

MBA EM GESTÃO, INOVAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

**A ACREDITAÇÃO QMENTUM COMO
INDUTORA DA GOVERNANÇA
CORPORATIVA: UM ESTUDO DE
CASO EM UMA GRANDE
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**

KLAUS FUCHS

Orientador: Filipi Damasceno Vianna

2026

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO INICIAL DO CASO	7
1.1. Organização Alpha.....	7
2. DELIMITAÇÃO DO TEMA DO ESTUDO	9
3. JUSTIFICATIVA	10
4. SITUAÇÃO PROBLEMA.....	11
5. OBJETIVO DO ESTUDO	12
5.1. Objetivo Geral.....	12
5.2. Objetivos Específicos	12
6. REFERENCIAL TEÓRICO	13
6.1. Acreditação em Saúde: Conceitos, Benefícios e o Modelo Qmentum ..	13
6.2. A Acreditação Qmentum como Indutora da Governança Corporativa..	14
6.3. Governança Corporativa em Organizações de Saúde: Princípios e	
Aplicações	15
6.4. Gestão da Mudança e Implantação de projetos em Saúde	16
6.5. Estudos de Casos e Experiências em Governança e Acreditação	17
7. MÉTODO DE PESQUISA.....	18
7.1. Tipo de Pesquisa.....	18
7.2. Cenário e Fontes Documentais.....	18
7.3. Instrumentos de Coleta de Dados	19
7.4. Procedimentos de Coleta	20
7.5. Análise de Dados	20
7.6. Considerações Éticas	21
8. DESCRIÇÃO DO CASO.....	22
8.1. Visita de Diagnóstico – dezembro 2023	27
8.2. Visita de Acompanhamento – junho de 2024	31
8.3. Visita de Acompanhamento – setembro de 2024	33
8.4. Visita de Acompanhamento – abril de 2025.....	35
8.5. Visita de Acompanhamento – julho/agosto de 2025	40
8.6. Mock — novembro de 2025	42

8.7. Visita de Acreditação - fevereiro de 2026.....	45
8.7.1. <i>Contextualização da Visita de Avaliação Oficial.....</i>	45
8.7.2. <i>Cronologia e Marcos do Processo.....</i>	46
8.7.3. <i>Quadro Evolutivo por Dimensão Avaliada.....</i>	46
8.7.4. <i>Análise dos Itens com Evolução Significativa.....</i>	48
8.7.4.1. <i>Implantação do Sistema de Comitês.....</i>	48
8.7.4.2. <i>Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças.....</i>	48
8.7.4.3. <i>Compliance e Canal de Denúncias.....</i>	49
8.7.4.4. <i>Gestão de Recursos.....</i>	49
8.7.4.5. <i>Preparação para Emergências e Continuidade.....</i>	49
8.7.5. <i>Itens com Problemas de Maturidade Identificados.....</i>	50
8.7.6. <i>Síntese do Resultado e Implicações Analíticas.....</i>	52
9. ANÁLISE DO CASO	55
9.1. OE1 - Padrões de Evolução e Estagnação nas Seis Etapas Avaliativas	
55	
9.1.1. <i>O Período de Estagnação (dez/2023 – set/2024).....</i>	56
9.1.2. <i>O Ponto de Inflexão (abr/2025) e a Aceleração Final (abr–nov/2025).....</i>	57
9.2. OE2 - Transformações na Governança: Estado Inicial e Estado Final..	58
9.2.1. <i>A Arquitetura Formal de Governança.....</i>	58
9.2.2. <i>Políticas, Normas e Capital Humano.....</i>	59
9.2.3. <i>Compliance, Ética e Segurança do Paciente.....</i>	60
9.3. OE3 - Fatores Críticos de Sucesso: O Que Viabilizou a Recomendação	
61	
9.3.1. <i>Renovação da Liderança Executiva como Gatilho de Retomada.....</i>	62
9.3.2. <i>A Mock como Instrumento de Mobilização: Deadline com Diagnóstico.....</i>	62
9.3.3. <i>Evidenciação de Resultados Concretos e Mensuráveis.....</i>	63
9.3.4. <i>Concentração Estratégica nas Dimensões Formalizáveis.....</i>	64
9.3.5. <i>Progressão Demonstrável em Todas as Dimensões.....</i>	64
9.4. OE4 - Maturidade Incompleta, Recomendação Obtida: Implicações para	
o Pós-Acreditação	65
9.4.1. <i>O Papel da Visita Mock como catalisador e seu Legado.....</i>	65
9.4.2. <i>Os Pontos de Maturidade Incompleta e seus Riscos Específicos.....</i>	66
9.4.3. <i>A Questão da Sustentabilidade: Pressão ou Cultura?.....</i>	67

9.5. Síntese Analítica: A Acreditação como Indutor de Governança - Alcances e Limites.....	68
10. CONCLUSÕES	70
10.1. Resposta ao Objetivo Geral	70
10.2. Contribuições do Estudo.....	72
10.3. Limitações	73
10.4. Agenda de Pesquisa	73
10.5. Considerações Finais	74
REFERÊNCIAS.....	76

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Linha do Tempo.....	8
Figura 2: Cronograma visita 11 de dezembro de 2023.	27
Figura 3: Cronograma visita 12 de dezembro de 2023.	28
Figura 4: Organograma da Sede Administrativa apresentado em dezembro de 2023.....	29
Figura 5: Análise SWOT apresentada em dezembro de 2023.....	29
Figura 6: BSC - Perspectiva Financeira - apresentado em dezembro de 2023.....	30
Figura 7: BSC - Perspectiva Clientes - apresentado em dezembro de 2023.	30
Figura 8: BSC - Perspectiva Processos Internos - apresentado em dezembro de 2023.....	30
Figura 9: BSC - Perspectiva Pessoas - apresentado em dezembro de 2023.	31
Figura 10: Recomendações realizadas após acompanhamento.	32
Figura 11: Recomendações realizadas após acompanhamento.	34
Figura 12: Documentos Institucionais.....	35
Figura 13: Análise SWOT revisada.....	36
Figura 14: Planejamento Estratégico revisado.....	36
Figura 15: Perspectiva Financeira revisada.	37
Figura 16: Perspectiva Clientes revisada.....	37
Figura 17: Perspectiva Processos revisada.....	37
Figura 18: Perspectiva Pessoas revisada.	38
Figura 19: Relatório de acompanhamento atualizado.....	39
Figura 20: Organograma Institucional.....	40
Figura 21: Modelo de descrição de cargo.	41
Figura 22: Modelo de atribuições do cargo.	41
Figura 23: Modelo de metas estabelecidas (lideranças).....	41
Figura 24: Evolução das ações propostas.....	43
Figura 25: Mapeamento de Riscos.	44
Figura 26: Indicadores de Desempenho Financeiro.....	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Status das ações até a visita mock.	23
Tabela 2: Legenda do status das ações.	25
Tabela 3: Quadro sintético do processo.	46
Tabela 4: Quadro resumo com a evolução das avaliações.	47
Tabela 5: Fragilidades identificadas e recomendações.....	51
Tabela 6: Níveis de maturidade.....	52
Tabela 7: Resumo das etapas/visitas de acompanhamento.....	58
Tabela 8: Achados do estudo.	71

1. APRESENTAÇÃO INICIAL DO CASO

A busca por excelência, segurança e qualidade nos serviços de saúde tem impulsionado organizações em todo o mundo a adotarem padrões e certificações internacionais rigorosas. Essas iniciativas não apenas elevam o patamar assistencial, mas também promovem uma cultura organizacional voltada para a melhoria contínua e a responsabilidade. Nesse cenário, a acreditação surge como uma ferramenta estratégica para validação e aprimoramento dos processos internos, garantindo que as instituições atendam às expectativas dos pacientes e dos reguladores.

No contexto brasileiro, diversas organizações de saúde têm se dedicado a trilhar o caminho da acreditação, buscando alinhar suas práticas com as melhores referências globais. É neste cenário que se insere a Organização Alpha, uma grande Organização Social de Saúde (OSS) com presença em múltiplos estados brasileiros, que ao longo dos anos evoluiu, expandiu sua atuação e se consolidou como uma das maiores do país no setor.

O processo de acreditação Qmentum em sua sede corporativa teve início em dezembro de 2023, com a visita de diagnóstico, e continuidade até a visita *mock*, realizada em novembro de 2025, e com a realização da visita de acreditação em fevereiro de 2026.

Este estudo de caso se propõe a analisar a implementação desse processo, com foco especial na definição e implantação do modelo de governança que o sustenta.

1.1. Organização Alpha

A Organização Alpha é uma Organização Social de Saúde (OSS) de grande porte e relevância no cenário nacional, com presença em múltiplos estados brasileiros. A instituição passou por um expressivo processo de expansão e modernização nos últimos anos, que demonstra um contínuo compromisso com a saúde pública e com a adaptação às demandas crescentes do setor.

Atualmente, a Organização Alpha faz a gestão de um conjunto expressivo de unidades em múltiplos estados brasileiros, dentre elas hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMUs, unidades ambulatoriais, oncológicas e voltadas à saúde mental.

A sede corporativa, onde são definidas as diretrizes e estratégias que orientam a gestão de todas as unidades geridas, foi o escopo do presente processo de acreditação. Com o crescimento acelerado observado nos últimos anos, identificou-se a necessidade de inserir processos de acreditação para buscar padronização dos processos, tanto assistenciais quanto administrativos, e consolidar um modelo capaz de sustentar o crescimento da organização.

A organização acumulou creditações ONA Nível I e ACSA em unidades hospitalares, que agregaram padrões de qualidade e segurança ao paciente, além de servirem de base para a consolidação de um padrão assistencial dentro das demais unidades geridas.

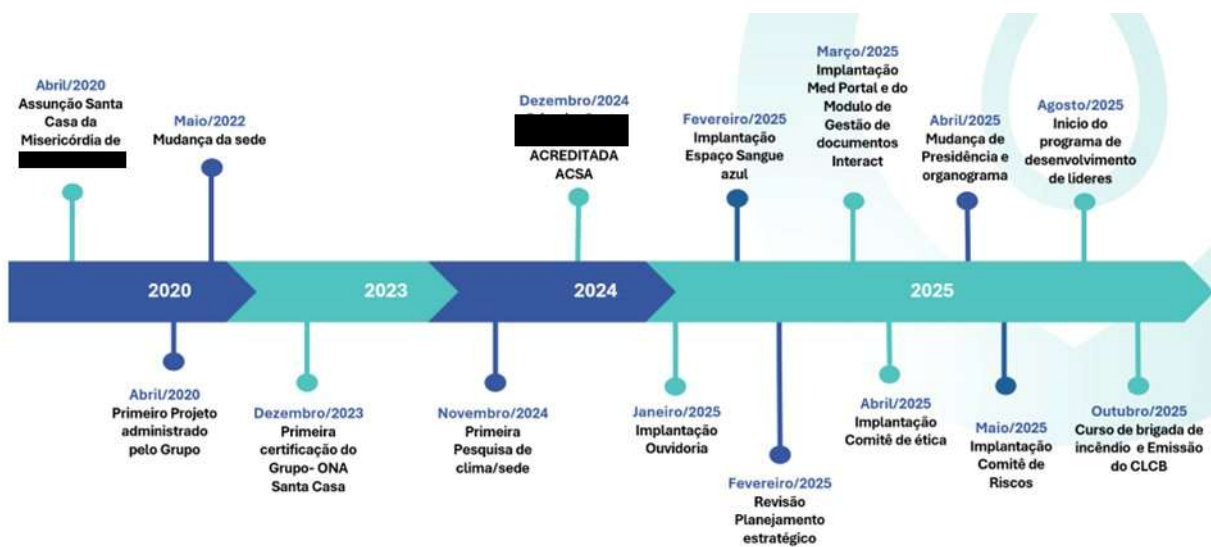


Figura 1: Linha do Tempo.

Paralelamente, diversas unidades da Organização Alpha encontram-se em processo de Acreditação ONA Nível 1, enquanto outras já obtiveram a certificação e seguem em processo de manutenção, abrangendo 3 hospitais, 2 UPAs e 1 serviço especializado em oncologia distribuídos em diferentes estados.

2. DELIMITAÇÃO DO TEMA DO ESTUDO

Este trabalho concentra-se na análise do processo de acreditação Qmentum da sede corporativa da Organização Alpha, tendo como escopo a definição e implantação do modelo de governança corporativa.

A pesquisa aborda o período compreendido desde o início das atividades de acreditação, final de 2023, até a conclusão da visita de avaliação oficial, realizada em fevereiro de 2026, analisando todas as etapas do processo, incluindo a visita *mock* e seus desdobramentos, e o resultado obtido, qual seja, a recomendação de acreditação emitida pelos avaliadores externos, a despeito de fragilidades ainda apontadas.

3. JUSTIFICATIVA

A acreditação Qmentum, concedida pela *Health Standards Organization* (HSO) e *Accreditation Canada International* (ACI), é globalmente reconhecida como um padrão de excelência em serviços de saúde. Ela não apenas atesta a qualidade e a segurança do paciente, mas também impulsiona a melhoria contínua e a adoção de melhores práticas em gestão e processos.

A análise de um processo de acreditação dessa envergadura, especialmente em uma sede corporativa de uma grande OSS brasileira, é de extrema relevância, ao permitir compreender como os padrões internacionais impactam a estrutura e a cultura organizacional a partir do nível estratégico.

Adicionalmente, o foco na definição e implantação do modelo de governança corporativa é crucial, pois a acreditação Qmentum exige um arcabouço de governança robusto e eficaz para garantir a sustentabilidade das práticas de qualidade e segurança.

O estudo de caso contribuirá significativamente para a literatura acadêmica ao fornecer percepções práticas sobre os desafios e benefícios associados à adaptação e ao fortalecimento da governança em uma organização de saúde que busca padrões internacionais. Ademais, os achados poderão servir como referência para outras instituições que estejam em processo de acreditação ou que almejem aprimorar suas práticas de governança. A contemporaneidade do caso oferece uma perspectiva valiosa e atualizada sobre a dinâmica da gestão de projetos complexos nas áreas de gestão de unidades da saúde.

4. SITUAÇÃO PROBLEMA

A implementação de programas de acreditação internacional de alta complexidade, como o Qmentum, em organizações de saúde de grande porte e com estrutura corporativa abrangente, apresenta desafios multifacetados. Para tal processo ser bem-sucedido e sustentável, a mera conformidade com os padrões técnicos não é suficiente; é imperativo haver uma profunda integração dos requisitos da acreditação à cultura organizacional e, centralmente, ao modelo de governança da instituição. Conforme detalhado no referencial teórico, o Qmentum não apenas avalia a conformidade, mas atua como um potente indutor para o fortalecimento da governança corporativa, exigindo o engajamento da alta direção, a estruturação de comitês, a gestão de riscos e a promoção de transparência e *accountability*.

