

1. INTRODUÇÃO

Pesquisas executadas na Inglaterra e País de Gales, indicam que a sobrevivência ao câncer está melhorando, e dobrou nos últimos 40 anos. De acordo com esses estudos, é possível perceber que 50% das pessoas diagnosticadas com esta doença, entre 2010 e 2011, sobreviveram por no mínimo 10 anos (Cancer Research UK, 2011). No Brasil a sobrevivência relativa esperada é de cinco anos para 50% dos casos de câncer (INCA, 2006). Neste caso, nota-se que a expansão contínua de tratamentos com eficácia, pode estar relacionada ao gerenciamento da equipe de profissionais da Saúde, envolvida no tratamento de câncer (Connor, Ponte, & Conway, 2002); trazendo à tona questões importantes no que diz respeito ao modelo de gestão adotado.

Diante deste aspecto, a coordenação, a comunicação e a tomada de decisão, entre os membros da equipe de saúde e os pacientes, são elementos que podem ser melhorados durante o tratamento do câncer (Fleissig, Jenkins, Catt, & Fallowfield, 2006). Sendo assim, a liderança da equipe de saúde colabora com o atendimento ao paciente através da responsabilidade compartilhada, e do processo de melhoria integrada (Connor, Ponte, & Conway, 2002). Desta forma, permite que as ações aplicadas sejam ainda mais eficientes, o que traz melhores resultados.

Assim, a criticidade de tarefas é fundamental para determinar quais estão inclusas no desenho de interdependência e gerenciamento (Trosman et al., 2016). Na oncologia, a coordenação é complexa e dispendiosa, porém algumas tarefas podem ser executadas de forma autônoma; conseqüentemente, se faz necessário definir o devido grau de interdependência de tarefas com base na criticidade (Quinn, 2014). No setor de Saúde, a abordagem ao tratamento como sendo um projeto tem sido proposta, entretanto, inexplorada (Trosman et al., 2016). Como numa consultoria, as informações do projeto de tratamento oncológico devem estar disponíveis para todos os envolvidos com o mesmo, sendo: paciente, cuidador, médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde (Connor et al., 2002). Deste modo, a qualquer momento, os membros da equipe devem entender a criticidade da situação e saber como se comunicar, para que se tenha um melhor direcionamento de suas ações (Quinn, 2014).

Contudo, percebemos que a utilização das práticas de gerenciamento de projetos, muitas vezes não são usadas de maneira eficiente (Matrane et al., 2014). Isso pode ocorrer por alguns motivos, um deles está relacionado a questões burocráticas; o que dificulta a utilização dos modelos e processos de gestão de projetos, forçando a adoção de práticas informais (Turner & Ledwith, 2016). Portanto, esse estudo se justifica para que essas rotinas de projetos possam ser identificadas no contexto das equipes multidisciplinares na oncologia. Além disso, para que também possam ser analisadas com o intuito de que essas técnicas venham a contribuir com os profissionais de saúde durante o tratamento oncológico. Neste caso, o objetivo deste estudo é identificar a utilização das práticas de gerenciamento de projetos em atividades dos profissionais da Saúde durante o tratamento oncológico.

Cabe ressaltar ainda, que esta é uma pesquisa sobre o modelo de tratamento oncológico, a partir da utilização de técnicas e ferramentas de gerenciamento de projetos em atividades e processos críticos. E essa proposição do modelo de tratamento tem como principais benefícios: melhorar a experiência do paciente, melhorar o controle sobre o tratamento, reduzir custos além de melhorar a vida profissional das pessoas que estão envolvidas no tratamento oncológico (Connor, Ponte, & Conway 2002). Por fim, para atender a proposta deste trabalho, num primeiro momento iremos trazer uma breve conceitualização sobre as práticas de gerenciamento de projetos, e na seqüência fazer uma relação com acreditação hospitalar. Depois será apresentado o método e técnica de pesquisa, contendo a coleta e análise de dados. Na seqüência os resultados, as discussões e considerações finais.

2. PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE PROJETO E EQUIPE

O paradigma de gerenciamento de projetos é definido por meio de guias genéricas de conhecimento, como o PMBOK® do *Project Management Institute* e a *Association for Project Management* (APM, 2006). No estudo de Besner e Hobbs (2012), os profissionais de gerenciamento de projetos experientes forneceram uma descrição de sua prática e o que eles realmente fazem quando gerenciam projetos. Os resultados indicaram que práticas, ferramentas e técnicas são utilizadas em *clusters* ou grupos, denominados “conjuntos de ferramentas”. A ideia de apresentar práticas em grupos não é nova, e a partir da introdução do Guia PMBOK® essas atividades foram agrupadas por área de conhecimento (PMI, 2017).

Para Papke-Shields, Beise e Quan (2010) as práticas de gerenciamento de projeto estão encapsuladas, reconhecendo diferenças entre PMBOK® e outros padrões. Porém, acreditam que qualquer conjunto específico de padrões, provavelmente, capturará a maioria dos elementos, considerados como melhores práticas, em todo o cenário global. Entretanto, quando falamos em práticas, as mesmas envolvem pessoas e conhecimento; e, neste caso, quando existe uma rotina já incorporada pelos indivíduos, e que foram adquiridas em situações específicas e pelas experiências, há uma maior dificuldade de se modificar o hábito, e consequentemente, alterar essas práticas enraizadas, requer mudança de comportamento (Tucker et al. 2007).

Percebemos então, que as organizações de Saúde enfrentam crescente pressão para melhorar suas operações e fornecer evidências da qualidade e eficiência de seus processos (Kujala et al., 2006). Os gerentes que atuam nesta Área, e que tradicionalmente se concentravam na qualidade do atendimento, agora são forçados a revisar suas práticas gerais de gerenciamento em prol da eficácia (Baker, 2001). Os relatórios do *Institute of Medicine* (IOM) de 2000/2001 sugeriram que 58% dos erros médicos relacionados às mortes hospitalares nos EUA poderiam ter sido evitados (Hellstrm et al., 2010).

Sendo assim, quando se trata de práticas de Saúde, existem abordagens uniformes e globais para identificar as deficiências de serviços específicos. Além disso, as estratégias de planejamento visam mitigar essas fraquezas, a fim de alcançar um melhor desempenho (Lurie et al., 2002). Também percebemos que o conhecimento no ambiente de saúde flutua rapidamente, dificultando o acompanhamento de todas as práticas potencialmente melhores (Jukema et al., 2015). Deste modo, a partir do momento em que as equipes de projeto participam de atividades como revisões de literatura e visitas a outras organizações semelhantes, é possível descobrir as melhores práticas e dicas de implementação que aumentam a probabilidade de êxito na transferência de conhecimento (Tucker et al. 2007).

