jaundice patients in an Indian rural hospital – a case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(1), 36–51. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-07-2019-0135>
- PROADI-SUS (2024). Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), *Ministério Da Saúde*. RECUPERADO EM 19/10/2024 <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus>
- Prybutok, G. L. (2018). Ninety to Nothing: a PDSA Quality Improvement Project. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(4), 361–372. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-06-2017-0093>
- Pundzienė, A., Gerulaitienė, N., Bez, S. M., Georgescu, I., Mathieu, C., Bordoll, J. C., ... Vilutiene, L. (2023). Value capture and embeddedness in social-purpose-driven ecosystems. A multiple-case study of European digital healthcare platforms. *Technovation*, 124, 102748–102748. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2023.102748>
- Ramzan, S., Aqduş, A., Ravi, V., Koundal, D., Amin, R., e Al Ghamdi, M. A. (2023). Healthcare Applications Using Blockchain Technology: Motivations and Challenges. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 1–17. <https://doi.org/10.1109/TEM.2022.3189734>
- Randhawa, K., West, J., Skellern, K., e Josserand, E. (2021). Evolving a Value Chain to an

- Open Innovation Ecosystem: Cognitive Engagement of Stakeholders in Customizing Medical Implants. *California Management Review*, 63(2), 101–134. <https://doi.org/10.1177/0008125620974435>
- Régis, T. K. O., Santos, L. C., e Gohr, C. F. (2019). A case-based methodology for lean implementation in hospital operations. *Journal of Health Organization and Management*, 33(6), 656–676. <https://doi.org/10.1108/jhom-09-2018-0267>
- Reijula, J., & Ruohomäki, V. (2018). Perception of hospital environment before and after relocation. *Facilities*, 36(5/6), 244–257. <https://doi.org/10.1108/f-02-2017-0015>
- Robu, D., e Lazar, J. B. (2021). Digital Transformation Designed to Succeed: Fit the Change into the Business Strategy and People. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 19(2), pp133-149. <https://doi.org/10.34190/ejkm.19.2.2411>
- Roesler, D. A., Rezende, D. A., e Almeida, G. G. F. de. (2023). Estratégias e serviços públicos digitais e relações com subprojetos de cidade digital estratégica: casos Brasil e Alemanha. *Revista de Gestão E Secretariado*, 14(3), 3443–3468. <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i3.1821>
- Romagnuolo, I., Mariut, C., Mazzoni, A., Maria, G., Moltzen, E. K., Ballensiefen, W., ... D’Errico, G. (2021). *Sino-European science and technology collaboration on personalized medicine: overview, trends and future perspectives*. 18(5), 455–470. <https://doi.org/10.2217/pme-2021-0030>
- Romero-Torres, A. (2020). Asymmetry of stakeholders’ perceptions as an obstacle for collaboration in inter-organizational projects. *International Journal of Managing Projects in Business*, 13(3), 467–482. <https://doi.org/10.1108/ijmpb-10-2018-0230>
- Rosa, A., Trunfio, T. A., Marolla, G., Costantino, A., Nardella, D., e McDermott, O. (2023). Lean Six Sigma to reduce the acute myocardial infarction mortality rate: a single center study. *The TQM Journal*, 35(9), 25–41. <https://doi.org/10.1108/tqm-03-2022-0082>
- Rosamilha, N. J. (2023). Integrando teoria e prática em gerenciamento de projetos: voltando às bases históricas para avançar no conhecimento. *Revista Inovação, Projetos e Tecnologias - IPTEC*, São Paulo, 11(2), 1-6, e25588. <https://doi.org/10.5585/iptec.v11i2.25588>
- Round, T., Ashworth, M., Crilly, T., Ferlie, E., & Wolfe, C. (2018). An integrated care programme in London: qualitative evaluation. *Journal of Integrated Care*, 26(4), 296–308. <https://doi.org/10.1108/jica-02-2018-0020>
- Rowan, W., O’Connor, Y., Lynch, L., e Heavin, C. (2021). Comprehension, Perception, and Projection. *Journal of Organizational and End User Computing*, 33(6), 1–31.

- <https://doi.org/10.4018/joeuc.286766>
- Saeed, A. M., Duffield, C., e Hui, F. (2019). Innovation in Australian publicly operated public–private partnerships. *Infrastructure Asset Management*, 6(3), 166–177. <https://doi.org/10.1680/jinam.18.00008>
- Saidi, T., Thune, T. M., e Bugge, M. (2021). Making “hidden innovation” visible? A case study of an innovation management system in health care. *Technology Analysis e Strategic Management*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/09537325.2020.1841156>
- Saldaña, J. (2021). The coding manual for qualitative researchers. The coding manual for qualitative researchers, 1-440.
- Sales, M., Castro, R. D., Aguilar, A. O. de E., e Ibáñez, V. M. (2023a). Lean healthcare: Improving surgical process indicators through prioritization projects. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 16(1), 102–114. <https://doi.org/10.3926/jiem.4628>
- Sales, M., e De Castro, R. (2021). Value-based lean implementation in a surgical unit: the impact of the methodology. *The TQM Journal*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/tqm-10-2020-0249>
- Sales-Coll, M., de Castro, R., e Hueto-Madrid, J. A. (2023b). Improving operating room efficiency using lean management tools. *Production Planning e Control*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/09537287.2021.1998932>
- Salge, T. O., Antons, D., Barrett, M., Kohli, R., Oborn, E., e Polykarpou, S. (2022). How IT Investments Help Hospitals Gain and Sustain Reputation in the Media: The Role of Signaling and Framing. *Information Systems Research*. <https://doi.org/10.1287/isre.2021.1021>
- Samanta, A. K., Varaprasad, G., e Gurumurthy, A. (2022). Implementing lean six sigma in health care: A review of case studies. *International Journal of Lean Six Sigma*, 14(1). <https://doi.org/10.1108/ijlss-08-2021-0133>
- Samanta, A. K., Varaprasad, G., Gurumurthy, A., & Antony, J. (2023). Implementing Lean Six Sigma in a multispecialty hospital through a change management approach. *The TQM Journal*. <https://doi.org/10.1108/tqm-02-2023-0043>
- Santos, A. A. A. de S. dos, Pádua, S. I. D. de, Bernardo, R., e Aredes, E. L. (2020). Contributions of business process management promotion techniques to knowledge management: empirical evidence. *Brazilian Journal of Operations e Production Management*, 17(3). <https://doi.org/10.14488/bjopm.2020.034>
- Sardi, L., Idri, A., Redman, L. M., Alami, H., Hassan Alami, H. A., Bezad, R., e Fernández-