No caso da Organização Alpha, uma grande Organização Social de Saúde com presença em múltiplos estados brasileiros, o processo de acreditação Qmentum em sua sede corporativa, iniciado no final de 2023, representa uma iniciativa estratégica de grande envergadura.

A realização da visita *mock* e a visita de avaliação oficial, realizada em fevereiro de 2026 e concluída com recomendação de acreditação, permitem analisar o ciclo completo desta jornada, incluindo seus avanços, suas fragilidades persistentes e o desfecho obtido.

Este cenário levanta questões fundamentais sobre como uma organização estabelece, adapta e aprimora seu modelo de governança para atender e sustentar os rigorosos requisitos de uma acreditação internacional.

Diante desse contexto, a situação-problema a ser investigada neste estudo de caso pode ser formulada da seguinte maneira:

"Como o processo de acreditação Qmentum influencia a definição e a implantação do modelo de governança corporativa na sede da Organização Alpha, e quais são os principais desafios e avanços evidenciados documentalmente ao longo dessa jornada?"

5. OBJETIVO DO ESTUDO

5.1. Objetivo Geral

Analisar como o processo de acreditação Qmentum influenciou a definição e a implantação do modelo de governança corporativa na sede da Organização Alpha, identificando os fatores que determinaram o avanço do processo, mesmo diante de fragilidades de maturidade organizacional evidenciadas documentalmente ao longo das seis etapas avaliativas.

5.2. Objetivos Específicos

Para alcançar o objetivo geral proposto, os seguintes objetivos específicos foram delineados:

- OE1. Descrever as seis etapas do processo de acreditação Qmentum na sede corporativa da Organização Alpha caracterizando os marcos de evolução e os períodos de estagnação na implantação do modelo de governança.
- OE2. Identificar as transformações organizacionais e estruturais no modelo de governança da sede, comparando o estado inicial (diagnóstico de 2023) com o estado final (avaliação de 2026), com base na documentação produzida ao longo do processo.
- OE3. Analisar a relação entre os desafios de maturidade organizacional persistentemente apontados pelos avaliadores e os avanços documentados que viabilizaram a recomendação de acreditação, identificando os fatores críticos de sucesso do processo.
- OE4. Discutir as implicações da obtenção da recomendação de acreditação em um contexto de maturidade organizacional ainda incompleta, avaliando o papel da visita *mock* como instrumento de mobilização organizacional, e os desafios de sustentabilidade que a organização enfrenta no pós-acreditação.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção aborda os conceitos fundamentais que sustentam a análise deste estudo, incluindo a acreditação em saúde, com foco na metodologia Qmentum e sua relação intrínseca com a governança corporativa, os princípios da governança em saúde e a gestão da mudança em projetos complexos.

6.1. Acreditação em Saúde: Conceitos, Benefícios e o Modelo Qmentum

A acreditação em saúde representa um processo voluntário de avaliação externa que visa, primordialmente, assegurar e aprimorar a qualidade e a segurança dos serviços prestados por organizações de saúde (QUALITY GLOBAL ALLIANCE, 2023). Ao submeter-se a padrões pré-estabelecidos por entidades acreditadoras, as instituições buscam aprimorar continuamente seus processos e garantir a conformidade com as melhores práticas assistenciais e gerenciais. Este movimento é uma resposta à crescente complexidade do setor e à demanda por um cuidado mais seguro e eficaz, contribuindo para a padronização de serviços e o fortalecimento de uma cultura organizacional focada na excelência.

Os padrões Qmentum enfatizam as Práticas Organizacionais Obrigatórias (ROPs) como "práticas baseadas em evidências que abordam áreas de alta prioridade essenciais para a qualidade e a segurança" (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b, p. 5), evidenciando a base científica da metodologia.

Os benefícios da acreditação são multifacetados, abrangendo desde a melhoria dos resultados clínicos e a otimização da experiência do paciente até o aumento da eficiência operacional, a valorização da imagem institucional e a atração de talentos. Contudo, o caminho para a acreditação não é isento de desafios, que incluem a necessidade de investimentos financeiros, a gestão da mudança organizacional e a manutenção de um comprometimento contínuo em todos os níveis da instituição.

Nesse panorama, a Acreditação Qmentum, desenvolvida pela *Health Standards Organization*, destaca-se como um modelo internacional de excelência para redes de atenção à saúde. No Brasil, a *Quality Global Alliance* (QGA) é a responsável pela aplicação dessa metodologia, que busca fortalecer as redes de

atenção à saúde, sejam públicas ou privadas, por meio do fomento a ecossistemas integrados.

6.2.A Acreditação Qmentum como Indutora da Governança Corporativa

A metodologia Qmentum transcende a mera verificação de conformidade operacional, posicionando-se como uma abordagem sistêmica para aprimorar a qualidade e a segurança do paciente. Neste contexto, a governança corporativa emerge como um pilar estratégico e transversal indispensável (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023a, p. 5). Os padrões Qmentum reconhecem que a sustentabilidade da qualidade e segurança assistencial está intrinsecamente ligada a uma estrutura de governança bem definida e efetivamente praticada.

A acreditação Qmentum exige que as organizações não apenas implementem processos e protocolos clínicos alinhados às melhores práticas internacionais, mas que também demonstrem um engajamento inequívoco da alta administração e uma estrutura organizacional que suporte a tomada de decisões éticas, transparentes e responsáveis. Diversos aspectos cruciais são abrangidos pela governança no processo Qmentum (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023a, p. 5):

- **Engajamento e Liderança da Alta Direção:** Os padrões Qmentum esperam que a liderança demonstre compromisso ativo com a qualidade e segurança, estabelecendo a visão, missão e valores, e garantindo que recursos e estratégias estejam alinhados à excelência. A ROP "Responsabilização pela qualidade" afirma que "A alta administração demonstra responsabilização pela qualidade do atendimento fornecido pela organização" e que "Os órgãos administrativos são responsáveis pela qualidade da assistência prestada por suas organizações" (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b, p. 9).
- **Estrutura de Governança Clínica e Operacional:** A acreditação demanda a existência de comitês e conselhos que supervisionem qualidade, segurança, gestão de riscos e ética, fornecendo o arcabouço para seu funcionamento e prestação de contas. A recepção de "Relatórios trimestrais sobre a segurança dos pacientes" pela alta administração é uma ROP, demonstrando a formalização da comunicação e do ciclo de melhoria (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b, p. 16).

- **Gestão de Riscos e Segurança do Paciente:** A governança estabelece as políticas e *frameworks* para identificar, avaliar, mitigar e monitorar riscos em todos os níveis, fomentando uma cultura de segurança. ROPs como a "Gestão de incidentes sobre a segurança dos pacientes" (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b, p. 12) e a "Conciliação medicamentosa" (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b, p. 28) são exemplos práticos de como a governança se manifesta na redução de riscos.
- **Transparência e Prestação de Contas (*Accountability*):** O Qmentum promove a transparência das operações e a prestação de contas aos *stakeholders* (pacientes, colaboradores, reguladores), garantida por um modelo de governança eficaz. O Cuidado Centrado no Cliente e na Família, por exemplo, envolve a cocriação de espaços e serviços com clientes e familiares, demonstrando a aplicação prática do engajamento de *stakeholders* (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023d, p. 18).
- **Definição e Comunicação de Valores Organizacionais:** A governança desempenha um papel vital na disseminação e integração dos valores de qualidade e segurança na cultura e nos procedimentos organizacionais. O conselho diretor promove e apoia uma cultura de segurança do paciente em toda a organização (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023a, p. 28).

Conclui-se que a Acreditação Qmentum, ao atuar como um potente indutor para o fortalecimento da governança corporativa, compele as organizações a revisarem e aprimorarem suas estruturas de liderança, supervisão e responsabilidade, ancorando a busca pela excelência assistencial em uma gestão estratégica e ética (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023a).

6.3. Governança Corporativa em Organizações de Saúde: Princípios e Aplicações

A governança corporativa é o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo as relações entre sócios, conselho de administração, diretoria e demais partes interessadas. Para a *Health Standards Organization* (2023a, p. 5), a Governança é o processo de controle do uso de ativos e recursos para a execução da missão ou do propósito da organização. A função da

Governança é o conjunto de processos, costumes, políticas e regulamentações que impactam na forma como uma organização de assistência à saúde é dirigida, administrada ou controlada.

As especificidades do setor de saúde, como a natureza vital dos serviços, a multiplicidade de *stakeholders* (pacientes, corpo clínico, reguladores), a alta regulação e a rápida inovação tecnológica, conferem à governança corporativa uma complexidade particular. A governança em hospitais privados e organizações sem fins lucrativos, por exemplo, demonstrou contribuir significativamente para a melhoria do desempenho organizacional e para a sustentabilidade financeira, demandando estruturas de liderança bem definidas e mecanismos eficazes de controle (LIRA *et al.*, 2017; BARBOSA, 2003; VAZ *et al.*, 2022).

Adicionalmente, estudos exploratórios em Organizações Sociais de Saúde (OSS) revelam a adoção de diversas práticas de governança pública, enfatizando a importância da transparência e da prestação de contas na gestão dessas entidades (RIGHETTO, 2021). A gestão participativa, conforme sugerido para adaptação dos modelos de governança às necessidades hospitalares, é vista como um caminho para melhores resultados financeiros e administrativos (NISHIO, 2017).

6.4. Gestão da Mudança e Implantação de projetos em Saúde

A concretização de iniciativas de grande porte, como a obtenção de uma acreditação internacional e a reestruturação da governança corporativa, requer uma abordagem estratégica de gestão de projetos e, indissociavelmente, de gestão da mudança organizacional. No ambiente da saúde, onde a complexidade é intrínseca, gerenciar tais projetos envolve não apenas o cumprimento de prazos e orçamentos, mas também a coordenação de equipes multidisciplinares e a mitigação de riscos específicos.

A gestão da mudança é crucial para assegurar a aceitação e a internalização de novos padrões e processos. Iniciativas transformadoras podem gerar resistência e impactar a eficácia da implementação. Assim, estratégias para preparar as pessoas para a mudança, comunicar os benefícios claramente, capacitar as equipes e engajar os *stakeholders* são fundamentais. Em um setor tão dinâmico e sensível como o da saúde, a gestão da mudança deve ser particularmente cuidadosa, fomentando um ambiente de apoio e garantindo que a transformação seja compreendida e

incorporada pela cultura organizacional. O engajamento da alta liderança e a comunicação transparente são elementos-chave para superar obstáculos e promover uma cultura adaptável e focada na melhoria contínua (MACHADO JÚNIOR *et al.*, 2020).

6.5. Estudos de Casos e Experiências em Governança e Acreditação

A análise de experiências anteriores e de estudos de casos de outras instituições que passaram por processos similares de acreditação e implementação de governança oferece percepções valiosas. Tais exemplos permitem identificar padrões, desafios recorrentes, melhores práticas e lições aprendidas em diferentes contextos organizacionais.

Embora cada organização apresente suas particularidades, a revisão dessas experiências contribui para contextualizar o presente estudo de caso, permitindo comparações sobre as estratégias adotadas e os resultados alcançados na jornada rumo à excelência assistencial e à solidificação da governança corporativa. Esses estudos prévios são, portanto, essenciais para fundamentar a discussão e a análise do caso aqui apresentado.

7. MÉTODO DE PESQUISA

Esta seção descreve a abordagem metodológica adotada para investigar a influência do processo de acreditação Qmentum na definição e implantação do modelo de governança corporativa na sede da Organização Alpha. A escolha dos métodos e instrumentos visa garantir a coleta e análise dos dados necessários para responder à situação-problema e alcançar os objetivos estabelecidos.

7.1. Tipo de Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, utilizando o estudo de caso como estratégia principal. A abordagem qualitativa é considerada apropriada para compreender fenômenos complexos em profundidade, permitindo uma análise detalhada da evolução documental e processual ao longo do processo de acreditação e da redefinição da governança (YIN, 2001).

O estudo de caso é particularmente útil quando se busca examinar intensivamente uma única unidade, neste caso, a sede corporativa da Organização Alpha, ou contexto, sendo adequado para investigar fenômenos contemporâneos dentro de seus ambientes reais, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno (processo de acreditação e governança) e o contexto (organização de saúde) não são claramente definidas (YIN, 2001).

A natureza descritiva e exploratória busca delinear as características do processo e identificar fatores relevantes, dada a contemporaneidade do evento e a necessidade de aprofundamento na sua compreensão.

7.2. Cenário e Fontes Documentais

O estudo é realizado na sede corporativa da Organização Alpha, escolhida por ser o centro estratégico onde são definidas as diretrizes, políticas e estratégias que

orientam todas as unidades geridas, e onde o processo de acreditação Qmentum para a governança foi primariamente conduzido e monitorado.

As fontes documentais analisadas foram selecionadas por sua relevância direta para o processo de acreditação Qmentum e para a implantação do modelo de governança corporativa na sede. O corpus documental inclui registros produzidos em diferentes etapas do processo, abrangendo:

- Relatórios e registros das visitas de diagnóstico, acompanhamento, *mock* e avaliação oficial, produzidos pelas avaliadoras externas.
- Políticas institucionais, procedimentos operacionais, organogramas, matrizes de risco e demais documentos normativos produzidos ou revisados ao longo do processo.

7.3. Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados é realizada exclusivamente por meio de análise documental, abordagem considerada adequada para o presente estudo, atribuído o acesso privilegiado aos registros institucionais produzidos ao longo de todo o processo de acreditação. A análise documental permite reconstituir a trajetória do processo com base em evidências concretas, sem depender de relatos subjetivos, garantindo objetividade e rastreabilidade das informações.

- Análise Documental: Serão analisados documentos internos relevantes da Organização Alpha que subsidiam o processo de acreditação Qmentum e a estrutura de governança. Os documentos analisados incluem:
 - Políticas e procedimentos internos relacionados à qualidade e governança corporativa.
 - Atas de reuniões de comitês de governança e do projeto Qmentum.
 - Planos de comunicação e treinamentos relacionados aos padrões Qmentum e à governança.
 - Relatórios de avaliação interna e o relatório da visita *mock* (se disponível e com permissão de acesso).

- Organogramas e descrições de cargos que reflitam a estrutura de governança.

A análise documental fornecerá o contexto formal e as evidências das mudanças implementadas.