2.1 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E SUA RELAÇÃO COM PROJETOS

A segurança e o foco no paciente estão emergindo como motores-chave na reforma da Saúde. Neste caso, as instituições que atuam nesta Área, vem passando por constantes vistorias e avaliações; o que faz com que as mesmas busquem melhorar cada vez mais os seus processos internos. Sendo assim, a acreditação é a avaliação de qualidade externa comum nos objetivos estratégicos das organizações de Saúde (Brubakk et al., 2015); e visando maior alinhamento aos requisitos desta avaliação, Programa de Acreditação Hospitalar estão fazendo cada vez mais parte das rotinas de um Hospital. Portanto esse Programa tem como objetivo avaliar sistematicamente os hospitais, em relação aos padrões aceitos globalmente, e sua certificação é uma confirmação da organização em relação aos padrões pré-determinados e publicados (Brubakk et al., 2015).

O principal objetivo da acreditação é fornecer serviços de saúde seguros, de qualidade e, consequentemente, melhorar os resultados da saúde (Tashayoei et al., 2020). Desta forma,

pesquisas apresentam a acreditação como o primeiro passo para alcançar a excelência em saúde; e, obter a certificação, é um símbolo da qualidade do desempenho organizacional (Tashayoei et al., 2020). Nesse sentido, a capacidade dos programas de acreditação de fazer mudanças positivas e promover atividades clínicas e organizacionais baseadas em evidências, levou a sua aceitação no mercado como impulsionador da melhoria do sistema de saúde (Tashayoei et al., 2020).

Estudos anteriores sobre a implementação de programa de acreditação, mostram o impacto positivo no aumento da eficácia, eficiência, qualidade, segurança, liderança, trabalho em equipe e comunicação. Além disso, o credenciamento pode oferecer uma oportunidade para aumentar o financiamento ou reduzir custos (Tashayoei et al., 2020). Porém, experiências negativas em relação à implementação do programa de acreditação, também foram destaques em outros trabalhos e se pautaram em dois grandes assuntos: documentação e emoções (Sadeghi-Bazargani et al., 2015). Os enfermeiros elencaram os excessivos tempos despendidos em documentação e *briefings*, enquanto deveriam passar seu tempo principal cuidando dos pacientes. Essa pressão mental trouxe aumento do estresse e desgaste na equipe de enfermagem, incorrendo em problemas físicos e mentais para os funcionários, afetando negativamente sua qualidade de vida (Sadeghi-Bazargani et al., 2015).

Ainda enfatizando impactos gerados na assistência, pelo processo de acreditação e relatados em estudos anteriores, Manzo e Brito (2012) destacam que os profissionais de saúde se veem em um cenário permeado por cobranças, pressão, estresse, falta de valorização e reconhecimento. Porém, apesar de inerente a qualquer sistema que utiliza avaliação e busca de melhoria contínua, esta situação pode ser suavizada pelo incremento de estratégias que busquem o reconhecimento dos profissionais envolvidos, a fim de proporcionar uma continuidade e maior adesão à gestão de qualidade (Manzo e Brito, 2012).

Portanto, é importante destacar que tanto os Programas de Acreditação (Tashayoei et al., 2020), quanto as práticas de gerenciamento de projetos propostas no PMBOK (PMI, 2017), possuem objetivos incomum, que estão ligados a uma maior eficiência das tarefas executadas pelos indivíduos, a partir de um princípio e/ou conjunto de regras. Cabe ressaltar que os elementos que trouxeram benefícios para as organizações de Saúde a partir Acreditação, tais como: qualidade, liderança, trabalho em equipe, comunicação, entre outros – também fazem parte do escopo de projetos, o que reforçar a relação entre esses Programas e as práticas de gestão de projetos. Desta forma, fica evidente a sintonia entre os mesmos, o que nos faz acreditar que a partir da implementação desses processos é possível melhorar o desempenho e alcançar melhores resultados, trazendo maiores benefícios durante o tratamento oncológico.

3.MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Este estudo trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, utilizando o método qualitativo exploratório-descritivo a partir da análise de conteúdo. Segundo Mozzato e Grzybovski (2011) essa técnica ajuda a compreender um assunto com profundidade, mostrando-se importante para o campo organizacional, principalmente pelo rigor. Para Hsieh e Shannon (2005) a análise quantitativa de conteúdo, é mais um dos diferentes métodos que são usados para exploração e avaliação de dados, a partir de textos.

Para isso, foi desenvolvido um roteiro semiestruturado para coleta de dados durante as entrevistas com os profissionais da área da Saúde, envolvidos com o tratamento oncológico. Desta forma, a análise do discurso é considerada como sendo uma técnica que busca explorar a relação entre o discurso e a realidade (Mozzato & Grzybovski, 2011). Além disso, os autores acrescentam que os textos são unidades discursivas baseadas no pronunciamento material do discurso em questão, sendo esse o objeto de análise.

De acordo com Mozzato e Grzybovski (2011) existem vários meios para documentar uma determinado conteúdo, e isso irá permitir uma maior adequação ao assunto estudado. Deste modo, os dados foram provenientes de 12 entrevistas realizadas com profissionais da Saúde, e que posteriormente possibilitou a sua transcrição. Na sequência esses dados foram analisados com o auxílio do *software* MAXQDA, que é um dos vários programas de computadores utilizados para análise de dados qualitativo (Teixeira & Becker, 2001).

3.1 Coleta de Dados

As entrevistas iniciaram após a aprovação do comitê de ética. Para a realização das entrevistas os autores tomaram os cuidados necessários para preservar os profissionais, tratando pontos importantes. Como exemplo, as questões seguiram um formato curto e foram realizadas perguntas adicionais, quando necessário (Ghiglione & Matalon, 1997). Para garantir o anonimato, todos os envolvidos foram identificados por códigos. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, buscando assegurar as expressões emitidas pelos entrevistados no momento da coleta dos dados (Fielding & Thomas, 2008).

Foram entrevistados 12 profissionais/gestores ligados ao tema no período de janeiro e fevereiro de 2021. Onde tivemos aproximadamente 9 horas de entrevistas, gerando 81 páginas transcritas. O roteiro de entrevistas foi elaborado em partes, sendo que a primeira parte teve o intuito de coletar dados descritivos de cada entrevistado, como nome, cargo, tempo de profissão etc. A segunda e terceira parte, foram elaboradas com o suporte do referencial teórico deste estudo.