- Alemán, J. L. (2020). Mobile health applications for postnatal care: Review and analysis of functionalities and technical features. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 184, 105114. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2019.105114>
- Sariem, C., Nwizu, U., e Malhotra, J. (2022). Developing a Leadership and Practice Advancement Training Curriculum for Intern Pharmacists in Nigeria Using the ADDIE Model. *INNOVATIONS in Pharmacy*, 13(2), 11. <https://doi.org/10.24926/iip.v13i2.4531>
- Sassen, B. (2023). Nursing and the Patient Journey. 165–168. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-35048-1\\_26](https://doi.org/10.1007/978-3-031-35048-1_26)
- Saxena, D., e McDonagh, J. (2022). Communication breakdowns during business process change projects – Insights from a sociotechnical case study. *International Journal of Project Management*, 40(3). <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2021.11.011>
- Scheinker, D., e Brandeau, M. L. (2020). Implementing Analytics Projects in a Hospital: Successes, Failures, and Opportunities. *INFORMS Journal on Applied Analytics*, 50(3), 176–189. <https://doi.org/10.1287/inte.2020.1036>
- Schouten, H., Benders, J., e Heusinkveld, S. (2022). Taking open answers seriously: gaining insights into the perilous undercurrent of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 35(8), 68–78. <https://doi.org/10.1108/jocm-11-2021-0344>
- Schultz, C., Graw, J., Salomo, S., e Kock, A. (2019). How Project Management and Top Management Involvement Affect the Innovativeness of Professional Service Organizations—An Empirical Study on Hospitals. *Project Management Journal*, 50(4), 460–475. <https://doi.org/10.1177/8756972819857893>
- Schwaber, K., & Sutherland, J. (2020). O Guia do Scrum O Guia Definitivo para o Scrum: As Regras do Jogo. Retrieved from <https://scrumguides.org/docs/scrumguide/v2020/2020-Scrum-Guide-PortugueseBR-3.0.pdf>
- Schwalbe, K. (2021). Healthcare Project Management, Third Edition : Predictive, Agile, and Hybrid Approaches. MN: Schwalbe Publishing. Retrieved from <https://healthcarepm.wordpress.com/>
- Scott, R. J. (2021). A best-fit solution: transforming an NHS Library and Knowledge Service in readiness for a new hospital building without a traditional library space. *Journal of the Medical Library Association*, 109(3). <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.1167>
- Secundo, G., Mele, G., Passiante, G., & Ligorio, A. (2023). How machine learning changes Project Risk Management: a structured literature review and insights for organizational

- innovation. *European Journal of Innovation Management*.  
<https://doi.org/10.1108/ejim-11-2022-0656>
- Sequeira, L., Almilaji, K., Strudwick, G., Jankowicz, D., e Tajirian, T. (2021). EHR “SWAT” teams: a physician engagement initiative to improve Electronic Health Record (EHR) experiences and mitigate possible causes of EHR-related burnout. *JAMIA Open*, 4(2).  
<https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooab018>
- Serra, C. E. M., & Kunc, M. (2015). Benefits Realisation Management and its influence on project success and on the execution of business strategies. *International Journal of Project Management*, 33(1), 53–66. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.03.011>
- Seymour, T., & Hussein, S. (2014). The history of project management. *International Journal of Management & Information Systems (Online)*, 18(4), 233-240. DOI: 10.19030/ijmis.v18i4.8820
- Sharma, V., Eleftheriou, I., van der Veer, S. N., Brass, A., Augustine, T., e Ainsworth, J. (2022). Modeling Data Journeys to Inform the Digital Transformation of Kidney Transplant Services: Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), e31825.  
<https://doi.org/10.2196/31825>
- Sıcakyüz, Ç., e Yüregir, O. H. (2020). Exploring resistance factors on the usage of hospital information systems from the perspective of the Markus’s Model and the Technology Acceptance Model. *Journal of Entrepreneurship, Management and Innovation*, 16(2), 93–131. <https://doi.org/10.7341/20201624>
- Silva, G.D., e Eduardo. (2023). Design thinking impact on value creation and value capture on innovation projects. *Creativity and Innovation Management*.  
<https://doi.org/10.1111/caim.12565>
- Simonse, L., Albayrak, A., & Starre, S. (2019). Patient journey method for integrated service design. *Design for Health*, 3(1), 82–97.  
<https://doi.org/10.1080/24735132.2019.1582741>
- Singh, M., e Rathi, R. (2019). A structured review of Lean Six Sigma in various industrial sectors. *International Journal of Lean Six Sigma*, 10(2), 622–664. emerald.  
<https://doi.org/10.1108/ijlss-03-2018-0018>
- Sohal, A., De Vass, T., Vasquez, T., Bamber, G. J., Bartram, T., e Stanton, P. (2022). Success factors for lean six sigma projects in healthcare. *Journal of Management Control*.  
<https://doi.org/10.1007/s00187-022-00336-9>
- Souza, T. A., Roehe Vaccaro, G. L., e Lima, R. M. (2020). Operating room effectiveness: a lean health-care performance indicator. *International Journal of Lean Six Sigma*, 11(5),