7.4. Procedimentos de Coleta

Os documentos foram coletados a partir do acervo institucional da Organização Alpha, compreendendo o período de dezembro de 2023 a fevereiro de 2026. A seleção dos documentos seguiu critério de pertinência ao objeto de estudo, governança corporativa e acreditação Qmentum, e de disponibilidade efetiva dos registros. Para preservar a identidade da instituição, informações que permitiriam sua identificação direta foram substituídas por designações genéricas, sem prejuízo à integridade analítica do estudo.

7.5. Análise de Dados

Os dados coletados serão analisados integradamente:

- Análise Cronológica e Comparativa: os documentos serão examinados em sequência temporal, permitindo identificar padrões de evolução, recorrência de não conformidades e marcos de transformação na estrutura de governança ao longo do processo de acreditação.
- Análise de Conteúdo Documental: os documentos serão analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), com identificação de categorias temáticas recorrentes, evidências de conformidade e não conformidade, e padrões de resposta organizacional às exigências da metodologia Qmentum.

A triangulação entre diferentes tipos de documentos - relatórios avaliativos externos, documentos normativos internos e instrumentos de gestão - contribuirá para a validade e confiabilidade dos achados.

7.6. Considerações Éticas

A pesquisa é conduzida em estrita conformidade com os princípios éticos estabelecidos para pesquisas documentais. A identidade da organização analisada foi preservada mediante anonimização, substituindo-se sua denominação e quaisquer dados que permitissem sua identificação direta. Os documentos utilizados foram obtidos no contexto da atuação profissional do pesquisador junto à instituição. Não houve coleta de dados com participantes humanos, dispensando-se, portanto, a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os resultados são apresentados de forma a não permitir a identificação da organização ou de seus membros.

8. DESCRIÇÃO DO CASO

Em resposta à necessidade de aprimorar a padronização e a governança em sua estrutura estratégica, a Organização Alpha iniciou o processo de Acreditação Qmentum Internacional em sua sede corporativa. Este processo teve sua fase de diagnóstico em dezembro de 2023. A partir de então, o cronograma incluiu diversas etapas de acompanhamento e suporte, culminando na realização da visita *mock* em novembro de 2025, com a visita de acreditação oficial realizada em fevereiro de 2026, que resultou em recomendação de acreditação, mesmo com diversas fragilidades e itens de maturidade ainda apontados pelos avaliadores.

A coordenação e o acompanhamento deste projeto de acreditação envolvem uma equipe multifuncional e especializada. A presidência da Organização Alpha atua como *Sponsor* Estratégico, sendo a principal responsável pela governança e pela provisão de recursos necessários ao processo. A Coordenadora de Acreditação, vinculada à gerência administrativa e operacional, lidera a iniciativa internamente e facilita a comunicação entre a organização e os avaliadores externos.

Após a visita de diagnóstico, realizada em dezembro de 2023, foram feitos 4 encontros de acompanhamento e uma visita *mock*, com a simulação do processo de acreditação, em novembro de 2025.

O processo de acreditação Qmentum na sede da Organização Alpha concentra-se em diversos processos prioritários, com um foco acentuado na área de Governança.

Tabela 1: Status das ações até a visita mock.

PROCESSO PRIORITÁRIO	RECOMENDAÇÕES	dez/23	jun/24	set/24	abr/25	jul/25	nov/25
		Diagnóstico	Acomp	Acomp	Acomp	Acomp	Mock
Governança							
Governança	Atualizar o organograma institucional.						
	Desdobrar o planejamento estratégico em ações para o alcance dos objetivos definidos.						
	Definir metas, modelo para discussão e compartilhamento dos resultados estratégicos.		não iniciado				
	Mapear os riscos institucionais (financeiro, jurídico, qualidade e segurança, imagem).		não iniciado				
	Gerenciar os riscos institucionais e acompanhar efetividade das barreiras definidas.						
Liderança	Estruturar as Políticas institucionais: Gestão Financeira e Custos, Segurança da Informação, Consentimento Informado.						
Capital Humano	Estruturar Política de Gestão de Pessoas.						
	Definir papéis, responsabilidades e entregas da Governança.						
	Implantar matriz de competência para a Governança.						
	Estruturar método de avaliação da performance da Governança.		não iniciado	não iniciado			
	Acompanhar a performance da Governança de acordo com o método estabelecido.						
	Mapear o perfil de saúde dos colaboradores da sede.						
Tomada de decisão baseada em princípios éticos	Divulgar para as partes interessadas e profissionais o manual de conduta e compliance.		não iniciado				
	Incluir no canal de ética, um espaço para promover a discussão e reflexão sobre questões bioéticas.						

PROCESSO PRIORITÁRIO	RECOMENDAÇÕES	dez/23	jun/24	set/24	abr/25	jul/25	nov/25
		Diagnóstico	Acomp	Acomp	Acomp	Acomp	Mock
Governança	Estruturar o plano de Segurança do Paciente.						
	Implantar as Práticas Organizacionais Requeridas relacionadas a responsabilização pela qualidade e realizar os testes de conformidade.						
Preparação para Emergência e Desastres	Estruturar comitê para gerenciamento de crise, com definição dos papéis e responsabilidades de cada membro.		não iniciado	não iniciado			
	Formalizar plano institucional de gerenciamento de crise.		não iniciado				
Comunicação	Revisar a Política de Comunicação e Informação Institucional, contemplando fluxos, canais, níveis de informação por profissional e métodos.						
Gestão de Recursos	Definir os indicadores que serão monitorados e analisados entre as gerências do projeto e a sede.		não iniciado	não iniciado			
	Instituir método de registro das análises críticas dos indicadores financeiros.		não iniciado	não avaliado			
Excelência de Serviços	Definir os indicadores estratégicos que demonstrem os resultados clínicos considerando o tipo de serviço do contrato de gestão.						

Tabela 2: Legenda do status das ações.

Legenda - status das Recomendações:	
	Nova
	Andamento
	Finalizada/Contínua
	Atrasada

A seguir, um detalhamento das recomendações e seu status de implementação até a visita *mock*:

- **Governança:**

- **Atualização do Organograma Institucional:** Requisito fundamental para clareza de papéis e responsabilidades.
- **Desdobramento do Planejamento Estratégico:** Transformar o plano estratégico em ações concretas para o alcance dos objetivos definidos.
- **Definição de Metas e Modelo para Compartilhamento de Resultados Estratégicos.**
- **Mapeamento de Riscos Institucionais:** Abrangendo riscos financeiros, jurídicos, de qualidade e segurança, e de imagem.
- **Gerenciamento de Riscos e Acompanhamento da Efetividade das Barreiras:** Conectado ao mapeamento, visando a gestão proativa de vulnerabilidades.
- **Definição de Papéis, Responsabilidades e Entregas da Governança:** Essencial para a estruturação formal das operações de governança.
- **Implantação de Matriz de Competência para a Governança:** Para assegurar que os indivíduos nos papéis de governança possuam as qualificações adequadas.
- **Estruturação de Método de Avaliação da Performance da Governança.**
- **Acompanhamento da Performance da Governança.**

- **Liderança:**
 - **Estruturação de Políticas Institucionais:** Incluindo Gestão Financeira e Custos, Segurança da Informação e Consentimento Informado. Estas políticas são cruciais para a direção estratégica e conformidade.
- **Capital Humano:**
 - **Estruturação da Política de Gestão de Pessoas:** Alinhando práticas de RH com os objetivos de qualidade e segurança.
 - **Mapeamento do Perfil de Saúde dos Colaboradores da Sede:** Visando o bem-estar e a sustentabilidade da força de trabalho.
- **Tomada de Decisão Baseada em Princípios Éticos:**
 - **Divulgação do Manual de Conduta e *Compliance*:** Para as partes interessadas e profissionais.
 - **Inclusão de Espaço para Discussão Bioética no Canal de Ética:** Para fomentar reflexão e resolução de dilemas éticos.
- **Gestão Integrada da Qualidade:**
 - **Estruturação de Fluxo para Reporte e Análise de Eventos Adversos Graves, Óbitos e *Never Events*:** Essencial para a segurança do paciente e aprendizado organizacional.
 - **Estruturação do Plano de Segurança do Paciente:** Um documento fundamental que direciona as ações para mitigar riscos assistenciais.
 - **Implantação das Práticas Organizacionais Requeridas (ROP) Relacionadas à Responsabilização pela Qualidade e Testes de Conformidade:** Implementação direta das exigências da Qmentum.
- **Preparação para Emergência e Desastres:**
 - **Estruturação de Comitê para Gerenciamento de Crise:** Com definição clara de papéis e responsabilidades.
 - **Formalização de Plano Institucional de Gerenciamento de Crise.**
- **Comunicação:**
 - **Revisão da Política de Comunicação e Informação Institucional:** Contemplando fluxos, canais e níveis de informação por profissional e métodos.
- **Gestão de Recursos:**
 - **Definição de Indicadores de Monitoramento e Análise:** Entre as gerências do projeto e a sede.

- **Instituição de Método de Registro das Análises Críticas dos Indicadores Financeiros.**
- **Excelência de Serviços:**
 - **Definição de Indicadores Estratégicos que demonstrem os Resultados Clínicos:** Considerando o tipo de serviço do contrato de gestão.

Para demonstrar os resultados percebidos durante as visitas de acompanhamento, será realizada a análise cronológica com base nos encontros realizados junto as avaliadoras.

8.1. Visita de Diagnóstico – dezembro 2023

A visita foi realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2023 de acordo com o seguinte cronograma:



AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA



Instituição: Período: 11 e 12 de dezembro de 2023

Dia 1 - 11 de dezembro

Horário	Fernanda Hernandes	Raquel Anbruste
09h00 - 09h30	Palestra de Sensibilização	
	Apresentação da Metodologia Qmentum	
09h30- 10h45	Apresentação Institucional	
	Apresentação de até 45 minutos, realizada pela liderança, com informações estratégicas da instituição	
10h45 - 11h00	Tempo de Transição	
11h00 - 12h30	Governança	
	Funcionamento da diretoria executiva, incluindo papéis e responsabilidades, estrutura, performance e tomada de decisão	
12h30 - 14h00	Almoço	
14h00 - 15h00	Gestão de Pessoas	
	Capital humano	
15h00 - 15h15	Tempo de Transição	
15h15 - 16h30	Tomada de Decisão Baseado em Princípios Éticos	
	Tomada de decisão	
16h30 - 17h00	Reunião da Equipe de Avaliadores	

Figura 2: Cronograma visita 11 de dezembro de 2023.

Dia 2 - 12 de dezembro

Data	Fernanda Hernandes	Raquel Anbruste
09h00 - 10h00	Planejamento e Design de serviços	
	Desenvolvimento e implementação da estrutura, programas e serviços para atender as necessidades da população	
10h00 - 11h00	Gestão de Recursos	
	Monitoramento, administração e integração de atividades relacionadas à alocação e utilização de recursos	
11h00 - 11h15	Tempo de Transição	
11h15 - 12h30	Gestão Integrada da Qualidade	
	Gestão Integrada da Qualidade	
12h30 - 14h00	Almoço	
14h00 - 16h00	Avaliação de Documentos	
	Reunião da Equipe de Avaliadores	
16h00 - 17h00	Debriefing com a Liderança Executiva	

Figura 3: Cronograma visita 12 de dezembro de 2023.

Nesta visita uma palestra de sensibilização foi realizada com todos os colaboradores da sede administrativa, com uma breve explicação do processo de Acreditação e sua relevância.

Na sequência, a apresentação institucional foi realizada pela presidência da época, com a inclusão do planejamento estratégico e desdobramentos. Os demais momentos sempre realizados com as áreas correlatas para que fossem apresentadas as documentações e processos já existentes.

Obviamente, inúmeras fragilidades processuais foram identificadas. Mesmo com um conjunto de ferramentas administrativas em uso, a falta de maturidade da equipe e alta liderança na implantação de controles e acompanhamentos foi evidenciada. Assim, diversas ações foram estabelecidas como necessárias para serem desenvolvidas até a próxima visita.

Os materiais apresentados na época, como o organograma da sede administrativa (Figura 2), Análise SWOT (Figura 5) e Planejamento estratégico dentro de cada perspectiva (Figura 6, Figura 7, Figura 8 e Figura 9) servem como um bom parâmetro para análise comparativa para cada visita.

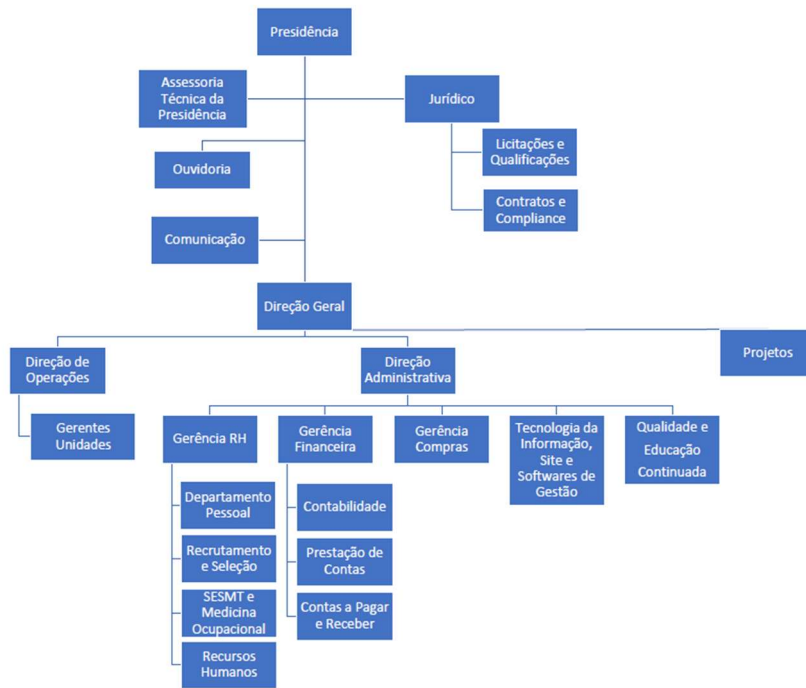


Figura 4: Organograma da Sede Administrativa apresentado em dezembro de 2023.

Análise SWOT



Figura 5: Análise SWOT apresentada em dezembro de 2023.

Perspectiva da Sustentabilidade Financeira

Posicionamento	Acompanhamento
Garantir a Sustentabilidade Financeira	<ul style="list-style-type: none"> Gestão e Acompanhamento do Orçamento Crescimento da receita Bruta em 5% em relação ao ano de 2023
Assegurar gestão otimizada dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento e avaliação das despesas Redução de Custos em 2% em relação ao ano de 2023

Figura 6: BSC - Perspectiva Financeira - apresentado em dezembro de 2023.