3.2 Análise dos dados

Os dados foram analisados com o suporte do *software* MAXQDA. Os achados da pesquisa foram categorizados com base no referencial teórico. As categorizações passaram por uma análise detalhada para melhor aplicação. Foram analisadas as transcrições (dados primários) e as anotações realizadas durante as entrevistas. Os dados coletados nos sites (dados secundários) dos hospitais, onde os profissionais trabalhavam, serviram para dar apoio no desenvolvimento da pesquisa e na interpretação dos dados. Todas as informações coletadas passaram por múltiplas leituras, com o intuito de criar uma estrutura de dados. Os 8 códigos mais referenciados nos segmentos de textos destacados das transcrições, foram: Equipe Multidisciplinar com frequência de 78 segmentos, Práticas Ger. de Projeto com frequência de 68, Acreditação 48, Protocolos 45, Equipe Médica 42, Paciente 33, Treinamento 26 e Qualidade com frequência de 24 segmentos.

Durante o processo de análise de dados, as respostas obtidas nas entrevistas e transcritas para o *software* MAXQDA, foram organizadas em assuntos relacionados ao fenômeno estudado (Bazeley, 2013) exaustivamente até o término da codificação, gerando sua saturação teórica, ou seja, novos dados não geram novos *insights* na análise ou categorização (Saldaña, 2013). Em alguns estudos pode surgir a necessidade de novas coletas durante todo o processo, a fim de saturar a amostra, o que leva a um processo circular com incremento dos dados e novos códigos (Saldaña, 2013).

4. RESULTADOS

Na tabela 2 são representados os seguintes dados: cargo, gênero e tempo no cargo dos 12 entrevistados no estudo.

Tabela 1

Dados específicos dos entrevistados

Entrevistado	Gênero	Cargo	Tempo no cargo
EN01	masculino	Diretor de hospital	3 anos
EN02	feminino	Enfermeira	16 anos
EN03	feminino	Médica	14 anos
EN04	masculino	Diretor / médico de hospital	13 anos
EN05	masculino	Diretor de hospital	5 anos
EN06	masculino	Diretor / médico de hospital	8 anos
EN07	feminino	Médica oncologista	15 anos
EN08	masculino	Médico oncológico	4 anos
EN09	masculino	Gte de operações oncológicas	10 meses
EN10	feminino	Médica oncologista	25 anos
EN11	feminino	Gestora administrativa	14 anos
EN12	feminino	Gerente de serviços hospitalar	12 anos

Na Tabela 3 são listados os códigos criados a partir da transcrição das entrevistas com suas respectivas descrições para melhor compreensão do critério de definição deles.

Tabela 2

Lista de códigos e descrição

Códigos	Descrição
Acreditação	É a avaliação sistemática de hospitais em relação a padrões aceitos globalmente (Brubakk et al., 2015)
Análise de Risco	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Auditoria	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Benchmarking	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Burocracia	Barreira na implementação de acreditação (Manzo & Brito, 2012)
Comunicação	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Convênios	Medicina suplementar (Manzo & Brito, 2012)
Equipe Médica	Equipe da assistência hospitalar com formação em diferentes áreas da saúde. Atua em conjunto com a equipe médica no tratamento oncológico (Connor et al., 2002)
Equipe Multidisciplinar	Equipe da assistência hospitalar com formação em diferentes áreas da saúde. Atua em conjunto com a equipe médica no tratamento oncológico (Connor et al., 2002)
Estrutura Familiar	Stakeholder (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Estrutura Organizacional	Organização hospitalar (Porter & Lee, 2013)
Gestão de Mudança	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Home Care	Atendimento ao paciente em casa (Strasser-Weippl et al., 2015)
Humanização	Motor-chave para reforma na saúde (Brubakk et al., 2015)
Impacto Financeiro	Fator de análise de viabilidade de uma solução (Porter & Lee, 2013)
Indicadores de Performance	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Inovação	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Joint Commission International (JCI)	Certificadora de qualidade de serviços de saúde (Brubakk et al., 2015)
Lições Aprendidas	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Liderança	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Medicina de Família	Stakeholder (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)

Metas	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Certificadora de qualidade de serviços de saúde (ONA, 2021)
Paciente	Stakeholder (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Pesquisa de Satisfação	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Planejamento	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Posicionamento no Mercado	Benefícios da acreditação (Brubakk et al., 2015)
Práticas Ger. de Projeto	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Projeto	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Prontuário	Relatório de acompanhamento do paciente (Manzo & Brito, 2012)
Protocolos	Processos e procedimentos implementados pela acreditação (Brubakk et al., 2015)
Qualidade	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Reuniões de Acompanhamento	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Segurança	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)
Treinamento	Prática de gerenciamento de projeto (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010)

Na Figura 1, é possível visualizar a relação dos principais códigos encontrados e relacionados no estudo. É importante explicar que as linhas mais espessas significam que o código teve mais relevância pelos pesquisadores e foi usado com mais frequência. Podemos perceber uma identificação por meio de números que significam a quantidade de coocorrências. Por meio desse mapa é possível identificar uma forte relação da equipe multidisciplinar com a equipe médica. Também é possível verificar uma relação de coocorrência de práticas de gerenciamento de projetos com a equipe multidisciplinar e com a equipe médica. As práticas de gerenciamento de projetos também se conectam significativamente com os protocolos. As outras conexões significativas, mas não tão intensas com as práticas de gerenciamento de projetos, são com qualidade, acreditação, reuniões de acompanhamento, indicadores de performance, comunicação, liderança e segurança. Fizemos mapas equivalentes para cada um dos subitens a seguir.