- 987–1002. <https://doi.org/10.1108/ijlss-12-2017-0141>
- Standing, C., Standing, S., Gururajan, R., Fulford, R., e Gengatharen, D. (2018). Coming to Terms with Knowledge Management in Telehealth. *Systems Research and Behavioral Science*, 35(1), 102–113. <https://doi.org/10.1002/sres.2443>
- Stark, A. L., Geukes, C., Albrecht, J., e Dockweiler, C. (2023). Digital Applications in the Planning and Implementation of Structural Health Promotion and Prevention Settings: Results of a Scoping Review. *Gesundheitswesen*, 85(04), 380–387. <https://doi.org/10.1055/a-1757-9264>
- Staziaki, P. V., Santinha, J. A. A., Coelho, M. O., Angulo, D., Hussain, M., e Folio, L. R. (2022). Gamification in Radiology Training Module Developed During the Society for Imaging Informatics in Medicine Annual Meeting Hackathon. *Journal of Digital Imaging*, 35(3), 714–722. <https://doi.org/10.1007/s10278-022-00603-0>
- Store-Valen, M. (2021). FM and clinical employees' involvement in the design of eight Norwegian hospital projects. *Facilities*, 39(11/12), 778–801. <https://doi.org/10.1108/f-06-2020-0076>
- Sun, W., Song, Y., Wang, C., Jiang, Y., Cui, W., Liu, W., e Liu, Y. (2023). Telerehabilitation for Family Caregivers of Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Nursing Management*, 2023, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2023/3450312>
- Sunder, V. M., e Kunnath, N. R. (2020). Six Sigma to reduce claims processing errors in a healthcare payer firm. *Production Planning e Control*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1652857>
- Svejvig, P., e Schlichter, B. R. (2021). Resources, capabilities and public value creation in a healthcare IT project: an action research study. *International Journal of Managing Projects in Business*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijmpb-04-2020-0112>
- Swarnakar, V., Bagherian, A., e Singh, A. R. (2022). Modeling critical success factors for sustainable LSS implementation in hospitals: an empirical study. *International Journal of Quality e Reliability Management*, 39(5), 1249–1280. <https://doi.org/10.1108/ijqrm-04-2021-0099>
- Swinton, M., Vanstone, M., Phung, P., Neville, T. H., Takaoka, A., Smith, O. M., ... Cook, D. J. (2021). Hospital leadership perspectives on the value of the 3 Wishes Project: a qualitative study. *BMJ Leader*, leader-2020-000302. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000302>
- Talukder, Md. S., Laato, S., Islam, A. K. M. N., e Bao, Y. (2021). Continued use intention of

- wearable health technologies among the elderly: an enablers and inhibitors perspective. *Internet Research*, 31(5), 1611–1640. <https://doi.org/10.1108/intr-10-2020-0586>
- Talukder, Md. S., Sorwar, G., Bao, Y., Ahmed, J. U., e Palash, Md. A. S. (2020). Predicting antecedents of wearable healthcare technology acceptance by elderly: A combined SEM-Neural Network approach. *Technological Forecasting and Social Change*, 150, 119793. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.119793>
- Tampio, K.-P., Haapasalo, H., e Ali, F. (2022). Stakeholder analysis and landscape in a hospital project – elements and implications for value creation. *International Journal of Managing Projects in Business*, 15(8), 48–76. emerald. <https://doi.org/10.1108/ijmpb-07-2021-0179>
- Tampio K.-P, Haapasalo, H. e Lehtinen, J. (2023). The client’s essential stakeholder collaboration activities at the front-end phase of a hospital construction project. *International Journal of Managing Projects in Business*, 16(8), 182–207. <https://doi.org/10.1108/ijmpb-12-2022-0278>
- Tiitola, V., Marek, M., Korhonen, T., e Laine, T. (2023). Enabling value-in-use with digital healthcare technologies: combining service logic and pragmatic constructivism. *Journal of Management and Governance*. <https://doi.org/10.1007/s10997-022-09631-y>
- Tiso, A., Pozzan, C., e Verbano, C. (2022). Health lean management implementation in local health networks: A systematic literature review. *Operations Research Perspectives*, 9, 100256. <https://doi.org/10.1016/j.orp.2022.100256>
- Tough, A. G., e Lihoma, P. (2018). Medical record keeping systems in Malawi. *Records Management Journal*, 28(3), 265–277. <https://doi.org/10.1108/rmj-02-2018-0004>
- Trakulsunti, Y., Antony, J., Dempsey, M., e Brennan, A. (2021). Reducing medication errors using lean six sigma methodology in a Thai hospital: an action research study. *International Journal of Quality e Reliability Management*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ijqrm-10-2019-0334>
- Trakulsunti, Y., e Antony, J. (2018). Can Lean Six Sigma be used to reduce medication errors in the health-care sector? *Leadership in Health Services*, 31(4), 426–433. <https://doi.org/10.1108/lhs-09-2017-0055>
- Tranfield, D., Denyer, D., e Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British journal of management*, 14(3), 207-222.
- Tun, S. Y. Y., e Madanian, S. (2023). Clinical information system (CIS) implementation in developing countries: requirements, success factors, and recommendations. *Journal of*

- the American Medical Informatics Association*, 30(4), 761–774.  
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocad011>
- Turk, E., Wontor, V., Vera-Muñoz, C., Comnes, L., Rodrigues, N., Ferrari, G., & Moen, A. (2022). Human-centered integrated care pathways for co-creating a digital, user-centric health information solution. *Journal of Integrated Care*, 30(4), 296–309.  
<https://doi.org/10.1108/jica-01-2022-0007>
- Unterhofer, M., Rauch, E., e Matt, D. T. (2021). Hospital 4.0 roadmap: an agile implementation guideline for hospital manager. *International Journal of Agile Systems and Management*, 14(4), 635–656. DOI: <https://10.1504/IJASM.2021.120230>
- Vaidyanathan, G., e Fox, M. (2020). A Six-Dimensional Framework For Telehealth Delivery. *Issues in Information Systems*. [https://doi.org/10.48009/2\\_iis\\_2020\\_102-111](https://doi.org/10.48009/2_iis_2020_102-111)
- Vesselkov, A., Hämmäinen, H., e Töyli, J. (2018). Technology and value network evolution in telehealth. *Technological Forecasting and Social Change*, 134, 207–222.  
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2018.06.011>
- Wai, C. T., Wai, P. Y., Olanrewaju, O. I., Abdelmageed, S., Hussein, M., Tariq, S., e Zayed, T. (2023). A critical analysis of benefits and challenges of implementing modular integrated construction. *International Journal of Construction Management*, 1–24.  
<https://doi.org/10.1080/15623599.2021.1907525>
- Waluszewski, A., Hakansson, H., e Snehota, I. (2019). The public-private partnership (PPP) disaster of a new hospital – expected political and existing business interaction patterns. *Journal of Business e Industrial Marketing*, 34(5), 1119–1130.  
<https://doi.org/10.1108/jbim-12-2018-0377>
- Wang, K., Ke, Y., Liu, T., e Sankaran, S. (2022). Social sustainability in Public–Private Partnership projects: case study of the Northern Beaches Hospital in Sydney. *Engineering, Construction and Architectural Management*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/ecam-10-2020-0835>
- Wanigarathna, N., Sherratt, F., Price, A., e Austin, S. (2019). Design re-use: critical application of healthcare building design evidence. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 26(3), 350–366. <https://doi.org/10.1108/ecam-07-2017-0118>
- Weerasinghe, K., Scahill, S. L., Pauleen, D. J., e Taskin, N. (2022). Big data analytics for clinical decision-making: Understanding health sector perceptions of policy and practice. *Technological Forecasting and Social Change*, 174, 121222.  
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.121222>
- Wen, Y., Tang, L. C. M., e Ho, D. C. W. (2021). A BIM-based space-oriented solution for