Perspectiva do Mercado / Usuários / Sociedade

Posicionamento	Acompanhamento
Assegurar a Satisfação do Usuário	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa de Satisfação dos Gerentes dos Projetos Ouvidoria Pró Ativa
Consolidar a Posição no Mercado	<ul style="list-style-type: none"> Investimento em novas tecnologias Participação em novos processos
Fortalecer a Imagem da Entidade SCMC junto à Sociedade	<ul style="list-style-type: none"> Ações Educativas para a Comunidade Participação em Eventos e Congressos Manutenção do Informativo Mensal

Figura 7: BSC - Perspectiva Clientes - apresentado em dezembro de 2023.

Perspectiva dos Processos Internos / Parceiros / Fornecedores

Posicionamento	Acompanhamento
Garantir a Excelência nos Processos Internos e Terceiros	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer o Programa de Gerenciamento de Risco <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar processos internos Desenvolver fluxos de trabalho otimizados
Desenvolver e avaliar fornecedores	<ul style="list-style-type: none"> Gerenciar habilitação de fornecedores no Portal de Compras <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver a cultura de avaliação das entregas Gerenciar a padronização de materiais e medicamentos

Figura 8: BSC - Perspectiva Processos Internos - apresentado em dezembro de 2023.

Perspectiva das Pessoas / Tecnologia / Informação

Posicionamento	Acompanhamento
Desenvolvimento, Qualificação e Motivação de Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Capacitação Profissional • Programa de Avaliação de Desempenho • Programa Qualidade de Vida do Colaborador <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de Clima Organizacional • Acompanhamento de Índices de Absenteísmo e Turnover Institucional • Oferecer Canal de Comunicação através de Intranet
Excelência na Gestão da Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação a LGPD • Implantar Política da Segurança da Informação

Figura 9: BSC - Perspectiva Pessoas - apresentado em dezembro de 2023.

8.2. Visita de Acompanhamento – junho de 2024

Esta visita deveria ocorrer 6 meses após a de diagnóstico, porém, devido a grandes mudanças no organograma institucional, entrada de novos projetos e foco em novas creditações dentro de serviços hospitalares, nenhuma evolução significativa seria apresentada.

Assim, não houve a visita presencial, mas apenas um acompanhamento por parte das auditoras, com orientações sobre o andamento do processo junto a coordenadora de acreditação.

PROCESSO PRIORITÁRIO	RECOMENDAÇÕES	dez/23	jun/24	OBSERVAÇÕES
		Diagnóstico	Acomp	PREVISÃO DE DATAS - sujeito a alteração conforme avaliação técnica da QGA
Governança				
Governança	Atualizar o organograma institucional.			Atualizarão com os novos cargos constituídos
	Desdobrar o planejamento estratégico em ações para o alcance dos objetivos definidos.			Estruturar os planos operacionais com prazos e responsáveis
	Definir metas, modelo para discussão e compartilhamento dos resultados estratégicos.		não iniciado	
	Mapear os riscos institucionais (financeiro, jurídico, qualidade e segurança, imagem)		não iniciado	Estão em fase de contratação de um profissional para a área
Liderança	Estruturar as Políticas institucionais: Gestão Financeira e Custos, Segurança da Informação, Comunicação, Consentimento Informado.			
Capital Humano	Estruturar Política de Gestão de Pessoas.			Inserir informações sobre integração, avaliações de desempenho e desenvolvimento, recontração, familiares trabalhando na mesma instituição, benefícios, plano de carreira (promoções), reembolsos, etc. Tornar a política institucional (sede)
	Definir papéis, responsabilidades e entregas da Governança.			
	Implantar matriz de competência para a Governança.			
	Estruturar método de avaliação da performance da Governança.		não iniciado	
Tomada de decisão baseada em princípios éticos	Divulgar para as partes interessadas e profissionais o manual de conduta e compliance.		não iniciado	Estão em fase de contratação de um profissional para a área
Gestão Integrada da Qualidade	Estruturar fluxo para reporte e análise de eventos adversos graves, óbitos e never events dos projetos para a sede.			Descrito fluxo, divulgarão para os projetos
	Estruturar Plano de Qualidade e Segurança Institucional.			Frentes prioritárias de trabalho para 2024/2025: protocolos mínimos de segurança, desdobramento das políticas institucionais, implantação da gestão de riscos, estruturação das comissões obrigatórias e constituição dos NSP. Estruturar como plano (focar no planejamento de atividades prioritárias a serem desenvolvidas em 24/25)
Preparação para Emergência e Desastres	Estruturar comitê para gerenciamento de crise, com definição dos papéis e responsabilidades de cada membro.		não iniciado	
	Formalizar plano institucional de gerenciamento de crise.		não iniciado	
Comunicação	Revisar a Política de Comunicação e Informação Institucional, contemplando fluxos, canais, níveis de informação por profissional e métodos.			Tornar a política institucional
Gestão de Recursos	Definir os indicadores que serão monitorados e analisados entre as gerências do projeto e a sede.		não iniciado	Estão em fase de implantação do Interact, ainda não definiram os indicadores estratégicos
	Instituir método de registro das análises críticas dos indicadores financeiros.		não iniciado	Estão em fase de implantação do sistema. 

Figura 10: Recomendações realizadas após acompanhamento.

É possível identificar que a alta liderança não se mostrava ainda engajada com o processo, demonstrando falhas de compreensão e execução de itens essenciais e básicos para a estruturação da governança. O desdobramento do planejamento estratégico, essencial para determinar o rumo da organização, ou ainda a falta de um organograma atualizado, refletindo as mudanças e determinando responsabilidades gerenciais, demonstram um volume de atividades essenciais e necessárias sem finalização.

Importante ressaltar que estava em implantação um sistema de gestão financeira, tal situação também apresentou um volume de demandas expressivos dentro da sede administrativa.

8.3. Visita de Acompanhamento – setembro de 2024

Apesar de todos os apontamentos e demandas geradas após o último acompanhamento, a visita trouxe grandes críticas das avaliadoras, sendo cogitada a interrupção do processo por baixa aderência dos envolvidos. O processo de acreditação Qmentum na sede da Organização Alpha concentra-se em diversos processos prioritários, com um foco acentuado na área de Governança. Este enfoque é justificado pela premissa da metodologia Qmentum de que a sustentabilidade da qualidade e segurança assistencial está intrinsecamente ligada a uma estrutura de governança bem definida e efetivamente praticada, conforme detalhado no Referencial Teórico.

Poucos avanços foram demonstrados e a responsável do processo não demonstrava maturidade e comprometimento para prosseguir. Além disso, mudanças significativas no organograma acabaram ocorrendo, como a saída do Diretor Geral, pouco participante no processo de acreditação, porém com impacto operacional. Também ocorreram a substituição da gerência de qualidade corporativa, não sendo repostas, e a entrada de dois novos gerentes com foco operacional, mas com objetivo de serem elos de conexão com as atividades administrativas.


PROCESSO PRIORITÁRIO	RECOMENDAÇÕES	set/24	OBSERVAÇÕES
		Acomp	PREVISÃO DE DATAS - sujeito a alteração conforme avaliação técnica da QGA
Governança			
Governança	Atualizar o organograma institucional.		Atualizar com os novos cargos constituídos
	Estruturação do planejamento estratégico		
	Mapear os riscos institucionais (financeiro, jurídico, qualidade e segurança, imagem).		
	Definir metas, modelo para discussão e compartilhamento dos resultados estratégicos .		Estruturar os planos operacionais com prazos e responsáveis
	Definir os indicadores que serão monitorados e analisados entre as gerências do projeto e a sede.		
	Desdobrar o planejamento estratégico em ações para o alcance dos objetivos definidos.		Estão em fase de contratação de um profissional para a área
Liderança	Elaborar Política de Gestão Financeira e custos		Financeira: criada;
	Elaborar Política de segurança da informação		
	Política de Comunicação		
	Política / termo de Consentimento Informado.		Verificar manual - Realizar de forma matriciada , rever os perfis da unidade
Capital Humano	Estruturar Política de Gestão de Pessoas.		Inserir informações sobre integração, avaliações de desempenho e desenvolvimento, recontração , familiares trabalhando na mesma instituição, benefícios, plano de carreira (promoções) , reembolsos, etc. Tornar a política institucional (sede)
	Definir papéis, responsabilidades e entregas da Governança.		
	Implantar matriz de competência para a Governança.		
	Estruturar método de avaliação da performance da Governança.		
Tomada de decisão baseada em princípios éticos	Divulgar para as partes interessadas e profissionais o manual de conduta e compliance.		manual entregue na integração , termo assinado, qrcode no espaço sangue azul , placas disponibilizadas nas unidades/ realizar divulgação na sede- Validação com o Dr. Anis os integrantes do comite de etica
	Implantar política de gestão da qualidade		
Gestão Integrada da Qualidade	Estruturar fluxo para reporte e análise de eventos adversos graves, óbitos e never events dos projetos para a sede.		Descrito fluxo, divulgarão para os projetos
	Estruturar Plano de Qualidade e Segurança Institucional.		Frentes prioritárias de trabalho para 2024/2025: protocolos mínimos de segurança , desdobramento das políticas institucionais, implantação da gestão de riscos, estruturação das comissões obrigatórias e constituição dos NSP. Estruturar como plano (focar no planejamento de atividades prioritárias a serem desenvolvidas em 24/25)
Preparação para Emergência e Desastres	Estruturar comitê para gerenciamento de crise, com definição dos papéis e responsabilidades de cada membro.	não iniciado	
	Formalizar plano institucional de gerenciamento de crise.		Especificar o planejamento considerando o modelo de gestão, especificidades do negócio e riscos mapeados
Comunicação	Revisar a Política de Comunicação e Informação Institucional, contemplando fluxos, canais, níveis de informação por profissional e métodos.		Tornar a política institucional
	Instituir método de registro das análises críticas dos indicadores financeiros.	não avaliado	Estão em fase de implantação do sistema 

Figura 11: Recomendações realizadas após acompanhamento.

O relatório elaborado pela equipe (Figura 11), evidencia que a previsão de finalização do processo se daria até setembro de 2025, porém ainda com pontos novamente abordados com necessidades de ajustes, como a necessidade de elaboração de um organograma atualizado, visando proporcionar maior clareza nas responsabilidades e otimizar a comunicação interna; a elaboração de uma nova análise SWOT para orientação das estratégias e tomada de decisão; desenvolvimento

de um Planejamento Estratégico com maior foco na sede administrativa, materializando as ações e disseminação junto as unidades; criação de comitês independentes ou de apoio à governança, especialmente do Comitê de Crise; criação da matriz de riscos institucionais, buscando identificar os riscos, potenciais e consequências; ajuste das políticas institucionais; entre outras.

8.4. Visita de Acompanhamento – abril de 2025

Nesta visita a equipe consegue demonstrar uma evolução em relação aos encontros anteriores.

Foram apresentadas as mudanças para as avaliadoras, incluindo também a própria mudança da presidência, após a renovação do mandato e com nova eleição. A saída da Diretora Operacional, responsável até o momento pelo processo de Acreditação, com a substituição da Coordenação de Acreditação contribuiu para que as demandas reprimidas fossem novamente remanejadas entre os setores.

Foram apresentadas algumas ferramentas incorporadas para uso dentro da instituição, entre elas o *Documents* para gerenciamento e disseminação de documentos institucionais. Foi iniciado um processo de revisão e criação das Políticas, Manuais e Regimentos institucionais.

[Redacted] - SEDE			
Tipo do documento:	Políticas	SEDE.FIN.POL.0001	Página 1 de 5
Título do documento:	Política Gestão Financeira	Emissão: 28/04/2025 Versão: 1	Próx. Revisão: 28/04/2026

[Redacted] - SEDE			
Tipo do documento:	Políticas	SEDE.TI.POL.0001	Página 1 de 10
Título do documento:	Política Segurança da Informação	Emissão: 28/04/2025 Versão: 1	Próx. Revisão: 28/04/2027

[Redacted] - SEDE			
Tipo do documento:	Políticas	SEDE.COM.POL.0001	Página 1 de 14
Título do documento:	Política Comunicação Institucional	Emissão: 24/04/2025 Versão: 2	Próx. Revisão: 24/04/2026

[Redacted] - SEDE			
Tipo do documento:	Políticas	SEDE.DMED.POL.0001	Página 1 de 14
Título do documento:	Termo de Consentimento Informado	Emissão: 28/04/2025 Versão: 1	Próx. Revisão: 28/04/2027

Figura 12: Documentos Institucionais.

A Análise SWOT (Figura 13) é revisada, considerando os apontamentos já realizados e o avanço na maturidade da equipe. Com isso, um novo Planejamento estratégico foi determinado para os anos de 2025-2026 (Figura 14) em conjunto com as demais gerências, diretorias e presidência.



Figura 13: Análise SWOT revisada.



Figura 14: Planejamento Estratégico revisado.

Governança: Perspectiva Financeira

Objetivo Estratégico	Indicadores	Meta	Estratégias	Responsáveis
Reduzir custos nas unidades gerenciadas	Média das unidades elegíveis do Consumo anterior / Consumo atual	Redução de 20%	Implantar projetos, em unidades elegíveis, buscando conscientização e redução no consumo de energia elétrica.	Diretoria e Gerência Operacional
	(Valor médio período anterior (Curva A) / Valor médio período avaliado (Curva A)) - Inflação do Período	2%	Definir as linhas de produtos estratégicos, buscando maior poder de compra e gerando reduções de gastos.	Diretoria de compras
Otimizar o gerenciamento dos recursos financeiros	Unidades com gestão de custos implantadas / Unidades elegíveis	50%	Implantar e acompanhamento de sistemas e metodologias de gestão de custos.	Diretoria e Gerência financeira
Assegurar a transparência na Prestação de Contas	Repasses realizados dentro dos prazos previstos / Total de repasses a receber	100%	Acompanhar mensalmente a entrada dos recursos previstos.	Diretoria e Gerência financeira



Figura 15: Perspectiva Financeira revisada.

Governança: Perspectiva Clientes

Objetivo Estratégico	Indicadores	Meta	Estratégias	Responsáveis
Implantar alternativas de comunicação corporativa com maior eficácia	Índice de percepção	90%	Realizar pesquisas de percepção da interoperabilidade da Sede junto aos gestores das unidades	Diretoria e Gerência Operacional
	Execução de ações deliberadas dentro dos prazos estabelecidos / Ações determinadas	90%	Efetivar dinâmica de reuniões entre a Sede e Unidades.	Diretoria e Gerência Operacional
Esclarecer aos integrantes da comunidade as obrigações e ações do	Índice de satisfação/esclarecimento percebida	75%	Criar agendas positivas com a comunidade e partes envolvidas, visando esclarecer as ações do	Diretoria Administrativa



Figura 16: Perspectiva Clientes revisada.