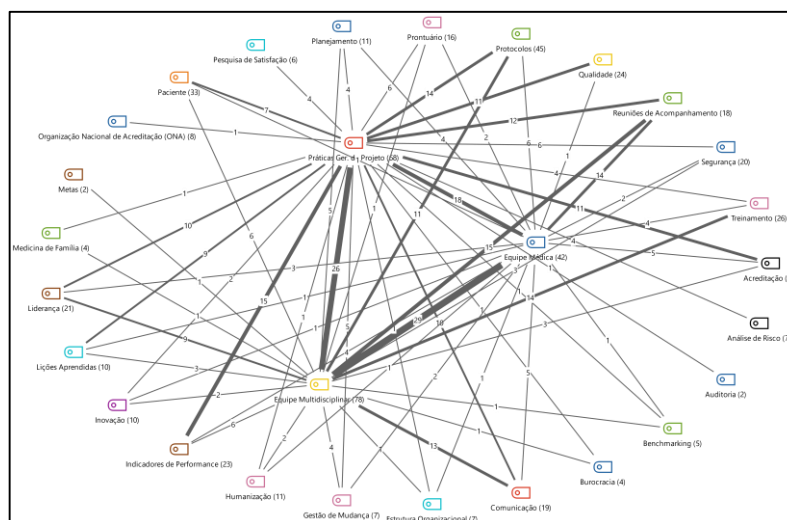


Figura 1 - Mapa de coocorrência entre os códigos da pesquisa

5. PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Foi possível observar a maior coocorrência entre equipe multidisciplinar e equipe médica, com as práticas de gerenciamento, através do número de ocorrências apresentado nas linhas e com base na espessura entre as linhas. Isto ocorreu porque durante o tratamento oncológico as equipes médica e multidisciplinar interagem constantemente utilizando práticas de gerenciamento de projeto. Se considerarmos o tratamento oncológico sobre a perspectiva do paciente, o tratamento oncológico é um projeto. Projeto é um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado único (PMI, 2017).

Avaliando as entrevistas é possível identificar que as práticas de gerenciamento de projetos emergem ao longo do tratamento oncológico: definição de escopo; elaboração de lista e inter-relacionamento de atividades, estimativa de duração das atividades, qualidade e auditorias, gerenciamento de mudança, plano de comunicação, gerenciamento de risco, reuniões de acompanhamento e monitoração.

5.1 Definição de escopo

O escopo do tratamento oncológico ocorre após o estadiamento, que é a avaliação da extensão do tumor. O estadiamento pode ser clínico e patológico. O estadiamento clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao caso, enquanto o estadiamento patológico é realizado após a cirurgia através da análise anatomopatológica dos órgãos retirados da cirurgia. É estabelecido após o tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão (INCA, 2021). Essa explicação é possível ser verificada no trecho, a seguir, retirado das entrevistas.

Ele chega com uma imagem de uma tomografia suspeita para o câncer de pulmão, é alguma lesão que foi detectada por um outro médico, muitas vezes é o médico da família, o clínico que cuida dele ou cardiologista ou pneumologista que o acompanha por outro motivo, detecta alteração e vai ter que ir para uma outra equipe, outro médico para investigar. O que já vem diagnosticado ele já passa por um segundo processo que é fazer o que a gente chama de estadiamento que envolve outros exames para ver se esse tumor é localizado no pulmão por exemplo, ou se ele já espalhou para outros órgãos. Então se ele tem diagnóstico é um passo mais rápido você vai fazer o estadiamento. Definindo esse estadiamento que é se esse tumor é localizado, se ele já avançou um pouco, se ele já se espalhou você define o tratamento...[EN08].

5.2 Elaboração de lista e inter-relacionamento de atividades

A partir da definição do diagnóstico, é elaborado o plano de atividades entre equipe médica e multidisciplinar baseado em protocolos pré-definidos. Os protocolos são uma espécie de regulamento que a equipe médica deve seguir para aumentar as chances de resposta positiva do paciente, são estabelecidos por entidades reguladoras e sociedades de especialidades médicas internacionais, de acordo com o tipo de câncer e através de estudos científicos. Os protocolos envolvem atividades para diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de uma determinada doença. Na oncologia, existem diversos protocolos considerando os diferentes tipos de câncer e determinam: quais são os exames necessários para diagnosticar o tipo de tumor; quais tratamentos são adequados (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, imunoterapia, hormonioterapia); quais terapias serão utilizadas; a combinação e a ordem de aplicação dos tratamentos; os medicamentos específicos a serem utilizados, suas doses e a frequência de

administração; quanto tempo o tratamento deve durar; e o período de recuperação entre os ciclos terapêuticos (NCI, 2021). Esse processo de diagnóstico pode ser visto nas falas dos entrevistados, como a seguir:

A interdependência entre atividades é feita através de conversa com a equipe multidisciplinar, explica, fala o que o paciente tem, qual o diagnóstico, o que a gente quer que ele acompanhe, o que precisa, eles já têm um protocolo também. Por exemplo, falando do dentista, a gente sabe que tem paciente que vai ter mucosite relacionado a quimio, então ele já tem todo um protocolo de atendimento para evitar, tentar fazer uma prevenção que não aconteça uma mucosite tão mais grave e até depois do tratamento mesmo. Ele já tem os protocolos de atendimento dele, mas é mais uma conversa entre as equipes para passar o caso para que ele possa atuar de maneira satisfatória... [EN10]. A interdependência entre as diversas especialidades é definida pelo oncologista assistente, conforme ele vai detectando essa necessidade, ele faz o encaminhamento para especialidade que necessita naquele momento... [EN11]

5.3 Qualidade e auditorias

Um fator também evidenciado através da Figura 1, é a relação entre acreditação, protocolos com qualidade e segurança no tratamento oncológico do paciente. A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação e certificação de qualidade de serviços de saúde para verificação do cumprimento de requisitos criados para melhorar a segurança e qualidade do tratamento. Os princípios da acreditação têm caráter educativo através de métodos e técnicas para prover padronização e melhoria nos processos. Desta maneira, métodos e controles são incorporados à rotina e cultura da organização, visando melhores práticas nos procedimentos e processos do hospital, além de credenciá-lo perante a sociedade. Nos trechos extraídos das entrevistas a seguir, é possível identificar o que foi exposto.

Para o hospital, os processos ficaram muito mais claros, diminuiu o retrabalho, a comunicação ficou muito melhor entre os setores, os fluxos ficaram mais fluidos, ao contrário do que muita gente pensa, a acreditação coloca barreiras na segurança, mas ela torna os processos muito mais lógicos, muito mais assertivos no dia a dia e isso você junta com o controle de infecção, que é muito melhor porque você implementa a questão de todos os pacotes de assistência e também você tem uma checagem mais rígida relacionada aos medicamentos, então isso deixa muito mais seguro e muito mais eficiente no dia a dia à pratica ... [EN04].