- hospital facilities management. *Facilities*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/f-10-2019-0105>
- WHO. (2022). Digital Health - *World Health Organization Web Site*. Recuperado em 01/08/2023 de <https://www.who.int/europe/health-topics/digital-health>
- Yang, B., Ye, S., e Bandarchi, M. (2020). A new model for investigating the factors influencing the innovation in medical services. *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/vjikms-07-2019-0114>
- Yang, Y., Siau, K., Xie, W., e Sun, Y. (2022). Smart Health. *Journal of Organizational and End User Computing*, 34(1), 1–14. <https://doi.org/10.4018/joeuc.308814>
- Zaman, T., Shahwan, R., e Oyedijo, A. (2022). The digital transformation conundrum: negotiating complexity through interactive framing. *Innovation*, 1–26. <https://doi.org/10.1080/14479338.2022.2156521>
- Zhang, Y., Zhang, L., Zhang, X., Yang, M. M., Zhang, S., Li, S.-J., e Huang, Y.-Y. (2018). Hospital service quality and patient loyalty: the mediation effect of empathy. *Journal of Business e Industrial Marketing*, 33(8), 1176–1186. <https://doi.org/10.1108/jbim-02-2018-0072>
- Zhou, Y., Wang, Y., Li, C., Ding, L., e Wang, C. (2022). Automatic generative design and optimization of hospital building layouts in consideration of public health emergency. *Engineering, Construction and Architectural Management*. <https://doi.org/10.1108/ecam-08-2022-0757>
- Zhu, Y., Lu, Y., Gupta, S., Wang, J., e Hu, P. (2023). Promoting smart wearable devices in the health-AI market: the role of health consciousness and privacy protection. *Journal of Research in Interactive Marketing*. <https://doi.org/10.1108/jrim-10-2021-0246>
- Zighan, S., Alkalha, Z., Bamford, D., Reid, I., e Al-Zu'bi, Z. M. F. (2021). Servitisation through structural adaptation. *Journal of Service Theory and Practice*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/jstp-06-2020-0144>

## **APÊNDICE A - PROTOCOLO DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS**

**Pesquisador:** Ricardo Santos Geraidine

**Professor Orientador:** Prof. Dr. Luciano Ferreira da Silva

### **A) Instruções para o entrevistador:**

A complexidade inerente ao ecossistema da saúde é potencializada pelos atuais desafios e oportunidades que influenciam cada um de seus agentes. Cada vez mais o paciente é protagonista e responsável por sua saúde e tem expectativas que instituições estejam preparadas para oferecer serviços com qualidade e disponibilidade para resolver seus problemas. Ao mesmo tempo, as instituições de saúde buscam a sustentabilidade financeira que garanta a perenidade de sua importante contribuição assistencial para população, governos, sociedades acadêmicas e científicas.

Estas expectativas precisam ser traduzidas em objetivos e iniciativas que engajem as equipes a realizar as melhorias necessárias que dão suporte pleno aos profissionais de saúde para prestar os serviços assistenciais presentes na jornada do paciente. As práticas de gestão de projetos podem ser orquestradas de forma complementar para o desenvolvimento de serviços integrados e completos. O gerenciamento integrado de projetos na saúde pode facilitar a coordenação das diversas iniciativas e equipes em prol de um objetivo comum, orientado a atender as expectativas dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos objetivos estratégicos dos agentes do ecossistema da saúde.

Existem diversos estudos sobre gerenciamento de projetos na saúde, porém, estes estudos tratam de soluções pontuais ou sobre o uso de técnicas específicas para parte das melhorias que efetivamente são necessárias, direcionando complementos para projetos futuros ou iniciativas que ocorrem em paralelo. Com base neste contexto de prestação de serviços de saúde e a gestão de projetos, o objetivo da etapa de pesquisa em campo é compreender, a partir da experiência dos praticantes, como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema de saúde para entrega de serviços aos pacientes.

Para tanto, foi elaborado um modelo teórico conceitual com base na RSL desenvolvido nesta pesquisa, que auxilia a organização dos principais conceitos e categorias abordados com os praticantes para obter evidências sobre sua realidade. A abordagem está segmentada em duas frentes, conforme apresentado na Tabela 10, sendo a primeira orientada às entrevistas

semiestruturadas individuais com executivos / gestores de hospitais. A segunda frente orientada a grupos focais formados por gerentes de área, líderes de escritórios de projeto, líderes e membros de equipes multidisciplinares de projetos em hospitais.

A complementariedade entre a visão estratégica dos executivos e a visão tática-operacional dos gerentes, líderes e times permite compreender a realidade atual do hospital sobre os projetos na saúde, listar oportunidades de melhoria já identificados, dialogar sobre possíveis caminhos, tendo o modelo teórico suas categorias/conceitos como referência e buscar contribuições para refinar o modelo para que este se torne aplicável ao hospital e às demais instituições do ecossistema da saúde. Sendo assim, buscou-se atingir o objetivo específico de incorporar a experiência dos praticantes e refinar o modelo conceitual orientativo de gerenciamento integrado de projetos orientado à jornada do paciente.