Governança: Perspectiva Processos

Objetivo Estratégico	Indicadores	Meta	Estratégias	Responsáveis
Garantir a imagem e reputação da instituição	Efetividade na mitigação de risco (Riscos mitigados / riscos identificados)	90%	Criar matriz de mapeamento dos riscos e definir integrantes do Comitê de Risco, definir cronograma de acompanhamento.	Comitê de Riscos
	Quantidade de ouvidorias avaliadas e respondidas dentro do prazo estabelecido / Quantidade de ouvidorias recebidas pelo comitê	90%	Avaliar as ouvidorias recebidas pelo comitê.	Comitê de Ética
Garantir a consistência, qualidade do cuidado e evitar eventos adversos	Média dos protocolos implantados (elegíveis para a unidade) / Protocolos disponibilizados	80%	Desenvolver e implantar protocolos institucionais	Qualidade
Garantir acesso rápido e eficaz a documentação institucional	Acesso aos documentos obrigatórios / documentos obrigatórios disponíveis	90%	Criação do módulo sistêmico de armazenamento dos documentos (INTERACT - Documents), inserção dos documentos institucionais e divulgação.	Gerência Operacional e Qualidade

Figura 17: Perspectiva Processos revisada.

Governança: Perspectiva Pessoas

Objetivo Estratégico	Indicadores	Meta	Estratégias	Responsáveis
Desenvolver plano de formação de lideranças	Índice de satisfação/esclarecimento percebida	75%	Desenvolver cronograma anual para realização do PDL, determinando os temas de acordo com a missão, visão e valores do	Gerência de RH
	Quantidade de participantes egressos	No mínimo 3 por ano	Implantação do Projeto de Trainee com foco em gestão.	Gerência de RH
Aprimorar a comunicação entre os departamentos e os projetos	Variação do índice de percepção	15% de incremento em relação a anterior	Efetivar dinâmicas e reuniões setoriais na Sede.	Diretoria e Gerência Operacional
Implementar acompanhamento periódico no desenvolvimento profissional	Avaliações realizadas / Quantidade de Colaboradores Elegíveis	85%	Realizar avaliações de desempenho.	Gerência de RH

Figura 18: Perspectiva Pessoas revisada.

Por fim, as avaliadoras apontam que mesmo com a evolução desde a última visita, não acreditam ser viável a manutenção do cronograma inicial, já que a próxima visita deveria ser a *mock*, uma prévia da auditoria final, onde não sendo percebida a viabilidade de seguir para a última etapa, o processo precisaria ser iniciado novamente.

Desta forma informam a necessidade de uma visita adicional de acompanhamento, com a *mock* prevista para ser realizada ao fim de 2025 e visita final no início de 2026. Apontam que por visualizarem grandes avanços, acreditam ser viável a acreditação, porém devido aos períodos de estagnação, existe ainda uma necessidade de maior maturidade e execução dos processos, justificando as alterações no cronograma junto a entidade certificadora.

PROCESSO PRIORITÁRIO	RECOMENDAÇÕES	abr/25	OBSERVAÇÕES
		Acomp	PREVISÃO DE DATAS - sujeito a alteração conforme avaliação técnica da QGA
Governança			
Governança	Atualizar o organograma institucional.		Trazer para o organograma da sede os cargos até o nível gerencial, diretor médico e superintendentes.
	Desdobrar o planejamento estratégico em ações para o alcance dos objetivos definidos.		Estruturar os planos operacionais com prazos e responsáveis
	Definir metas, modelo para discussão e compartilhamento dos resultados estratégicos.		
	Mapear os riscos institucionais (financeiro, jurídico, qualidade e segurança, imagem).		Constituirão o comitê de riscos
Liderança	Estruturar as Políticas institucionais: Gestão Financeira e Custos, Segurança da Informação, Consentimento		
Capital Humano	Estruturar Política de Gestão de Pessoas.		
	Definir papéis, responsabilidades e entregas da Governança.		Estruturar até o nível de superintendentes/diretor médico
	Implantar matriz de competência para a Governança.		Alinhar com a descrição de cargos, destacar o quais são indispensáveis e desejáveis
	Estruturar método de avaliação da performance da Governança.		
	Mapear o perfil de saúde dos colaboradores da sede.		
Tomada de decisão baseada em	Divulgar para as partes interessadas e profissionais o manual de conduta e compliance.		
Gestão Integrada da Qualidade	Estruturar fluxo para reporte e análise de eventos adversos graves, óbitos e never events dos projetos para a		
	Estruturar Plano de Qualidade e Segurança Institucional.		Frentes prioritárias de trabalho para 2025/2026: protocolos mínimos de segurança, desdobramento das políticas institucionais, implantação da gestão de riscos, estruturação das comissões obrigatórias e constituição dos NSP.
Preparação para Emergência e Desastres	Estruturar comitê para gerenciamento de crise, com definição dos papéis e responsabilidades de cada membro.		
	Formalizar plano institucional de gerenciamento de crise.		Definir os níveis de crise, estruturar fluxo de acionamento e tomadas de decisão
Comunicação	Revisar a Política de Comunicação e Informação Institucional, contemplando fluxos, canais, níveis de informação por profissional e métodos.		Construir o plano de comunicação institucional
Gestão de Recursos	Definir os indicadores que serão monitorados e analisados entre as gerências do projeto e a sede.		
	Instituir método de registro das análises críticas dos indicadores financeiros.		

Figura 19: Relatório de acompanhamento atualizado.

8.5. Visita de Acompanhamento – julho/agosto de 2025

Seguindo o mesmo padrão de evolução apresentado na visita anterior, a apresentação da Governança resgatou itens ainda pendentes como o Organograma Institucional (Figura 20), com uma melhor definição dos setores e inclusão da Diretoria Estatutária, Conselho Fiscal e de Administração e da [REDACTED] como estabelecidos no Estatuto da entidade.



Figura 20: Organograma Institucional.

Os Comitês de Ética e de Risco foram apresentados, já com as atas de reunião, demonstrando não só suas criações, como também a execução de acordo com os ritos instituídos.

As descrições dos cargos foram todos finalizados (Figura 21), assim como as atribuições (Figura 22) e metas relacionadas (Figura 23).

Título do Documento		REGISTRO	REG_RHU_032	Emissão: 06/02/2025
Título do Documento		DESCRIÇÃO DE CARGO – DIRETOR MÉDICO	Versão: 0	Prox. Revisão: 06/02/2028
1. IDENTIFICAÇÃO				
CARGO:	Diretor Médico	C.B.O.:	1312-05	SETOR: DIRETORIA
SUPERIOR:	Presidência	CARGA HORÁRIA:	-	HORÁRIO: -
2. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO CARGO				
<p>Responsável pela supervisão técnica, clínica e ética dos serviços assistenciais e médicos prestados nos projetos sob gestão. Atua na interface entre os profissionais de saúde, os gestores administrativos e os órgãos reguladores, promovendo a qualidade do atendimento, a segurança do paciente, o cumprimento das metas do plano de trabalho e em conformidade com normas legais e éticas.</p>				

Figura 21: Modelo de descrição de cargo.

6. ATRIBUIÇÕES DO CARGO		PERIODICIDADE
PRINCIPAIS RESPONSABILIDADE / ATIVIDADES / DEVERES	Assegurar a prática médica conforme protocolos, legislações e diretrizes do grupo; garantir a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.	Diário
	Supervisionar as equipes médicas; promover alinhamento entre setores assistenciais e administrativos; acompanhar casos críticos.	Semanal
	Monitorar indicadores de desempenho clínico; propor melhorias nos processos operacionais.	Diário
	Desenvolver, padronizar e revisar estratégias médicas alinhadas aos objetivos institucionais; analisar relatórios gerenciais assistenciais.	Mensal
	Identificar e implementar inovações tecnológicas que possam melhorar os processos médicos e de saúde dentro do Grupo;	Eventual
	Prover treinamentos contínuos e desenvolvimento profissional para as equipes médicas, garantindo que estejam atualizadas com as últimas práticas e diretrizes.	Semestral
	Monitorar indicadores de desempenho médicos e assistenciais, propondo ajustes e melhorias contínuas nos processos clínicos e operacionais.	Eventual

Figura 22: Modelo de atribuições do cargo.

Líder	Meta	Indicador	Meta SMART	Frequê	Responsáv	Agenda de
Diretor Médico	Garantir o cumprimento de 95% das metas assistenciais do contrato de gestão das unidades, com registro no RA;	% de metas assistenciais	≥ 95%	Mensal	Presidência	1º sem. de AGO
Diretor Médico	Implantar ou revisar ao menos 3 protocolos assistenciais ou de gestão da clínica até o final do semestre, com participação de representantes das unidades, para ser difundido como protocolo institucional da sede;	Nº de protocolos implantados/revistos	≥ 3 protocolos por semestre	Semestral	Presidência	2º sem. de AGO
Diretor Médico	Realizar ao menos 1 reunião clínica mensal com os chefes das equipes médicas das unidades, com pauta registrada;	Nº de reuniões realizadas/mês	≥ 1 reunião por mês	Mensal	Presidência	1º sem. de SET
Diretor Médico	Elaborar 100% dos relatórios médicos e pareceres solicitados pelas Diretorias Administrativas das unidades e/ou pelo Departamento Jurídico dentro do prazo solicitado;	% de relatórios e pareceres entregues no prazo	100% dentro do prazo	Mensal	Presidência	2º sem. de SET
Diretor Médico	Garantir, de forma contínua, a regularidade da responsabilidade técnica (RT) de 100% dos projetos assistenciais geridos pelo Grupo com revisão documental semestral;	% de projetos com RT regular e revisão documental realizada	100% com revisão documental a cada semestre	Semestral	Presidência	1º sem. de OUT

Figura 23: Modelo de metas estabelecidas (lideranças).

A avaliação das competências que havia sido realizada nos últimos meses, foi a base da definição das metas e para elaboração do Programa de Desenvolvimento das Lideranças (PDL).

Apresentado o regimento do Comitê de Gerenciamento de Crises, demonstrando as possíveis classificações e ações/acionamentos em casos de emergências e desastres; a Política de Comunicação e Informação Institucional, com a definição dos *stakeholders*, responsáveis, meios e canais, uma das pendências da última visita, foi demonstrada.

Foram 16 atividades consideradas como finalizadas nesta visita, enquanto na anterior, apenas 6 concordavam.

Foi destacada a necessidade de elaboração de um relatório trimestral de acompanhamento referente a qualidade e segurança do paciente, contendo dados comparativos de todas as unidades demonstrando os indicadores monitorados pela sede, juntamente com a evidência desse acompanhamento; necessidade de demonstrar o acompanhamento das ações implantadas decorrentes a eventos graves e óbitos, evidenciando as ações implantadas; e, em especial, a necessidade de evolução no tema Excelência em Serviços, que, ao contrário dos demais, não apresentou grandes avanços.

Por fim mencionam melhoria significativa nos temas abordados e compreendem que temos condições de seguir para as avaliações finais.

8.6. *Mock* — novembro de 2025

Para esta etapa, mesmo itens já superados e considerados finalizados foram revistos e apresentados com melhorias. O mapeamento de riscos foi redesenhado para evidenciar o acompanhamento das ações de mitigação, políticas e procedimentos operacionais revisados e alterados, refletindo o desenvolvimento e maturidade da equipe.

Durante as apresentações, as avaliadoras sinalizam novas situações a serem desenvolvidas, mas já com foco na continuidade do processo de melhoria, sem que itens como plano de sucessão, comitê de bioética, entre outros, sejam necessários para este momento.

O único item ainda motivo de questionamentos e considerado em atraso está relacionado à Excelência em Serviços, pelas falhas nos acompanhamentos coerentes com o necessário para servir de base para tomada de decisão. Ficou estabelecido então que a apresentação deste quesito deve ser enviada previamente para análise e avaliação antes da visita final.

Com uma nova avaliação, a evolução em relação à execução das tarefas propostas (Figura 24) fica evidenciada.

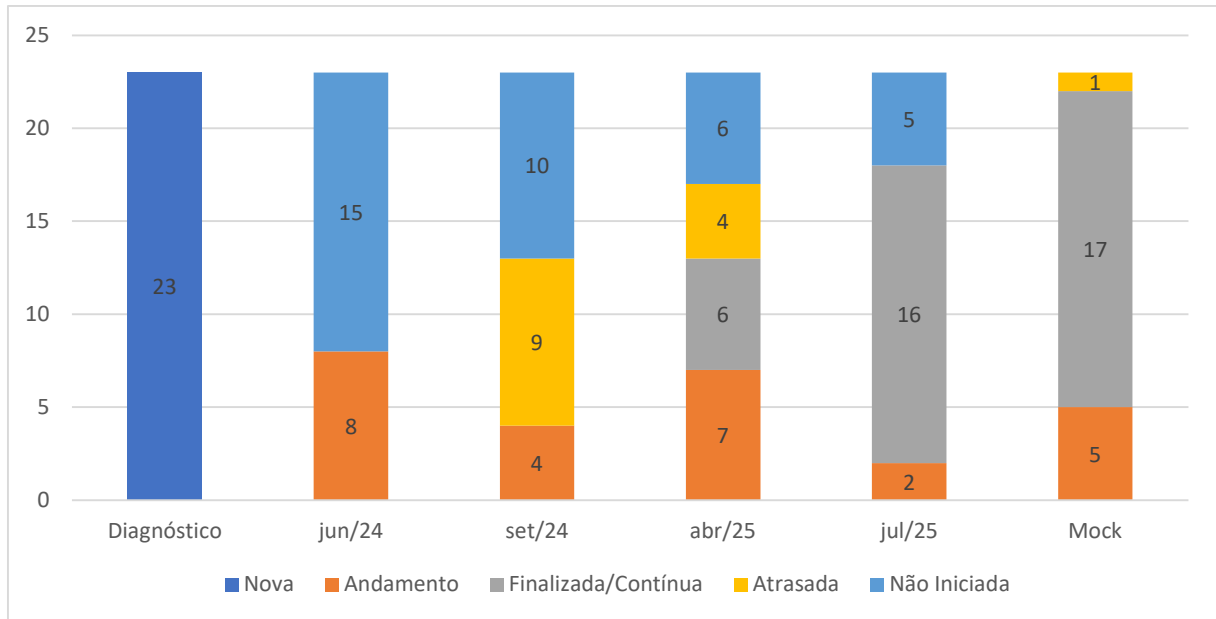


Figura 24: Evolução das ações propostas.

O mapeamento de riscos institucionais teve sua ferramenta de análise reformulada (Figura 25), com maior cuidado na apresentação do uso e adaptação para as atividades da sede administrativa.