Então eu peguei fase pré e pós da acreditação não peguei muito bem o meio tá? Então eu percebi que os processos internos, os fluxos, toda a organização do hospital ela tá no papel o que é muito importante, tá tudo documentado e pouca coisa sai desses fluxos e processos... então, o que a gente vê muito pouco acontecer são falhas de aplicação de medicamentos, conciliação medicamentosa adequada, se vê *checklist* duplo então quando alguém prescreve por exemplo uma Dipirona para um paciente que é eventualmente alérgico, essa dipirona não vai ser feita, porque o erro tem vários obstáculos para ser vencido de tantos protocolos e fluxos que tem, então o erro que dentro de um hospital é muito comum, é muito menos provável de acontecer, existem várias passagens, checagem para você fazer... na hora que o paciente chega no centro cirúrgico ele ganha um x de caneta na perna, ele ganha um monte de fluxos, na hora que o paciente vai ser anestesiado é perguntado para ele: você tem certeza que é essa perna que tá o x? ai fazem outro x, então são tantas barreiras para se evitar o erro que a gente

tem certeza que o paciente tem segurança, de que ele vai vir para o hospital e não vai pelo menos correr risco maior do que a própria doença que ele tem...[EN06].

Eu acho que uma das coisas que mais fizeram diferença depois da acreditação foi o posicionamento no mercado, acho que isso fez um diferencial de posicionamento, em Curitiba não tinha nenhum hospital acreditado pela *Joint Commission*, em São Paulo tem vários hospitais, mas aqui não tinha, então a partir do momento em que uma cidade grande como Curitiba com IDH alto e uma procura por qualidade as pessoas aqui em Curitiba tem uma camada da população que costuma ir para São Paulo para resolver seus problemas, é perto né? Relativamente perto, quatrocentos quilômetros, uma hora de avião para você resolver o teu problema de saúde, mas quando tem uma emergência você não pode ir para São Paulo, então o que a *Joint Commission* trouxe, trouxe para aquela população que é diferenciada, tem um convênio diferenciado, um local de referência no mercado de segurança acreditada e isso transformou o hospital, que inicialmente era um hospital novo, bonito, mas que era uma dúvida numa certeza se ele foi acreditado pela *Joint Commission* e o único acreditado na cidade, poxa agora a gente tem certeza que além de bonito com boa hotelaria tenho uma certeza de qualidade. [EN06]

Todas as medidas são validas, principalmente para segurança do paciente, para o melhor tratamento com melhor qualidade e menos erros possíveis. Porque a gente sabe que o ser humano pode errar. Então todos os processos visam o melhor atendimento e melhor qualidade para o paciente...” [EN10].

A acreditação é padronização e acompanhamento de todos os processos, isso sem dúvida, se não tem isso bem claro dentro de critérios já preestabelecidos onde se entende que isso considera uma instituição acreditável, não se tem qualidade no que se faz... [EN09].

5.4 Plano de comunicação, reuniões de acompanhamento e lições aprendidas

Durante o tratamento oncológico ou a execução do plano de tratamento, as equipes médicas e multidisciplinar fazem o acompanhamento através de reuniões periódicas para analisar a situação atual do paciente em comparação ao plano elaborado no início do tratamento baseado nos protocolos existentes, ainda como pauta da reunião são discutidas as lições aprendidas do período desde a última reunião até a atual. Conforme visto nos trechos a seguir:

A reunião de acompanhamento para pacientes internados acaba sendo basicamente todos os dias exceto nos finais de semana, pacientes que estão na UTI ou na unidade de transplante tem visita diária onde participa a enfermeira, a fisio, a nutricionista então é multi. É uma visita objetiva pontuais naquele dia, como é diária então você vai acompanhando as coisas que estão acontecendo de 24 horas para cá. Em relação aos pacientes ambulatoriais, que já estão em acompanhamento ambulatoriais, não os pacientes que estão internados, para estes a reunião multi acaba sendo uma vez por semana, participa a farmacêutica que é importante também, a nutricionista, a enfermagem e a gente também... Tanto do lado positivo como do lado negativo, alguma coisa que deu certo ou alguma coisa que não deu certo, que deixou passar alguma coisa então isso é importante que seja repassado para toda a equipe, então a gente precisa falar, chama todas as partes envolvidas e ai a gente fala aconteceu isso ou aquilo, o que a gente pode fazer para não acontecer de novo? Onde foi o erro?... [EN10].

A reunião de acompanhamento tem o oncologista clínico, alguns cirurgiões, não todos, que se encontram semanalmente e uma vez no mês tem a equipe multidisciplinar, então

vamos lá, o paciente ele veio e precisa de uma avaliação nutricional, isso é até protocolo, é um paciente com diagnóstico de cabeça e pescoço, ele precisa de um fono, então o especialista, o médico que está atendendo, ele vai verificando a necessidade do paciente e vai pedindo a avaliação da equipe multidisciplinar... lições aprendidas eles acabam colocando em reunião, volto lá na questão da reunião semanal é onde tanto a questão do positivo quanto negativo esse compartilhamento de informações...” [EN11].

5.5 Gerenciamento de risco

Gerenciar riscos é parte inerente ao tratamento oncológico, não só pelo próprio risco da doença, mas também pela consequência do tratamento “...*quimioterapia você joga uma bomba em cima do campo, lá onde estão os soldadinhos, vai matar o fulano de tal que você queria que morresse, mas mata todo mundo que está junto...*” [EN07]. Os riscos estão mapeados nos diversos protocolos, são registrados no prontuário e acompanhamento na reunião periódica entre equipe médica e multidisciplinar.

O controle de risco fica registrado no prontuário, até mesmo no exemplo do paciente ser alérgico a contraste, isto estará registrado no prontuário, quando o médico for solicitar uma tomografia, ele já vai citar, sem contraste, até mesmo quando for se submeter a este exame tem um questionário que ele responde. Existem alguns exames que previamente no agendamento ele responde a este questionário, mas tudo que é relacionado ao paciente, alergia a medicação ou alguma situação é registrado em prontuário...” [EM11]. A parte de registro de risco, fica tudo no sistema, fica um alerta no sistema e tem travas no Tasy para prescrição e a farmácia clínica já nos sinaliza, temos um grupo junto com a farmácia clínica que já nos alertam quais são as reconciliações medicamentosas que a gente tem que fazer e as alergias que o paciente tem, então são duas barreiras, a primeira no sistema e a segunda na visita e tem mais uma terceira barreira que a gente tem um grupo de discussão que a gente coloca todos os dias quais são as reconciliações e quais são as reposições eletrolíticas e o que dá pra usar e o que não dá para usar...” [EN04].

A partir do momento que se detecta alguma situação de risco ou alguma situação que causou danos ao paciente isso é discutido e principalmente isso precisa ir para uma análise de setor de qualidade para você ver se esse risco vai acontecer de novo, existem vários softwares que ajudam nesse processo que ajuda...” [EN06].