Tabela 10 - Apêndice A - Protocolo - Frentes da pesquisa em campo

<b>Frente</b>	<b>Foco</b>	<b>Perfil do praticante</b>	<b>Quantidade objetivo</b>	<b>Número de praticante</b>
Entrevistas Semiestruturadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refinar o modelo a partir da visão institucional e estratégica empírica;</li> <li>• Compreender como a estratégia, objetivos e resultados pretendidos são desdobrados em projetos para equipes dos níveis tático-operacional.</li> </ul>	Executivos / gestores de hospitais Presidente, Diretor(a) ou Superintendente	Entre 10 e 12 entrevistas	individuais
Grupo focal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o modelo refinado com os dados obtidos com as entrevistas semiestruturadas;</li> <li>• Compreender como a estratégia, objetivos e resultados pretendidos são incorporados aos projetos;</li> <li>• Refinar o modelo a partir da visão tático-operacional.</li> </ul>	Gerentes de área, Líderes de escritórios de projeto, Líderes e Membros de equipes multidisciplinares de projeto	Entre 2 e 3 grupos	5 a 8 praticantes por grupo

Fonte: elaborado pelo autor, 2024

## B) Perfil dos hospitais

Os hospitais selecionados para a pesquisa em campo são instituições reconhecidas como referências para o ecossistema da saúde tanto por sua excelência na prestação de seus serviços assistenciais quanto por compartilhar métodos e conhecimentos técnicos com outros hospitais, proporcionando aperfeiçoamento da qualidade de gestão e de qualidade dos serviços de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde é responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados à promoção, prevenção e a assistência à saúde da população. Um de

seus programas é o PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), que tem como objetivo apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de aperfeiçoamento de práticas e prestação de serviços assistenciais. O PROADI-SUS reúne seis hospitais certificados como “Entidades de Saúde de Reconhecida Excelência (ESRE)”, também conhecidas como “Hospitais de Excelência” (ESRE, 2024), que são instituições sem fins lucrativos consideradas referências em qualidade médico-assistencial e gestão: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento, Hospital Sírio Libanês e Hospital Beneficência Portuguesa.

Segundo dados do próprio Ministério da Saúde, desde 2008 foram investidos cerca de R\$ 8 Bilhões em 700 projetos que beneficiaram 5.500 municípios, o que representam 98% das cidades brasileiras (MS, 2024). Os projetos são geridos com recursos dos próprios hospitais participantes, que se encaixam na definição de isenção fiscal, na qual as instituições desembolsam os valores correspondentes a determinados impostos e aplicam no desenvolvimento de projetos que impactam efetivamente o desenvolvimento do SUS. O ciclo de projetos é estabelecido por triênio em acordo entre os hospitais de excelência, o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde de Estados e Municípios.

No triênio 2021 a 2023 foram realizados 179 projetos beneficiando 5.503 instituições, gerando 1,4 milhão de atendimentos assistenciais, 240 mil profissionais capacitados, aperfeiçoamento de 8 mil pesquisadores, contando com mais de 106 mil colaboradores envolvidos com projetos de gestão (Hospitais Proadi-SUS, 2024). A temática dos projetos do programa está segmentada em cinco grupos: Estudos de avaliação e incorporação de tecnologia, Capacitação de recursos humanos, Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde e Pesquisas de interesse público em saúde. A gestão dos projetos segue um rigoroso processo de concepção de propostas, elaboração, execução, gestão de alterações/monitoramento e prestação de contas, que orienta as instituições e equipes multidisciplinares na condução de suas atividades. Além de portarias e normas técnicas, existem também manuais de metodologias de gestão de projetos, desenvolvimento de softwares e segurança de informação que baseadas nos mesmos princípios e práticas de gestão de projetos descritos nesta pesquisa, como por exemplo, práticas ágeis e tradicionais de desenvolvimento de sistemas e gerenciamento de processos (DATASUS, 2024).

Adicionalmente ao PROADI-SUS, existem outros programas do Ministério da Saúde brasileiro como o CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde) que reconhecem hospitais de referência, e é concedido para instituições pessoas

jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde de forma complementar aos serviços públicos prestados pelo SUS. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros. Tratando-se da perspectiva filantrópica e privada, a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAPH), é a entidade que representa os principais hospitais privados de excelência do país. Segundo dados na própria ANAPH, existem mais de 6.300 hospitais no Brasil sendo 41% instituições públicas e 59% privadas. Destas instituições privadas 15,6% possuem certificação de acreditação hospitalar e cerca de 25% delas são membros da ANAPH, totalizando 124 hospitais caracterizadas por atendimento de alta complexidade com receita bruta anual de R\$ 51 bilhões, responsáveis por 210 mil colaboradores e 35,5 mil leitos hospitalares (internação e UTI). Os seis “Hospitais de Excelência” associados ao PROADI-SUS também são membros da ANAPH, assim como as demais instituições, e têm como missão representar os legítimos interesses dos seus hospitais-membros, desenvolvendo uma imagem de agregação de valor por meio de iniciativas inovadoras e modelos de excelência para promover a qualidade da assistência médico-hospitalar no Brasil.

Desta forma, foi estabelecido para esta pesquisa em campo, que os praticantes selecionados para as frentes de entrevista semiestruturada e grupos focais atuam ou tem experiência pregressa preferencialmente dos “Hospitais de Excelência” do programa PROADI. Em caso de indisponibilidade de um destes praticantes e seja necessário complementar as frentes até as quantidades objetivos descritos na Tabela 10, ou atingimento da saturação de dados para análise, outros praticantes de hospitais integrantes da ANAPH ou programa CEBAS são selecionados. Desta forma, seria possível contar com praticantes relevantes que gerem evidências sobre o fenômeno pesquisado, ou seja, como o gerenciamento integrado de projetos pode suportar o ecossistema da saúde para entrega de serviços aos pacientes, sob a perspectiva de instituições públicas, filantrópicas e privadas reconhecidas por sua excelência operacional e contribuição social.