Também foram apresentados os Indicadores de Desempenho Financeiro (IDFs) utilizados para análises econômicas dos projetos geridos (Figura 26).


		MAPEAMENTO DE RISCOS			MR.INST.001	Emissão: 18/06/2025 Versão: 1 Revisão: 18/06/2026
		MATRIZ DE RISCOS - FMEA ADAPTADA				
<p>O que é uma Análise de Modos de Falha e Efeitos (FMEA)?</p> <p>Análise de Modos e Efeitos de Falha (FMEA) é uma técnica sistemática de avaliação de risco projetada para identificar modos de falha em potencial, analisar suas causas e efeitos e priorizar ações para prevenir ou reduzir essas falhas. A FMEA é amplamente usada em todos os setores por sua capacidade de melhorar a confiabilidade, a segurança e o desempenho. Ao enfatizar a detecção e a prevenção precoces, a FMEA ajuda as organizações a evitar erros dispendiosos e melhorar a qualidade geral.</p>						
<p>Importância da FMEA na Avaliação e Gestão de Riscos</p> <p>Mitigação proativa de riscos: A FMEA permite a identificação precoce e a prevenção de riscos potenciais, reduzindo a probabilidade de falhas.</p> <p>Melhor tomada de decisão: O cálculo do RPN no FMEA prioriza os riscos, permitindo que as organizações concentrem recursos nas áreas mais críticas.</p> <p>Conformidade e Segurança: Muitos setores exigem que o FMEA atenda aos padrões de segurança e regulatórios.</p> <p>Eficiência aprimorada: Ao identificar ineficiências e riscos potenciais, a FMEA simplifica processos e reduz o tempo de inatividade.</p> <p>Melhoria Contínua: A FMEA promove uma cultura de avaliação e melhoria contínua de riscos, garantindo sucesso a longo prazo.</p>						
<p>Gravidade (S):</p> <p>Definição: Mede a gravidade das consequências de um modo de falha.</p> <p>Importância: Classificações de alta gravidade indicam riscos potenciais que podem causar danos significativos, como riscos à segurança ou grandes interrupções operacionais.</p> <p>Ocorrência (O):</p> <p>Definição: Refere-se à probabilidade de ocorrer um modo de falha.</p> <p>Importância: Ao avaliar as taxas de ocorrência, as organizações podem identificar e abordar riscos recorrentes.</p>						
<p>O Risk Priority Number (RPN) é uma métrica quantitativa usada em FMEA para classificar e priorizar riscos. Ele é calculado usando a fórmula:</p>						
RPN=Gravidade (S)×Ocorrência (O)						
PROBABILIDADE						
IMPROVÁVEL	1	A falha/situação é praticamente impossível de ocorrer ou ocorre muito raramente (ex: menos de 1 vez a cada 5 anos, ou não há histórico conhecido).				
REMOTA	2	A falha/situação pode ocorrer, mas com pouca frequência (ex: 1 vez a cada 2-5 anos, ou em condições muito específicas).				
OCASIONAL	3	A falha/situação ocorre periodicamente ou de forma esporádica (ex: 1 vez por ano).				
FREQUENTE	4	A falha/situação ocorre com regularidade ou é esperada em muitas ocasiões (ex: mensalmente).				
MUITO ALTA	5	A falha/situação é quase inevitável e ocorre com muita frequência (ex: semanalmente ou diariamente).				
GRAVIDADE						
INSIGNIFICANTE	1	Não afeta a operação, reputação, segurança ou conformidade. Pode ser uma pequena falha estética ou um erro facilmente corrigível com nenhum custo ou esforço relevante.				
BAIXA	2	Impacto localizado e temporário. Pequena interrupção em uma tarefa ou processo não crítico, leve inconveniência para usuários/colaboradores, sem prejuízo financeiro ou à reputação significativos. Resolúvel com recursos e esforços mínimos.				
MODERADA	3	Impacto considerável. Afeta processos ou operações secundárias, pode causar perda de eficiência ou qualidade, exige esforço e recursos moderados para correção. Potencial para insatisfação de usuários, pequenos riscos de conformidade ou impacto financeiro limitado.				
CRÍTICA	4	Impacto severo. Interrupção de processos críticos ou serviços essenciais, grande perda de dados, danos significativos à reputação da instituição, implicações legais ou regulatórias importantes, ou perdas financeiras substanciais. Requer resposta emergencial e alocação de recursos consideráveis.				
CATASTRÓFICA	5	Impacto devastador. Falha que pode paralisar as operações principais da instituição, resultar em grandes multas ou sanções legais, causar danos irreparáveis à reputação, perda maciça de dados críticos, ou comprometer a segurança física de pessoas. Ameaça a continuidade ou a própria existência da instituição.				
NPR - TOLERABILIDADE						
		INSIGNIFICANTE	BAIXA	MODERADA	CRÍTICA	CATASTRÓFICA
IMPROVÁVEL	1	2	4	6	8	10
REMOTA	2	4	6	9	12	15
OCASIONAL	3	6	9	12	16	20
FREQUENTE	4	8	12	16	20	25
MUITO ALTA	5	10	15	20	25	30
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES						
NPR		MEDIDAS				
18 a 25	RISCO ALTO	Intervenção Imediata e Urgente: Prioridade máxima para ações de mitigação. Não é um risco que pode ser simplesmente aceito sem intervenção. Gestão de Crise Potencial: Preparação para gerenciar as consequências caso a falha ocorra antes da mitigação. Recursos Prioritários: Alocação de recursos significativos e prioritários (orçamento, pessoal sênior, tempo dedicado) para resolver o risco. Envolvimento da Liderança: A liderança executiva ou sênior da instituição deve estar ciente e envolvida na tomada de decisões e acompanhamento.				
		AÇÃO ESPERADA				
Planos de Ação Robustos: Desenvolver planos de ação detalhados e com cronogramas agressivos para reduzir a probabilidade e/ou a gravidade. Engajamento Multifuncional: Formar equipes multifuncionais para abordar o risco, garantindo expertise de diferentes áreas da instituição. Investimento em Soluções: Considerar investimentos em tecnologia, novos processos, ou revisão de políticas que possam eliminar ou drasticamente reduzir o risco. Planos de Contingência e Recuperação: Desenvolver e testar planos de contingência e recuperação detalhados para minimizar o impacto caso a falha ocorra (ex: planos de continuidade de negócios, recuperação de desastres). Comunicação de Risco: Comunicar o risco e os planos de mitigação às partes interessadas relevantes, conforme necessário. Reavaliação Contínua: Monitoramento rigoroso e reavaliações frequentes do NPR à medida que as ações são implementadas, até que o risco seja reduzido para um nível aceitável.						
MEDIDAS						
8 a 17	RISCO MODERADO	Análise Mais Detalhada: Investigar mais a fundo as causas e os impactos para identificar oportunidades de melhoria. Mitigação Planejada: Planejar ações para reduzir o risco, geralmente visando diminuir a probabilidade ou a gravidade para um nível aceitável, se viável. Alocação de Recursos: Considerar a alocação de recursos (tempo, orçamento, pessoal) para ações de mitigação, priorizando as mais eficientes.				
		AÇÃO ESPERADA				
Identificação de Causas Raiz: Realizar uma análise das causas raiz para entender o "porquê" da probabilidade e/ou a gravidade. Proposição de Ações Preventivas/Corretivas: Desenvolver e propor ações que visem reduzir a probabilidade de ocorrência (P) e/ou a gravidade do impacto (S). Exemplos: Probabilidade: Treinamentos adicionais, revisão de procedimentos, ajustes em equipamentos, melhorias de comunicação. Gravidade: Implementação de backups, planos de contingência, melhoria de sistemas de segurança, segregação de funções. Definição de Responsáveis e Prazos: Atribuir claramente quem será responsável pela execução das ações e estabelecer prazos realistas. Monitoramento Ativo: Acompanhar a implementação das ações e os indicadores relevantes para o risco. Reavaliação do NPR: Após a implementação das ações, reavaliar a Probabilidade e a Gravidade para recalcular o NPR e confirmar a eficácia da mitigação.						
MEDIDAS						
1 a 7	RISCO BAIXO	Monitoramento Passivo: Acompanhamento regular, mas sem necessidade de intervenções imediatas ou proativas intensas. Aceitação do Risco: A organização pode aceitar este nível de risco, pois o custo-benefício de mitigá-lo ativamente pode ser desfavorável.				
		AÇÃO ESPERADA				
Nenhuma Ação Imediata: Não são necessárias ações corretivas ou preventivas urgentes. Revisão Periódica: Incluir o risco nas revisões anuais ou semestrais da FMEA para verificar se a probabilidade ou a gravidade se alteraram. Sistematização: Garantir que o processo ou sistema envolvido permaneça dentro dos parâmetros atuais, sem grandes alterações que possam impactar o risco.						

Figura 25: Mapeamento de Riscos.

IDFs (Indicadores de Desempenho Financeiro)					
SIGLA	DESCRIÇÃO	FÓRMULA E OBJETIVO	BAIXA CRITICIDADE	MÉDIA CRITICIDADE	ALTA CRITICIDADE
AO	Adesão Orçamentária	Fórmula: (Valor Realizado na Competência / Valor Orçado na Competência) x 100% Objetivo: Avaliar a aderência do projeto ao planejamento financeiro aprovado para receitas e despesas.	Entre 80% - 105%.	Abaixo de 80% ou entre 105% e 110%.	Acima de 110%.
SPR	Saldo Pendentes de Repasse	Fórmula: (Total dos Recebimentos - Glosas Reconhecidas) - Total Recebido Objetivo: Acompanhar as pendências de recebimento acumulada dos projetos até o mês analisado.	Com nenhuma pendência ou pequenas oscilações justificáveis.	Aumento do saldo acumulado nos últimos 3 meses.	Aumento do saldo acumulado nos últimos 3 meses ou pendências significativas que perduram por mais de 6 meses.

Figura 26: Indicadores de Desempenho Financeiro.

8.7. Visita de Acreditação - fevereiro de 2026

8.7.1. Contextualização da Visita de Avaliação Oficial

A visita de avaliação oficial da Acreditação Qmentum Internacional foi realizada em fevereiro de 2026, encerrando um ciclo de aproximadamente vinte e seis meses iniciado com a visita de diagnóstico em dezembro de 2023. Ao longo desse período, a Organização Alpha percorreu seis etapas avaliativas: diagnóstico, quatro visitas de acompanhamento (junho/2024, setembro/2024, abril/2025, julho-agosto/2025) e a visita *mock* (novembro/2025), antes de submeter-se à avaliação final conduzida pelos avaliadores externos da QGA Global.

A avaliação oficial concentrou-se nos processos prioritários de governança, em plena convergência com o escopo definido desde o diagnóstico inicial: Governança, Liderança, Capital Humano, Tomada de Decisão Baseada em Princípios Éticos, Gestão Integrada da Qualidade, Preparação para Emergências e Desastres, Comunicação, Gestão de Recursos e Excelência em Serviços. Cada uma dessas dimensões foi endereçada por apresentações institucionais específicas, submetidas durante o processo avaliativo, e constitui a base documental desta análise.

O resultado da visita foi uma recomendação de acreditação, representando o reconhecimento formal de que a Organização Alpha atingiu o limiar exigido pelos padrões Qmentum Internacional, ainda que com diversas ressalvas de maturidade registradas pelos avaliadores ao longo da avaliação.

8.7.2. Cronologia e Marcos do Processo

O quadro a seguir (Tabela 3) sintetiza as seis etapas formais do processo, os principais marcos institucionais registrados e o padrão de evolução observado em cada fase.

Tabela 3: Quadro sintético do processo.

Etapa	Data	Principal Registro
Diagnóstico	Dez/2023	Múltiplas fragilidades: ausência de organograma atualizado, PE sem desdobramento, sem mapeamento de riscos, sem indicadores sistêmicos. Alta liderança com baixo engajamento.
Acompanhamento 1	Jun/2024	Sem visita presencial - nenhuma evolução significativa. Mudanças no organograma institucional e foco em outras creditações hospitalares paralisaram o processo.
Acompanhamento 2	Set/2024	Grandes críticas dos avaliadores. Cogitada interrupção do processo por baixa aderência. Saída do Diretor Geral e substituição da gerência de qualidade corporativa sem reposição.
Acompanhamento 3	Abr/2025	Retomada após renovação da presidência e reconfiguração da coordenação. Revisão da SWOT, novo PE 2025–2026, adoção da plataforma <i>Documents</i> . 6 itens finalizados.
Acompanhamento 4	Jul- Ago/2025	Evolução expressiva: 16 itens finalizados (vs. 6 na visita anterior). Comitês de Ética e de Risco implantados com atas. Descrições de cargos, atribuições e metas formalizadas. Avanços insuficientes em Excelência em Serviços.
Mock	Nov/2025	Processo maduro em governança, riscos e liderança. Excelência em Serviços permanece o ponto mais crítico. Material de Excelência exigido para submissão prévia antes da visita final.
Visita Final	Fev/2026	Recomendação de acreditação emitida. Fragilidades remanescentes registradas em Excelência em Serviços, indicadores assistenciais e maturidade do uso de dados para decisão.

8.7.3. Quadro Evolutivo por Dimensão Avaliada

A análise comparativa a seguir (Tabela 4) confronta o estado inicial de cada dimensão (conforme registrado no diagnóstico de dezembro/2023 e nas visitas de acompanhamento) com o estágio apresentado na visita oficial de fevereiro/2026, classificando o resultado obtido.

Tabela 4: Quadro resumo com a evolução das avaliações.