5.6 Gestão de Mudança

A busca pela acreditação e reconhecimento de boas práticas, traz para dentro do hospital a preocupação em relação à mudança de processos e procedimentos enraizados que fazem parte da cultura organizacional. Estas mudanças irão ocorrer ao mesmo tempo em que as atividades do dia a dia devem se manter para atender as diversas demandas operacionais, sem impactar a qualidade na prestação do serviço, num ambiente sob pressão que é o ambiente hospitalar.

A gestão da mudança é muito complexa e essa é a principal barreira, são as pessoas, você tem que focar nas pessoas, eu não tive experiência de mudança como gestor na área de acreditação, mas tive experiência de mudança com a troca do sistema operacional do hospital, sistema de prontuário eletrônico. Foi em um dia só, mas para isso a gente preparou nossos profissionais durante um ano. Foram reuniões, conversas, foram explicações, foram várias aulas mesmo para mostrar. Vai ser assim, mas vai melhorar, no começo vai ser difícil, mas depois vai melhorar. Então é um processo de conscientização devagar e é a principal barreira. Você tem que mudar a forma das

peças pensarem seu hospital, se você não consegue mudar a forma que as pessoas pensam no seu hospital ou da forma da cultura nem tente... [EN06]

Tem sempre uma percentagem da equipe que agarra a mudança logo de cara, há uma pequena percentagem que é resistente no começo. É interessante ganhar essa maioria para que ela rapidamente assuma a mudança e depois trabalhar a minoria, creio que como em qualquer organização... [EN03].

5.7 Monitoração e indicadores de performance

Observamos a relação entre práticas de gerenciamento de projeto, acreditação, qualidade, indicadores de performance, liderança, segurança, comunicação e reuniões de acompanhamento, sendo possível verificar o forte relacionamento, por meio da espessura das linhas de inter-relacionamento, entre práticas de gerenciamento de projeto, acreditação, qualidade e indicadores de performance.

A acreditação brinda o hospital com melhores práticas em processos e procedimentos, além do esforço da implementação, a organização deve planejar, definir e implementar indicadores de *performance* a fim de monitorar os serviços prestados dentro da excelência conquistada. O processo de monitorar deve ser constante e com plano de comunicação efetivo para que os indicadores estejam disponíveis a todos os níveis da assistência.

A minha área operadora trabalha fortemente em todos os indicadores... ela já faz todo esse mapeamento dos KPIs e agora como gerente administrativa do hospital estou trabalhando para determinar alguns indicadores desses, sei lá, mais de 300 que tem dentro do hospital hoje, alguns indicadores estratégicos para trabalhar com resultados e entregas e vou fazer esse acompanhamento mensal. É bem nessa linha mesmo, mas hoje a gente já tem todos esses indicadores mapeados... [EN12].

O *dashboard* de tudo que acontece no hospital é visto três vezes ao dia e é alimentado de todas as bases e percebido por todo mundo na cadeia toda. Essas três vezes ao dia não é só o diretor do hospital que olha, são todas as equipes nas suas micro funções e é discutida em cada passagem de plantão, porque um hospital como cuidado, você sempre tem a figura do cuidador que cuida de alguém e aí quando esse cuidador vai embora, ele passa para outro cuidador e todos os registros de passagem de plantão, é sempre um novo status de indicador de um aspecto amplo seja de eventos adversos, seja de qualquer tipo de reclamação, enfim então três vezes ao dia você fecha o hospital por alguns minutos, para avaliar, reposicionar etc... [EN01].

5.8 Relacionamento entre equipe multidisciplinar e equipe médica

É possível observar nos diferentes trechos das entrevistas que a equipe médica não é parte da equipe multidisciplinar e a interação entre ambas as equipes é diária na assistência aos pacientes, com reuniões periódicas para revisar o plano do período e o alinhamento de próximos passos. O relacionamento crescente entre as equipes busca uma melhor experiência ao paciente e seu cuidador durante o diagnóstico e tratamento.

A partir do momento que você tem as suas rotinas bem definidas a equipe médica acaba tendo um apoio maior da equipe multidisciplinar voltada para assistência. A partir do momento que você tem todo esse respaldo, rotinas, os protocolos que você aplica para atendimento na assistência, o enfermeiro, a equipe multi, nutrição, fono, então é tudo muito estruturado para poder aplicar a sua prática...”[EN11].

A ferramenta são as reuniões com discussão de caso. Essa reunião que tem, são reuniões onde tem o oncologista clínico, alguns cirurgiões, não todos, que se encontram semanalmente e uma vez no mês tem a equipe multidisciplinar... [EN11].

A equipe multi tem dias e horários já definidos para atender e passar em todos os pacientes e colocar as informações do paciente no sistema, assim todos já vão estar sabendo daí eles fazem um plano alimentar, fazem plano com a fono, caso necessário, para psicologia também, caso necessário, às vezes a psicologia é visto que não tem necessidade de atender o paciente, mas sim o familiar então a gente também faz esse acompanhamento pelo menos enquanto o paciente está internado... [EN02].

... Sim, inclusive é hoje as 7 horas toda quarta-feira e quinta a gente faz, a gente chama de mesa redonda que é a discussão dos casos clínicos com a equipe multidisciplinar... [EN07].

5.9 Relacionamento entre práticas de gerenciamento de projetos e protocolos

Os protocolos de atendimento são melhores práticas na área da saúde e estão relacionados às atividades de diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de uma determinada patologia. A utilização de práticas de gerenciamento de projetos está intimamente relacionada a estes protocolos na definição de escopo, ou seja, diagnóstico ou estadiamento clínico; interdependência entre atividades, elaborada no plano de atividades entre equipe médica e multidisciplinar; certificação de qualidade dos serviços de saúde; execução do plano de tratamento, quando as equipes médicas e multidisciplinar fazem o acompanhamento através de reuniões periódicas para analisar a situação atual do paciente, assim como lições aprendidas.

Interdependência entre atividades é sempre utilizado o protocolo, e principalmente quando o hospital for certificado... [EN01].

Geralmente o que se faz é abrir o que nós chamamos de evento adverso se registra eventos adversos, o conjunto de eventos adversos de um determinado período são discutidos em reunião clínica também. E isso gera mudança do protocolo, então você sempre registra o advento, discute o protocolo, troca protocolo e reaprende...[EN01].

No exemplo do paciente ser alérgico a contraste, isto estará registrado no prontuário, e quando o médico for solicitar uma tomografia, ele já vai citar, sem contraste, até mesmo quando for se submeter a este exame tem um questionário que ele responde. Existem alguns exames que previamente no agendamento ele responde a este questionário, mas tudo que é relacionado ao paciente, alergia a medicação ou alguma situação é registrado em prontuário... [EN11].