### **C) Condições das sessões de entrevista semiestruturadas e grupos focais**

- Os entrevistados selecionados são praticantes que atuam como executivos (presidentes, diretores(as) ou superintendentes) dos hospitais selecionados conforme perfil descrito neste protocolo;

- Os membros dos grupos focais são praticantes que atuam como (gerentes de área, líderes de escritórios de projeto, líderes de projeto ou membros de equipes multidisciplinares de projeto) dos hospitais selecionados conforme perfil descrito neste protocolo;
- As entrevistas e grupo focais são realizados entre agosto e setembro de 2024;
- As sessões de entrevistas e grupos focais são realizadas presencialmente ou virtualmente (com apoio de ferramenta de conferência Zoom, Google Meet, Teams etc.), conforme conveniência de cada entrevistado;
- Cada entrevista dura cerca de 45 minutos e cada grupo focal de duas horas;
- Sessões de entrevista individuais por praticante. Cada sessão de grupo focal tem previsão entre cinco e oito praticantes preferencialmente representando hospitais e departamentos e/ou áreas de conhecimento, práticas de gestão ou projetos diferentes permitindo enriquecer o diálogo com diferentes perspectivas;
- As formalizações do consentimento para gravação e transcrição para análise de dados são solicitadas aos praticantes antes de cada sessão;
- O entrevistador fez anotações durante e após as entrevistas;
- Todos os dados e informações obtidas contam com precauções para garantir a confidencialidade dos praticantes, realizando a codificação de seus nomes e instituições de saúde que representam, bem como a proteção de dados com restrições de acesso com uso de pastas seguras com controle de acesso protegidas por senhas.

#### **D) Categorias iniciais, conceitos complementares e perguntas orientativas**

Embora as questões tenham sido elaboradas de forma direta para obtenção do conteúdo objetivado nesta pesquisa, as perguntas orientadoras podem sofrer alterações para que o conteúdo pretendido fosse obtido de forma indireta, mitigando vieses nas entrevistas. O objetivo das perguntas é estabelecer uma orientação para o conteúdo pretendido, sendo que mais importante que as perguntas elaboradas foi o conteúdo objetivado relacionado à categoria e a profundidade da conversa para obtenção de evidências sobre o fenômeno pesquisado. Portanto, o intuito das sessões é entender os “comos” e os “porquês” relacionados ao contexto pesquisado, direcionados à cada categoria estabelecida no modelo e a percepção dos entrevistados sobre o modelo apresentado.

A conversa estabelecida principalmente nas entrevistas individuais buscam aprofundar a discussão para obtenção de exemplos, críticas e opiniões sobre o fenômeno estudado. A Tabela 11 registra as principais categorias / conceitos que auxiliam na condução da entrevista e análise como categorias iniciais na perspectiva *theory-drive*.

Tabela 11 - Apêndice A - Protocolo - Lista das principais categorias/conceito

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>Autores</b>
Ecossistema da saúde	O ecossistema da saúde representa o conjunto de agentes (organizações, equipes e indivíduos) que atuam de forma integrada para prover serviços de saúde que impactem positivamente na saúde da população, de seus pacientes e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde com sustentabilidade econômica, social e ambiental.	Mamedio <i>et al.</i> , 2020; Patrício <i>et al.</i> , 2020; Tiso <i>et al.</i> , 2022; Tampio <i>et al.</i> , 2022; Fusco <i>et al.</i> , 2023.
Jornada do paciente	A jornada do paciente é uma representação gráfica do percurso que o paciente deverá passar ao longo de um serviço de saúde. Esse percurso é segmentado em etapas com serviços específicos desde o primeiro contato, acesso, consulta, diagnóstico, tratamento, recuperação, desfecho e navegação. Cada serviço depende que seus componentes funcionem de forma integrada para que o paciente seja atendido de forma eficaz	Erickson <i>et al.</i> , 2012; Joseph <i>et al.</i> , 2020; Randhawa <i>et al.</i> , 2021; Bharatan, 2021; Gravitare-Health, 2021;
Princípios e práticas de gestão de projetos	O ecossistema da saúde realiza a gestão de seus projetos há décadas, mas nem sempre usufrui do potencial que as práticas de gerenciamento de projeto podem proporcionar. O gerenciamento de projetos também evolui para atender o contexto complexo, ambíguo e iterativo dos projetos na saúde. Práticas ágeis, preditivas, gestão de processos e mudanças organizacionais podem ser utilizadas em projetos de contexto complexos e voláteis para potencializar os resultados.	Goodison, 2019; Lima <i>et al.</i> , 2021; Schwaber e Sutherland, 2020; Schwalbe, 2021; PMI, 2022; Larsen <i>et al.</i> , 2022; Kurtz e Snowden, 2003; Samanta <i>et al.</i> , 2023
Gerenciamento integrado de projetos na saúde	O gerenciamento integrado de projetos parte da visão estratégica e orçamentária de uma instituição de saúde e se conecta com a visão de evolução e melhorias dos serviços da jornada do paciente. O gerenciamento integrado de projetos da saúde pode gerar soluções no tempo certo, com sustentabilidade e relacionamentos de longo prazo que possibilitam aos médicos e enfermeiros prestarem o cuidado certo ao paciente adaptado ao contexto de mudanças do ecossistema da saúde.	Miquelin, 1992; Mossalam <i>et al.</i> , 2016; Goodison, 2019; Lavikka <i>et al.</i> , 2019; PMI, 2019; Schwaber e Sutherland, 2020; Schwalbe, 2021; PMI, 2022; Sampaio <i>et al.</i> , 2023; SAFe, 2024.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Tendo em vista que estas categorias influenciam a governança e a tomada de decisão de forma não sequencial e não linear, também foi estruturado um modelo simplificado do modelo teórico representado pela Figura 9 para apoiar o diálogo com os praticantes. A Tabela 12 descreve cada uma das etapas do ciclo de vida de projetos na saúde