Dimensão Avaliada	Estado Inicial (dez/2023)	Estado na Visita Final (fev/2026)	Status
Governança - Estrutura Formal	Organograma desatualizado, sem Conselho Fiscal nem órgãos estatutários visíveis. Papéis e responsabilidades de governança indefinidos.	Organograma institucional revisado com inclusão da Diretoria Estatutária, Conselho Fiscal, Conselho de Administração e Assembleia Geral. Descrições de cargo e atribuições formalizadas para todas as lideranças da sede.	Conforme
Planejamento Estratégico	PE existente, mas sem desdobramento em ações, sem metas mensuráveis, sem periodicidade de monitoramento definida.	PE 2025–2026 revisado em conjunto com diretorias e presidência. BSC com quatro perspectivas ativas, indicadores definidos e ciclo de monitoramento trimestral implantado.	Conforme
Gestão de Riscos Institucionais	Mapeamento de riscos inexistente (classificado como 'não iniciado' no diagnóstico). Sem barreiras de mitigação definidas.	Matriz GUT implantada. Comitê de Riscos operante desde nov/2025, com representantes de todas as diretorias, reuniões bimestrais e atas registradas. Ferramenta de análise reformulada para uso da sede administrativa.	Conforme
Comitês de Governança	Nenhum comitê formalmente estruturado. Gestão de crise inexistente.	Comitê de Ética e Compliance (operante desde out/2025), Comitê de Riscos (nov/2025) e Comitê de Crise (jul/2025) implantados, com regimentos publicados na plataforma Interact e atas de reunião evidenciadas.	Conforme
Políticas Institucionais	Políticas essenciais inexistentes (Gestão Financeira, Segurança da Informação, Gestão de Pessoas).	12+ políticas institucionais elaboradas e publicadas: Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente, Gestão de Pessoas, Segurança da Informação, Comunicação Institucional, Gestão Financeira, Cuidados Paliativos, Medidas Disciplinares, Gestão de Contratos, Gestão Ambiental, Compliance, entre outras.	Conforme
Capital Humano - Avaliação e Desenvolvimento	Sem política de GP, sem avaliação de desempenho, sem matriz de competências, sem programa de desenvolvimento.	Política de Gestão de Pessoas publicada (nov/2025). Avaliação de desempenho realizada para todas as lideranças da sede (jul/2025). Matriz de competências com 8 dimensões implantada. PDL (Programa de Desenvolvimento de Lideranças) iniciado em ago/2025. Matriz 9-box estruturada.	Conforme
Compliance e Ética	Manual de conduta inexistente. Canal de denúncia sem estrutura. Bioética sem espaço formal.	Política de Integridade e Compliance (set/2025). Ouvidoria institucional implantada (jan/2025) com 122 denúncias processadas em 2025. Comitê de Ética e Compliance operante. Trilha de capacitação compliance com 99% de compreensão dos colaboradores. Bioética com espaço criado no canal de ética.	Conforme
Preparação para Emergências	Comitê de Crise e Plano de Gerenciamento de Crise inexistentes ('não iniciado' no diagnóstico).	Comitê de Crise estruturado com regimento, matriz de acionamento em 3 níveis, composição formalizada e desdobramento para os projetos (set/2025). Crise real do HMA gerenciada (nov/2024–fev/2025) como evidência de funcionamento. Plano de Contingência Cibernética elaborado.	Conforme
Comunicação Institucional	Política de comunicação desatualizada ou inexistente. Canais informais e não estruturados.	Política de Comunicação e Informação Institucional revisada com definição de stakeholders, responsáveis, meios e canais por perfil. Plataforma Interact (<i>Documents</i>) como repositório institucional. Teams em processo de adoção.	Conforme
Segurança do Paciente - Estrutura	NSP incompleto em unidades. Plano de Segurança do Paciente inexistente. Sem fluxo de reporte centralizado.	Plano de Segurança do Paciente implantado (jul/2025) com 9 objetivos alinhados às metas internacionais e à RDC 36. Monitoramento de eventos adversos graves e óbitos pela sede iniciado (abr/2025). Pesquisa de Cultura de Segurança aplicada (set/2025) com 65–75% de percepção positiva. Relatório trimestral elaborado.	Em Andamento
Teste de Conformidade da Qualidade (ROP)	ROP de responsabilização pela qualidade não implantada. Teste de conformidade não aplicado.	Teste de Conformidade aplicado em dez/2025: 71% conforme, 29% não conforme. Itens conformes: alta administração com conhecimento de qualidade, qualidade na pauta de reuniões, indicadores sistêmicos definidos, monitoramento trimestral. Itens NCs: uso de dados para alocação de recursos e <i>accountability</i> de líderes por desempenho em qualidade.	Em Andamento
Excelência em Serviços / Indicadores Assistenciais	Ausência de indicadores estratégicos definidos. Sem método de análise crítica sistematizada.	Indicadores financeiros implantados (IDFs). Indicadores de RH estruturados. Indicadores clínicos com adesão parcial - monitoramento iniciado, mas análise crítica ainda inconsistente. Material submetido previamente à visita final por exigência dos avaliadores na <i>mock</i> .	Não Conforme
Gestão de Recursos / Compras	Setor de compras sem departamentalização formal. Sem avaliação de fornecedores. Contratos sem alertas de vencimento.	Diretoria de Compras criada (fev/2025). Departamentalização realizada (mai/2025). Avaliação de desempenho de prestadores implantada (out/2025). Alertas automáticos de vencimento de contratos via e-mail e celular. Sistema de rastreabilidade de produtos e controle de lotes.	Conforme

8.7.4. Análise dos Itens com Evolução Significativa

Os itens a seguir foram selecionados como os de maior salto evolutivo ao longo do processo - aqueles que partiram de estado de inexistência ou 'não iniciado' e chegaram à visita final com evidências concretas de implantação e funcionamento regular.

8.7.4.1. Implantação do Sistema de Comitês

A criação e operacionalização de três comitês entre julho e novembro de 2025 representou a transformação mais significativa do ciclo. O Comitê de Crise, o Comitê de Riscos e o Comitê de Ética e Compliance saíram do zero e chegaram à visita final não apenas formalizados em regimento, mas com evidências de funcionamento - atas de reunião, deliberações documentadas e, no caso do Comitê de Crise, uma intervenção real gerenciada no Hospital Municipal de Americana (nov/2024–fev/2025, nível 3 de crise). A existência de um caso real gerenciado com o protocolo formal foi um diferencial expressivo perante os avaliadores.

8.7.4.2. Política de Gestão de Pessoas e Desenvolvimento de Lideranças

O eixo de Capital Humano partiu de uma situação com ausência integral de instrumentos - sem política, sem avaliação, sem competências mapeadas. Em menos de doze meses (fev–nov/2025), a organização implantou a Política de GP, a matriz de competências com 8 dimensões (acrescida de 'cultura de segurança' e 'foco no paciente'), a avaliação de desempenho de todas as lideranças da sede, o PDL com trilha estruturada e a matriz 9-box para sucessão. A pesquisa de clima de 2025 evidenciou crescimento de participação: de 61,8% (34/55) em 2024 para 72,4% (42/58) em 2025 - sinal de maior engajamento institucional.

8.7.4.3. Compliance e Canal de Denúncias

O programa de Integridade e Compliance evoluiu de inexistente para um dos pontos mais estruturados da apresentação. Em 2025, foram processadas 122 denúncias pela Ouvidoria, das quais 61 encaminhadas ao Comitê de Ética e Compliance, com 15 consideradas procedentes e 5 resultando em demissão. O índice de compreensão nos treinamentos de compliance atingiu 99%, e a trilha de capacitação contemplou 10 módulos (LGPD, Gestão de Riscos, Ética, Segurança da Informação, entre outros). A estrutura de 9 pilares do programa - Canal de Denúncia, Gestão de Riscos, Auditoria, Controles Internos, Transparência, Investigações Internas, Diversidade e Inclusão, Manual de Conduta e Treinamento - demonstra uma arquitetura madura.

8.7.4.4. Gestão de Recursos

A reestruturação do setor de compras, com a criação da Diretoria de Compras em fevereiro de 2025 e a subsequente departamentalização em maio/2025, transformou uma área informal em uma função gerencial estruturada. Evidências de resultados concretos reforçaram a apresentação: redução média mensal de R\$ 28.000 com a substituição do prestador de ambulância em Taubaté, substituição de fornecedor de alimentação em Nova Serrana após avaliação de desempenho com não conformidades, e projeto de farmacoeconomia com omeprazol gerando saving de R\$ 90.659,52 no acumulado do ano - frente a um custo projetado sem o projeto de R\$ 28.563,96 mensais. A receita da sede em 2025 ficou positiva em R\$ 6.676,68 (recebimentos R\$ 2.024.438,23 vs. despesas totais R\$ 2.017.761,55).

8.7.4.5. Preparação para Emergências e Continuidade

A implantação do Comitê de Crise com matriz de acionamento em três níveis (Nível 1: crise localizada; Nível 2: institucional moderada; Nível 3: crítica/grande proporção), fluxo de 9 etapas com responsáveis definidos e desdobramento formal para todos os gestores de projetos em setembro/2025 demonstrou uma evolução de estrutura zero para um processo operante. O Plano de Contingência Cibernética com

4 fases (Alerta, Intervenção, Limpeza, Recuperação) e o protocolo de Acolhimento à 1ª e 2ª Vítima (3 níveis de suporte) complementaram o eixo. O simulado de brigada e primeiros socorros na sede (outubro/2025) foi evidência operacional direta.

8.7.5. Itens com Problemas de Maturidade Identificados

A recomendação de acreditação não foi conferida sem ressalvas. Os avaliadores identificaram dimensões nas quais a organização ainda opera com maturidade insuficiente - evidências de iniciação sem consolidação, processos implantados sem cultura de uso ou estruturas criadas sem funcionalidade plena. Esses itens (Tabela 5) representam o principal vetor de risco para a sustentabilidade pós-acreditação.

Tabela 5: Fragilidades identificadas e recomendações.

Item / Processo	Fragilidade Identificada	Nível de Risco	Recomendação
Excelência em Serviços - Indicadores Clínicos	Único tema sem avanços significativos desde a visita <i>mock</i> . Indicadores clínicos com monitoramento iniciado, mas análise crítica inconsistente e sem uso real para tomada de decisão. Material exigido para submissão prévia antes da visita final - sinal de preocupação dos avaliadores.	Alto	Definir conjunto restrito de indicadores estratégicos assistenciais por tipo de serviço (hospital, UPA, SAMU). Estabelecer rotina mensal de análise crítica com registro formal e ação gerencial documentada.
Teste de Conformidade - Itens NCs Remanescentes	29% de não conformidade no Teste de Conformidade (dez/2025). Dois itens persistem como NCs: (5) uso de dados de desempenho em qualidade para alocação de recursos; (6) <i>accountability</i> de líderes que reportam ao conselho pelo desempenho em qualidade. Ambos dependem de maturidade cultural, não apenas estrutural.	Alto	Integrar dados do Teste de Conformidade às pautas das reuniões de diretoria. Incluir metas de desempenho em qualidade na avaliação de desempenho dos diretores (em andamento pelo RH - prazo anual).
Comissões Assistenciais - Funcionamento Sistêmico	Diagnóstico das comissões nas unidades revela três achados sistêmicos críticos: despadronização das análises, descontinuidade de reuniões e fragilidades nos planos de ação. A Comissão de LPP foi estruturada somente em dez/2025, com implantação em andamento apenas no HMA.	Alto	Estabelecer normativa corporativa de escopo e periodicidade para todas as comissões. Monitorar regularidade das reuniões e qualidade dos planos de ação a partir da sede, com indicador de aderência.
Segurança do Paciente - Cultura de Notificação	Pesquisa de Cultura de Segurança revelou 65% de percepção positiva nos hospitais e 75% nas UPAs - índices ainda abaixo do benchmark desejado. Ações de desdobramento definidas, mas dependem de mudança cultural sustentada, especialmente em recomposição de equipes e redução de absenteísmo.	Médio	Manter ciclo semestral de pesquisa com acompanhamento dos planos de ação derivados. Priorizar fortalecimento da comunicação entre turnos e implantação/aprimoramento do sistema de notificação institucional.
Interoperabilidade - Sede - Projetos	Pesquisa de Interoperabilidade aplicada revela lacunas na integração entre a sede e as unidades geridas. Processos de compras, indicadores e comunicação ainda com fragmentação significativa. Sistemas de informação em transição (Contimatic → Sênior; Benner DP; Control ID → Sisqual) - janela de vulnerabilidade.	Médio	Concluir o cronograma de migração de sistemas (prazo jun/2026). Estabelecer dashboard integrado como instrumento de governança da sede sobre os projetos. Formalizar matriz de interoperabilidade com prazos definidos por diretoria.
MedPortal - Subutilização	Implantado em fev/2025, o MedPortal permanece sem responsável designado e subutilizado. Mapeamento da plataforma indica módulos-chave de capacitação ainda com baixa conclusão nas unidades.	Médio	Designar responsável formal pelo MedPortal. Estabelecer meta mínima de conclusão por módulo e unidade, com acompanhamento mensal pelo setor de Gestão de Pessoas.
Plano de Sucessão (9-box)	Matriz 9-box estruturada, mas plano de sucessão formal ainda inexistente. Avaliadores sinalizam que o tema pode ser exigido em renovação futura. A descontinuidade de lideranças ao longo do processo (2 presidências, saída do Diretor Geral, substituição da gerência de qualidade) demonstra a relevância do risco.	Médio	Utilizar resultados da avaliação de desempenho e da matriz 9-box como base para construir o primeiro plano de sucessão para cargos críticos da sede até jun/2026.
Temas Sensíveis e HMA (Ouvidoria)	Aumento expressivo de temas sensíveis: 17 no 3º trimestre vs. 46 no 4º trimestre de 2025. HMA concentra 24 dos 46 casos no 4T25. 34 denúncias registradas no HMUT Taubaté ao longo de 2025 - maior volume entre todas as unidades. Indica instabilidade que pode impactar renovação de contratos.	Alto	Acionar protocolo de crise nível 2 para HMA. Investigar causas sistêmicas com Comitê de Ética. Incluir indicador de temas sensíveis no relatório trimestral de segurança submetido à presidência.

8.7.6. Síntese do Resultado e Implicações Analíticas

O resultado da visita de avaliação oficial com a recomendação de acreditação sintetiza uma jornada marcada por assimetria temporal: períodos de estagnação severa (especialmente entre junho e setembro de 2024, quando o processo chegou a ser cogitado para interrupção) intercalados com janelas de aceleração intensa (abril a novembro de 2025), conduzidas pela renovação da liderança executiva e pela reconfiguração da equipe de coordenação.

A análise documental evidencia que a recomendação de acreditação foi fundamentada principalmente na consolidação da infraestrutura de governança, com estrutura formal, políticas, comitês, processos de RH e compliance, e não na plena maturidade do uso dessa infraestrutura para decisão e melhoria contínua. Esta distinção é relevante: a organização demonstrou capacidade de construir instrumentos, mas ainda está em processo de internalizar sua cultura de uso.

Insight central: A Organização Alpha obteve acreditação como resultado da construção de uma arquitetura de governança robusta nos últimos doze meses do processo, mas com maturidade operacional ainda heterogênea entre dimensões. O risco principal do pós-acreditação não é a ausência de estrutura, mas a descontinuidade de seu uso quando não há mais a pressão do ciclo avaliativo.

Tabela 6: Níveis de maturidade.