A gente conversa com a equipe multidisciplinar, explica, fala o que o paciente tem, qual o diagnóstico, o que a gente quer que ele acompanhe e o que precisa, eles já têm um protocolo também. Por exemplo falando do dentista, a gente sabe que tem paciente que vai ter mucosite relacionado a quimio, então ele já tem todo um protocolo de atendimento para evitar, tentar fazer uma prevenção que não aconteça uma mucosite tão mais grave e até depois do tratamento mesmo. Ele já tem os protocolos de atendimento dele, mas é mais uma conversa entre as equipes para passar o caso para que ele possa atuar de maneira satisfatória... [EN10].

6. DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das informações obtidas pelas entrevistas realizadas com os membros da assistência médica que foram selecionados para este estudo, foi possível gerar um mapa de

coocorrência da relação entre as práticas de gerenciamento de projeto, equipe multidisciplinar, equipe médica e paciente. Esse resultado vai ao encontro do que foi visto no referencial teórico apresentado nesse estudo: práticas de gerenciamento de projetos e gerenciamento de projetos e a relação com as equipes. As práticas de gerenciamento de projeto são compostas por métodos que incorporam ferramentas, técnicas e metodologias estabelecidas (Papke-Shields, Beise e Quan, 2010). O gerenciamento de projetos pode ser aplicado em diferentes contextos para auxiliar em problemas específicos (Besner & Hobbs, 2012) e cada um com suas práticas.

Nesta relação foi possível observar que a utilização de práticas de gerenciamento de projeto ao longo do tratamento oncológico é um facilitador na relação entre a assistência e o paciente. Um exemplo desta relação é a reunião periódica entre equipe médica e equipe multidisciplinar, tendo como objetivo acompanhar o tratamento dos pacientes comparando o plano elaborado no início do tratamento com o que está sendo realizado, observando desvios, verificando riscos e discutindo lições aprendidas.

Observamos também a relação entre acreditação, protocolos, qualidade, segurança e paciente. Esse resultado espelha o que foi destacado na teoria em acreditação, conforme Tashavoei et al. (2020), a acreditação tem como principal objetivo fornecer serviços de saúde seguros e de qualidade. A mudança de processos e procedimentos em busca da acreditação, evidencia a pressão sofrida pelas organizações de saúde para melhorar as operações com qualidade e eficiência nos processos (Kujala et al., 2006), obrigando os seus executivos a revisitar práticas gerais de gerenciamento em busca de eficácia e qualidade (Baker, 2001).

Na relação entre acreditação, protocolos, qualidade, segurança e paciente, a acreditação, através dos protocolos, é o facilitador entre paciente, segurança e qualidade. Os protocolos são procedimentos e processos estabelecidos globalmente e envolvem atividades para diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento da doença. O hospital acreditado que utiliza os protocolos no tratamento oncológico, garante a utilização de melhores práticas em seus procedimentos e processos.

Em praticamente todas as entrevistas foi possível compreender que a acreditação contribuiu para a utilização de melhores práticas, e com isso, as práticas de gerenciamento de projetos. Além do mais, foi possível identificar também que a acreditação potencializa a inovação para os hospitais. Apesar de não ter sido o objetivo do estudo, a inovação emergiu significativamente das entrevistas.

A acreditação ou a adoção de qualquer inovação é muito mais do que a implementação de tecnologia, processos e procedimentos, é necessário entender a conexão entre as pessoas, processos e a tecnologia, mobilizar e envolver a equipe em prol da mudança reinventando o próprio trabalho (Birken et al., 2012). E isso foi possível de identificar nas entrevistas. A equipe foi envolvida no processo de acreditação e por consequência, na potencialização da inovação dentro dos hospitais. Além disso, a acreditação trouxe um processo de mudança dentro dos hospitais.

O impacto operacional gerado por mudanças no processo produtivo deve ser analisado em tempo de planejamento e acompanhado periodicamente ao longo da implementação das mudanças, através do processo formal de gestão de mudanças (Bamford & Forrester, 2003). A estratégia da mudança define a visão e a direção geral da organização em relação a seu ambiente, esta função é frequentemente assumida por colaboradores seniores dentro da organização (By, 2005). Implementadores das mudanças supervisionam a estrutura organizacional no que se refere à mudança. Desse modo, o gerente de projetos assumiria facilmente essa função, mas muitas vezes, conforme mencionado pelos entrevistados, esse papel é assumido por gerentes funcionais que se envolvem no processo de mudança.

Esse papel de monitorar e controlar a adoção de uma inovação é um processo de acompanhamento, revisão e ajuste do progresso para atender aos objetivos de desempenho definidos no plano de gerenciamento do projeto (Omachonu & Einspruch, 2010). Ao longo do projeto são executados dois tipos de avaliação da situação do projeto: formativa ou somativa. As avaliações formativas referem-se a análises conduzidas em qualquer ponto do tempo ao longo do projeto, para confirmar se os marcos planejados estão sendo alcançados, enquanto as avaliações somativas são conduzidas no estágio final para avaliar se as metas de prazo final do projeto foram alcançadas (Patton, 1996). A monitoração e controle são eficazes quando os benefícios desejados de uma iniciativa de mudança são estabelecidos durante os estágios de planejamento e apresentado de forma a torná-los mensuráveis. Isso fornece métricas diretas pelas quais o desempenho de um projeto pode ser avaliado (Omachonu & Einspruch, 2010).

O primeiro passo para a implementação de solução que envolva sistemas produtivos críticos é o planejamento prévio ao início da execução do plano de implementação. Com isso, podem ser definidas metas claras para alcançar os objetivos desejados e indicadores para monitorar o trabalho. Assim, tendo como meta principal buscar resultados que realmente gerem valor para os pacientes (Porter & Lee, 2013).

Outro achado com este estudo, foi que os entrevistados elencaram a falta de planejamento e a pressão por registro e documentação no processo de acreditação como barreiras para a certificação. Sadeghi-Bazargani et al. (2015), destaca a pressão mental trazida pelo aumento do estresse e desgaste da equipe de enfermagem, ocasionando problemas físicos e mentais para a assistência, em função dos excessivos tempos despendidos em documentação e *briefings*, ao invés de cuidar dos pacientes. Manzo e Brito (2012) trazem à tona o cenário de cobrança, pressão, estresse, falta de valorização e reconhecimento passados pelos profissionais de saúde durante o processo de acreditação, sendo que esta situação poderia ser mitigada ou evitada com estratégias de valorização da equipe envolvida no processo.