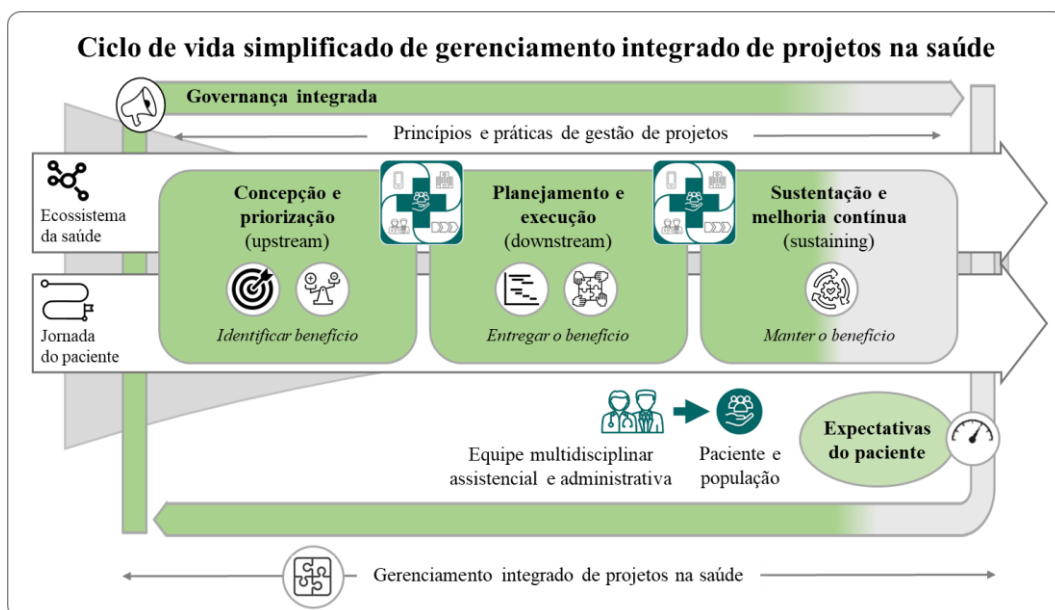


Figura 9 Modelo teórico macro – Ciclo de vida do gerenciamento integrado de projetos na saúde

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

A partir da descrição das categorias iniciais e das etapas do ciclo de vida dos projetos na saúde é possível estabelecer perguntas orientadoras para explorar a realidade dos praticantes, tanto no nível estratégico quanto no nível tático-operacional. A intenção é possibilitar a exploração do conteúdo das respostas a fim de compreender processos, ferramentas, decisões, prescrições, entre outros, que podem auxiliar no refinamento do modelo proposto.

Tabela 12 - Apêndice A - Protocolo - Etapas do ciclo de vida de projetos na saúde

<b>Etapas do ciclo de vida</b>	<b>Descrição</b>	<b>Autores</b>
Concepção e Priorização	Etapa inicial onde os objetivos estratégicos e orçamento anual da instituição de saúde são estabelecidos a partir da análise os fatores externos do ecossistema da saúde e fatores internos, como a jornada do paciente e estrutura organizacional. A partir desta visão, são definidas as diretrizes que norteiam a priorização das evoluções e/ou melhorias nos serviços assistenciais, estabelecendo assim, a relação de iniciativas e benefícios pretendidos em cada projeto.	Niiranen <i>et al.</i> , 2019; Larsen <i>et al.</i> , 2021a
Planejamento e Execução	Etapa dedicada ao planejamento integrado, desenvolvimento de cada elemento que irão compor os serviços da jornada do paciente e lançamento da prestação de atendimento, entregando assim os benefícios pretendidos na fase de Concepção e Priorização.	Kokkonen <i>et al.</i> , 2018; Hall <i>et al.</i> , 2019; Schwalbe, 2021; Gavahi <i>et al.</i> , 2023
Sustentação	Etapa com objetivo de garantir a continuidade dos serviços e dos benefícios. Nesta etapa, os indicadores de performance dos componentes de serviços em operação, bem como das equipes assistenciais, são analisados periodicamente pelas lideranças para gerar direcionadores para a estratégia da instituição e promover a melhoria contínua de serviços assistenciais ou administrativos objetivando a sustentação dos benefícios	Lai <i>et al.</i> , 2021; Peng <i>et al.</i> , 2020; Amankwa <i>et al.</i> , 2022; Sampaio <i>et al.</i> , 2023;
Governança Integrada	Etapa transversal das 3 etapas anteriores, estabelecendo uma cadência cíclica alinhada com as constantes mudanças do ambiente da saúde. O foco é manter permanente monitoramento e comunicação de	Gambo <i>et al.</i> , 2021; Samanta <i>et al.</i> , 2022

	tendência de eficácia de seus planos, investimentos e geração de serviços de qualidade com benefícios sustentáveis que realimentam a estratégia	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A lista com as perguntas orientadoras é apresentada na Tabela 13 correlacionando categorias e etapas do ciclo de vida possibilitando desta forma tornar as sessões de entrevistas e grupos focais mais objetivas e direcionadas ao objetivo específico de buscar refinamentos no modelo teórico para que este seja aplicado na prática dos projetos na saúde.

Tabela 13 - Apêndice A - Protocolo - Questões orientadoras correlacionando categorias e etapas do ciclo de vida

Frente	Questões orientadoras	Categorias				Etapas			
		ES	JP	GP	GPIS	CP	PE	SU	GI
Entrevistas semi-estruturadas	Pergunta qualificadora: Quais suas principais responsabilidades perante o hospital onde atua? Compreender a relação das atividades profissionais com a área de gestão de projetos.								
	Como as relações com o ecossistema da saúde, jornada do paciente e governança de projetos influenciam a estratégia do hospital? (AS-IS)	X	X	X	X	X			X
	Como a estratégia da instituição e resultados pretendidos são desdobrados para os níveis tático-operacionais da sua instituição (gerência e equipes   AS-IS)?		X	X	X	X	X	X	X
	Como os objetivos estratégicos de prestação de serviços à saúde integram a jornada do paciente?		X	X	X	X	X	X	X
	Quais os rituais de governança e gestão de projetos são praticados na sua instituição (AS-IS)? Como eles são conduzidos?			X	X	X	X	X	X
	Qual a importância da governança e gerenciamento integrado de projetos alcançar os objetivos estratégicos?				X				X
	Apresentar modelo simplificado (Figura 9) e captar o que poderia ser aperfeiçoado para gerar maior integração entre estratégia e níveis tático-operacional (TO-BE).	X	X	X	X	X	X	X	X
	Na sua opinião, que mudanças adicionais podem ser feitas no modelo possa ser utilizado em sua instituição?	X	X	X	X	X	X	X	X
	Baseado em sua experiência, quais outros refinamentos poderiam ser aplicados ao modelo para que ele se torne replicável para outros hospitais, sejam eles públicos ou privados?	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo focal	Apresentar o modelo macro refinado (Figura 9) com os dados obtidos com as entrevistas semiestruturadas aos participantes do grupo focal	X	X	X	X	X	X	X	X
	Qual a realidade dos participantes e quais as primeiras impressões sobre o modelo macro? (AS-IS)	X	X	X	X	X	X	X	X