6.1 Contribuições para a prática

O tratamento de câncer, por sua complexidade, envolve pressões internas e externas à equipe de saúde. A segurança do paciente depende da implementação de um sistema interdisciplinar de médicos, enfermeiros e profissionais da saúde que trabalham no tratamento de pacientes com câncer. Alguns estudos já recomendaram mudanças organizacionais, incluindo essa necessidade, acreditamos que as práticas de gerenciamento de projetos podem contribuir com essa dinâmica das equipes multidisciplinares no tratamento do câncer, principalmente, por sua complexidade.

REFERÊNCIAS

- Argote, L., Gruenfeld, D., & Naquin, C. (2001). Group learning in organizations. *Groups at work: Theory and research*, 614, 369-411.
- Association for Project Management [APM]. (2006). Body of Knowledge – Fifth Edition. *Association for Project Management*.
- Baker, A. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7322), 1192.
- Bamford, D., & Forrester, P. (2003). Managing planned and emergent change within an operations management environment. *Intern. journal of operations & production management*.
- Bazeley, P. (2013). *Qualitative data analysis: Practical strategies*. Sage.
- Besner, C., & Hobbs, B. (2012). An empirical identification of project management toolsets and a comparison among project types. *Project Management Journal*, 43(5), 24-46.
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., & Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in

- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC health services research*, 15(1), 1-10.
- By, R. T. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of change management*, 5(4), 369-380.
- Cancer Research UK, <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/survival/all-cancers-combined>, acessado em Agosto, 2020.
- Cash, Gibson, L., Tigova, O., Alonso, A., Binkley, G., Rosenmiller, M. (2019). Project Integrate: Developing A Framework To Guide Design, Implementation And Evaluation Of People-Centred Integrated Care Processes. *International Journal Of Integrated Care*, 19(1).
- Connor, M., Ponte, P. R., & Conway, J. (2002). Multidisciplinary approaches to reducing error and risk in a patient care setting. *Critical care nursing clinics of North America*, 14(4), 359-67.
- Denton, H. G. (1997). Multidisciplinary team-based project work: planning factors. *Design Studies*, 18(2), 155-170.
- Duryan, M., & Smyth, H. (2019). Cultivating sustainable communities of practice within hierarchical bureaucracies. *International Journal of Managing Projects in Business*.
- Fielding, N. G., & Thomas, H. (2008). *Qualitative interviewing*.
- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The lancet oncology*, 7(11), 935-943.
- Fong, P. S. (2003). Knowledge creation in multidisciplinary project teams: an empirical study of the processes and their dynamic interrelationships. *International journal of project management*, 21(7), 479-486.
- Hellström, A., Lifvergren, S., Quist, J. (2010). Process Management In Healthcare: Investigating Why It'S Easier Said Than Done. *Journal Of Manuf. Technology Management*, 21(4), 499-511.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2021). Estadiamento. <https://www.inca.gov.br/estadiamento>, acessado em fevereiro, 2021.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2006). A situação do câncer no Brasil. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf, Acessado em 06/2020.
- Jukema, J. S., Harps, Timmerman, A., Stoopendaal, A., Smits, Chm. (2015). A Care Improvement Program Acting As A Powerful Learning Environment To Support Nursing Students Learning Facilitation Competencies. *Nurse Education In Practice*, 15(6), 457-462.
- Kujala, J., Lillrank, P., Kronström, V., & Peltokorpi, A. (2006). Time- based management of patient processes. *Journal of health organization and management*.
- Mandahawi, N., Al, Araidah, O., Boran, A., Khasawneh, M. (2011). Application Of Lean Six
- Mans, R. S., Schonenberg, M. H., Song, M., van der Aalst, W. M., & Bakker, P. J. (2008, January). Application of process mining in healthcare—a case study in a dutch hospital. In *International joint conference on biomedical engineering systems and technologies* (pp. 425-438). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Manzo, B. F., & Brito, M. J. (2012). Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 388-394.
- Matrane, O., Okar, C., & Talea, M. (2014). Project Management Maturity in Small and Medium-Sized Enterprises in Morocco: An empirical investigation. 3(2), 10.
- Mozzato, A. R. & Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, 15(4), 731-747.
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innov. Journal*, 15, 1-20

- Papke-Shields, K. E., Beise, C., & Quan, J. (2010). Do project managers practice what they preach, and does it matter to project success? *IJPM*, 28(7), 650-662.
- Patton, M. (1996). A world larger than formative and summative. *EPract.*, 17(2), 131-144.
- Porter, M., & Lee, T. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard business review*, 91(12), 24-24.
- Project management institute [PMI]. (2017). Guide to the project Management body of knowledge - Sixth Edition. *Project Management Institute, Pennsylvania USA*.
- Quinn, T. (2014): Bringing a management model to healthcare: Team-based care [Web page]. Recuperado em 30 de maio de 2020 de, <https://www.forbes.com/sites/groupthink/2014/12/09/bringing-a-management-model-to-healthcare-team-based-care/#35b9936333a1>
- Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., Saadati, M., Hassanzadeh, R., & Alizadeh, G. (2015). Nursing experiences of clinical governance implementation: a qualitative study. *Clinical Governance: An International Journal*.
- Saldaña, J. (2013). The coding manual for qualitative researchers qualitative data analysis: A methods sourcebook. *Sage Publications*.
- Salomon, G., & Globerson, T. (1989). When teams do not function the way they ought to. *International journal of Educational research*, 13(1), 89-99.
- Sauer, C., & Reich, B. H. (2009). Rethinking IT project management: Evidence of a new mindset and its implications. *International Journal of Project Management*, 27(2), 182-193.
- Senge, P.M., 2006. *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Broadway Business.
- Tashayoei, N., Raeissi, P., & Nasiripour, A. A. (2020). Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(1), 1-10.
- Teixeira, A. N. & Becker, F. (2001). Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. *Sociologia*, 3(5), 94-113.
- Trosman, J. R., Carlos, R. C., Simon, M. A., Madden, D. L., Gradishar, W. J., Benson III, A. B., ... & Khan, S. A. (2016). Care for a patient with cancer as a project: Management of complex task interdependence in cancer care delivery. *Journal of oncology practice*, 12(11), 1101-1113.
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2007). Implementing new practices: An empirical study of organizational learning in hospital intensive care units. *MS*, 53(6), 894-907.
- Turner, R., & Ledwith, A. (2016). Project Management in Small to Medium-Sized Enterprises: Fitting the Practices to the Needs of the Firm to Deliver Benefit. *Journal of Small Business Management*, 56(3), 475-493