Apresentar o modelo detalhado (Figura 8) para explicação detalhada de cada etapa e seus elementos, buscando refinamentos (TO-BE),	X	X	X	X	X	X	X	X
Propor ao grupo que discutam uma etapa e estabeleçam consenso sobre refinamentos necessários	X	X	X	X				
1) Concepção e priorização (Identificar benefício). Quais os refinamentos que o grupo considera necessários?	X	X	X	X	X			
2) Planejamento e execução / (Entregar benefício). Quais os refinamentos que o grupo considera necessários?	X	X	X	X		X		
3) Sustentação e melhoria contínua (Manter o benefício). Quais os refinamentos que o grupo considera necessários?	X	X	X	X			X	
4) Governança integrada. Quais os refinamentos que o grupo considera necessários?	X	X	X	X	X	X	X	X
Consolidação final: Quais os refinamentos adicionais que o grupo recomenda para que o modelo teórico possa ser aplicado na prática nos hospitais em que os membros atuam? Quais os ganhos de um modelo como este para o ecossistema da saúde? Quais outros refinamentos poderiam ser aplicados ao modelo para que ele se torne replicável para outras instituições de saúde?	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024

Em específico para os grupos focais, também foi estruturado uma grade representada na Tabela 14 de tópicos, interlocutores e tempos da dinâmica prevendo duração de duas horas para cada sessão de grupo focal.

Tabela 14 - Apêndice A - Protocolo – Exemplo de dinâmica do grupo focal

Grupo Focal				
Tópico	Interlocutor	Duração	Início	Término
Abertura e dinâmica do grupo focal	Orientador	00:02:00	09:00:00	09:02:00
Conceito geral <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar o modelo (Figura 9) refinado com os dados obtidos com as entrevistas semiestruturadas</li> </ul>	Autor	00:03:00	09:02:00	09:05:00
Realidade dos participantes (AS-IS) <ul style="list-style-type: none"> <li>Qual a realidade e desafios de cada participante?</li> <li>Como as estratégias, categorias, etapas do ciclo de vida e objetivos/resultados pretendidos são compreendidos / disseminados para os times e incorporados aos projetos de sua instituição?</li> </ul>	Entre 5 e 8 participantes	00:02:00 por participante		
Intervalo		00:05:00	09:40:00	09:45:00
Conceito detalhado <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar o modelo completo (Figura 8) para explicação detalhada de cada etapa e seus artefatos</li> </ul>	Autor	00:05:00	09:45:00	09:50:00

Percepções e refinamento (TO-BE)	Em grupo	01:12:00	09:36:00	10:48:00
• Concepção e priorização (Identificar benefício)	Em grupo	00:12:00	09:48:00	10:00:00
• Planejamento e execução (Entregar benefício)	Em grupo	00:12:00	10:00:00	10:12:00
• Sustentação e melhoria contínua (Manter o benefício)	Em grupo	00:12:00	10:12:00	10:24:00
• Governança integrada	Em grupo	00:12:00	10:24:00	10:36:00
Consolidação	Autor	00:10:00	10:48:00	10:58:00
Encerramento	Orientador	00:02:00	10:58:00	11:00:00

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

E) Introdução da entrevista

O(A) senhor(a) foi selecionado(a) para essa entrevista (ou grupo focal) por ser um(a) praticante relevante do ecossistema da saúde, assim acredito que sua experiência possa contribuir para refinar nosso estudo sobre a importância do gerenciamento integrado de projetos para entrega de serviços aos pacientes. Agradeço sua disponibilidade em nos receber e em contribuir, de forma voluntária, com nosso estudo. Desde já, me coloco à disposição para compartilhar os resultados e conhecimentos desta pesquisa com o senhor(a) e com sua equipe, caso seja de seu interesse.

Peço sua autorização para gravar a entrevista com intuito de análise dos dados obtidos para compor os resultados. O(A) senhor(a) poderá solicitar a interrupção da gravação ou da entrevista em qualquer momento. Somente os pesquisadores envolvidos na concepção do estudo terão acesso ao conteúdo, sendo que nomes de pessoas e/ou empresas são suprimidos do estudo protegendo sua integridade e confidencialidade. Também será enviado ao senhor(a) a transcrição da entrevista para que seja avaliada e validada.

F) Possíveis temas a serem tratados na entrevista

- Influência do ecossistema da saúde e do paciente em sua organização;
- Tendências, desafios e oportunidades no setor da saúde;
- Atuação dos times multidisciplinares em projetos (líder de projetos, médicos, enfermeiros, técnicos das diversas especialidades, parceiros e equipe administrativa);
- Abrangência e organização dos serviços da jornada do paciente em sua organização;

- Práticas de gestão de projetos (preditivo/preditivo, ágil, processos e mudança organizacional etc.);
- Planejamento estratégico para prestação de serviços de saúde e fontes de financiamento;
- Gestão integrada de portfólio, programas e projetos;
- Governança, processo decisório e gestão de benefícios;

### **G) Anotações após a entrevista**

São tomadas notas sobre as percepções durante a entrevista e após a aplicação das entrevistas para viabilizar e melhorar o processo de análise. Aqui foram levados em conta aspectos verbais e não-verbais.