Dimensão	Nível de Maturidade	Risco Pós-Acreditação
Estrutura de Governança Formal	Alto	Baixo
Políticas Institucionais	Alto	Baixo
Comitês (Crise, Riscos, Ética)	Médio	Médio
Capital Humano e Desenvolvimento	Médio	Médio
Compliance e Canal de Denúncias	Alto	Baixo
Preparação para Emergências	Médio	Baixo
Gestão de Recursos / Compras	Alto	Baixo
Segurança do Paciente	Médio	Médio
Indicadores e Decisão Baseada em Dados	Baixo	Alto
Excelência em Serviços / Indicadores Clínicos	Baixo	Alto
Comissões Assistenciais	Baixo	Alto
Interoperabilidade Sede-Projetos	Baixo	Alto

A visita de avaliação oficial foi realizada em fevereiro de 2026, encerrando o ciclo iniciado em dezembro de 2023. Ao longo de aproximadamente dois anos e meio,

a Organização Alpha percorreu seis etapas avaliativas antes de submeter-se à avaliação final.

O resultado da visita foi uma recomendação de acreditação, representando o reconhecimento formal de que a Organização Alpha atingiu o limiar exigido pelos padrões Qmentum Internacional. Contudo, o desfecho não foi isento de ressalvas: os avaliadores identificaram diversos itens considerados imaturos ou ainda em desenvolvimento, sinalizando que a obtenção da acreditação não representa o encerramento do processo de transformação organizacional, mas sim a consolidação de uma base sobre a qual o aprimoramento contínuo deverá se sustentar.

Entre os pontos críticos remanescentes, destacavam-se fragilidades relacionadas à Excelência em Serviços, tema já apontado como o mais defasado desde a *mock*, além de aspectos de maturidade na análise e uso de indicadores para tomada de decisão e itens de governança clínica ainda em construção. A recomendação, portanto, carrega em si uma dimensão analítica relevante: é possível obter a certificação Qmentum com evolução ainda inacabada em algumas dimensões, desde que haja progressão demonstrável, comprometimento da alta direção e estrutura de governança suficientemente consolidada para sustentar a continuidade do ciclo de melhoria.

Em suma, a sucinta descrição, com destaque para pontos relevantes, do andamento do processo de acreditação Qmentum, com o mapeamento das áreas prioritárias e recomendações, estabelece o cenário fundamental para a análise subsequente. Os desafios e progressos observados, especialmente nas iniciativas de governança, servirão como base empírica para investigar os objetivos propostos por este estudo.

O contexto operacional e estratégico da Organização Alpha apresentado, aliado ao cronograma das ações e ao panorama das recomendações do Qmentum é crucial para contextualizar a situação-problema deste trabalho: compreender como o processo de acreditação Qmentum influencia a definição e a implantação do modelo de governança corporativa na sede da Organização Alpha, e quais os desafios e avanços evidenciados documentalmente. Os elementos apresentados aqui, como a complexidade da estrutura, os marcos do processo de acreditação e as áreas prioritárias focadas na governança, fornecem as variáveis e o ambiente necessários para investigar essa questão central.

Com esta fundação, a análise subsequente se concentrará em desdobrar as informações aqui apresentadas, permitindo-nos descrever as etapas e marcos do processo, incluindo os períodos de estagnação e retomada (OE1); identificar as transformações organizacionais na governança (OE2); analisar a relação entre desafios de maturidade e os fatores que viabilizaram a acreditação (OE3); e discutir as implicações da recomendação obtida em um contexto de maturidade ainda incompleta (OE4). Assim, a riqueza desta descrição do caso é intrínseca à capacidade de responder ao objetivo geral de analisar a influência do Qmentum na governança corporativa, garantindo uma compreensão profunda e contextualizada de um processo de transformação real.

9. ANÁLISE DO CASO

A análise a seguir examina os dados coletados à luz dos quatro objetivos específicos que estruturam este estudo, articulando as evidências documentais com o referencial teórico sobre acreditação Qmentum, governança corporativa em organizações de saúde e gestão da mudança. O material empírico provém do corpus documental produzido ao longo das seis etapas avaliativas, incluindo relatórios de visita, políticas institucionais, atas de comitês, instrumentos de gestão e apresentações submetidas à avaliação oficial.

A sequência analítica acompanha a ordem dos objetivos específicos, mas não os trata isoladamente: há uma lógica de encadeamento entre eles. A compreensão do padrão temporal (OE1) é condição para interpretar a extensão das transformações (OE2); a identificação das transformações, por sua vez, permite discernir o que efetivamente viabilizou a recomendação (OE3); e a natureza desses fatores de sucesso - estruturais mais do que culturais - é o que fundamenta a discussão sobre os riscos do pós-acreditação (OE4).

9.1.OE1 - Padrões de Evolução e Estagnação nas Seis Etapas Avaliativas

A hipótese mais imediata sobre um processo de acreditação com prazo de dois anos é a de que ele evolui de forma progressiva e contínua, com cada etapa acumulando sobre a anterior. O caso analisado contraria essa hipótese de maneira inequívoca. A trajetória da Organização Alpha é mais bem descrita como um processo com dois períodos qualitativamente distintos: um primeiro período de estagnação estrutural, entre dezembro de 2023 e setembro de 2024, e um segundo período de aceleração concentrada, entre abril e novembro de 2025. Entre eles, há uma visita de acompanhamento (abril de 2025) que funciona como ponto de inflexão.

9.1.1. O Período de Estagnação (dez/2023 – set/2024)

O diagnóstico de dezembro de 2023 não apenas mapeou fragilidades técnicas como a ausência de organograma atualizado, planejamento estratégico sem desdobramento, mapeamento de riscos inexistente, mas sinalizou um problema de natureza distinta e mais profunda: a falta de maturidade da equipe e da alta liderança na implantação de controles e acompanhamentos. Essa observação, registrada diretamente nos relatórios das avaliadoras, indica que as fragilidades identificadas não eram de conhecimento ou de recursos, mas de engajamento e comprometimento com o processo.

A visita de junho de 2024 confirmou essa leitura de forma ainda mais direta: sem evolução significativa para apresentar, a organização optou por não realizar o encontro presencial, substituindo-o por um contato remoto com orientações da equipe avaliadora. Esse dado, aparentemente trivial no registro documental, é analiticamente revelador: a ausência de avanços foi suficientemente reconhecida pela própria organização a ponto de inviabilizar a presença. Em termos de gestão da mudança, representa a fase que Machado Júnior et al. (2020) identificam como resistência passiva, não uma recusa explícita, mas uma incapacidade de mobilização que produz o mesmo efeito prático.

A visita de setembro de 2024 elevou a gravidade do diagnóstico. O relatório registra não apenas a manutenção das fragilidades anteriores, mas o agravamento do contexto institucional: saída do Diretor Geral, substituição não repostada da gerência de qualidade corporativa e entrada de novos gerentes sem histórico com o processo de acreditação. Nesse contexto, as avaliadoras chegaram a cogitar a interrupção do processo por baixa aderência. Importa sublinhar que a ameaça de interrupção não decorreu de incapacidade técnica, mas de déficit de engajamento da alta liderança, variável que o referencial teórico consistentemente aponta como determinante em processos de transformação organizacional de grande porte (MACHADO JÚNIOR et al., 2020; HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023a).

O período de estagnação de 2024 evidencia uma tensão inerente a processos de acreditação de longa duração em organizações com alta rotatividade de lideranças: quando os patrocinadores institucionais do processo mudam, o compromisso assumido precisa ser reconstituído e essa reconstituição não é automática nem instantânea.

9.1.2. O Ponto de Inflexão (abr/2025) e a Aceleração Final (abr–nov/2025)

A visita de acompanhamento de abril de 2025 marca uma ruptura qualitativa com o período anterior. Os fatores que a produziram são documentalmente identificáveis: renovação da presidência com novo mandato, substituição da coordenação de acreditação e reconfiguração da equipe interna responsável pelo processo. Três ferramentas concretas foram apresentadas como evidências de retomada: a plataforma *Documents* para gestão e disseminação de documentos, o início do processo de revisão e criação de políticas, e a SWOT e BSC revisados, mas o sinal mais relevante para as avaliadoras foi a mudança de postura da liderança: a presidência estava presente, mais engajada e sinalizando comprometimento com o processo.

Ainda assim, as avaliadoras optaram por inserir uma visita adicional de acompanhamento antes da *mock*, reconhecendo que a evolução, embora real, não era suficiente para o salto direto à simulação de auditoria. A decisão foi correta: entre abril e julho de 2025, o volume de entregas efetivas saltou de 6 para 16 itens finalizados, o maior incremento de todo o ciclo. Comitês de Ética, de Riscos e de Gerenciamento de Crises foram estruturados não apenas em regimento, mas com atas de reunião evidenciando funcionamento efetivo. Políticas foram publicadas. Avaliações de desempenho foram realizadas. Metas foram formalizadas para todas as lideranças da sede.

A *mock* de novembro de 2025 confirma a consolidação desse movimento. O relatório registra que itens já superados foram revisitados e apresentados com melhorias adicionais, indicando um ciclo de melhoria com retroalimentação, característica ausente nas etapas anteriores. As avaliadoras sinalizam itens para desenvolvimento futuro, mas já com o enquadramento de continuidade do processo de melhoria, e não de pré-requisito para prosseguimento. A única exceção mantida como ponto crítico foi Excelência em Serviços, cujo material foi exigido para análise prévia antes da visita final, sinal de que as avaliadoras tinham dúvidas específicas sobre essa dimensão que o processo regular de apresentação não havia conseguido endereçar.

Tabela 7: Resumo das etapas/visitas de acompanhamento.

Etapa	Padrão Predominante
Diagnóstico - dez/2023	Mapeamento de fragilidades extensas; baixa maturidade de liderança identificada desde o início
Acomp. 1 - jun/2024	Estagnação: ausência de evolução; visita presencial substituída por contato remoto
Acomp. 2 - set/2024	Crise de continuidade: ameaça de interrupção; múltiplas trocas de liderança sem reposição
Acomp. 3 - abr/2025	Ponto de inflexão: nova presidência, nova coordenação, primeiras entregas substanciais
Acomp. 4 - jul/2025	Aceleração: 16 itens finalizados; comitês operantes; políticas publicadas
Mock - nov/2025	Consolidação: melhoria sobre itens já finalizados; único gap crítico em Excelência em Serviços
Visita Final - fev/2026	Recomendação com ressalvas; maturidade incompleta documentada em dimensões específicas

Esse padrão de estagnação prolongada seguida de aceleração concentrada sob pressão de prazo é coerente com o fenômeno descrito na literatura de gestão de projetos como "efeito *Student*": a mobilização máxima tende a ocorrer próxima ao deadline, independentemente do tempo disponível (MACHADO JÚNIOR et al., 2020). No contexto da acreditação, o efeito é amplificado pela natureza do processo avaliativo externo, que cria um ciclo de visibilidade e *accountability* que a gestão interna ordinária não consegue reproduzir com a mesma intensidade.

9.2. OE2 - Transformações na Governança: Estado Inicial e Estado Final

O segundo objetivo específico propõe uma comparação sistemática entre o modelo de governança da Organização Alpha em dezembro de 2023 e em fevereiro de 2026. A análise documental permite estabelecer essa comparação com precisão, pois o processo Qmentum gera registros explícitos do estado de cada dimensão avaliada em cada etapa o que é incomum em transformações organizacionais não certificadas, onde o estado inicial frequentemente não é documentado com o mesmo rigor.

9.2.1. A Arquitetura Formal de Governança

Em 2023, a Organização Alpha apresentava um organograma desatualizado que não refletia as mudanças recentes na estrutura institucional. Não havia instâncias

formais de governança corporativa operantes, nenhum comitê de supervisão, nenhum conselho com reuniões regulares, nenhuma estrutura formal de gestão de riscos. O planejamento estratégico existia como documento, mas não havia sido desdobrado em ações, metas, indicadores ou responsáveis definidos, tornando-o funcionalmente inerte como instrumento de gestão.

Em fevereiro de 2026, a sede apresentava uma arquitetura de governança substancialmente diferente. O organograma havia sido revisado para incluir a estrutura estatutária completa: Presidência, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Assembleia Geral e quatro diretorias com atribuições formalizadas. Três comitês de governança estavam operantes: o Comitê de Ética e Compliance (desde outubro/2025), o Comitê de Riscos (desde novembro/2025) e o Comitê de Gerenciamento de Crises (desde julho/2025), todos com regimentos publicados na plataforma institucional e atas de reunião evidenciando funcionamento regular. O planejamento estratégico havia sido revisado com quatro perspectivas ativas do BSC, indicadores definidos e ciclo de monitoramento estabelecido.

Essa transformação é diretamente endereçada pela proposição central da *Health Standards Organization* (2023a, p. 5) de que a Governança é o processo de controle do uso de ativos e recursos para a execução da missão da organização, e que a sustentabilidade da qualidade e segurança assistencial está intrinsecamente ligada a uma estrutura de governança bem definida e efetivamente praticada. A organização, ao final do processo, havia construído precisamente essa estrutura com a ressalva, que se discutirá no OE3 e OE4, de que a distância entre estrutura construída e prática efetivada ainda era considerável.

9.2.2. Políticas, Normas e Capital Humano

A dimensão de formalização normativa registrou uma das transformações mais visíveis do ciclo. Em 2023, políticas essenciais para a operação e a conformidade da organização eram inexistentes ou desatualizadas. Ao longo do processo, foram elaboradas e publicadas mais de doze políticas institucionais, abrangendo as dimensões de Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente, Gestão de Pessoas, Segurança da Informação, Comunicação Institucional, Gestão Financeira, Cuidados Paliativos, Medidas Disciplinares, Gestão de Contratos e Gestão Ambiental, entre outras. A disponibilização dessas políticas na plataforma Interact (*Documents*

Manager) representou um avanço estrutural relevante, criando um repositório institucional único e acessível substituindo a fragmentação documental que caracterizava o estado inicial.

No eixo de Capital Humano, a transformação foi igualmente expressiva. Em 2023, não havia política de gestão de pessoas, avaliação de desempenho, matriz de competências nem programa de desenvolvimento de lideranças, todos itens classificados como 'não iniciado' no diagnóstico. Em 2026, a Política de Gestão de Pessoas havia sido publicada; a avaliação de desempenho realizada para todas as lideranças da sede; a matriz de competências estruturada com oito dimensões, acrescida das competências 'cultura de segurança' e 'foco no paciente/usuário'; o Programa de Desenvolvimento de Lideranças iniciado em agosto de 2025; e a matriz 9-box aplicada como instrumento de análise de potencial. A pesquisa de clima organizacional evidenciou crescimento de participação de 61,8% para 72,4% entre 2024 e 2025, sinal de maior engajamento institucional com os processos de gestão de pessoas.

Lira et al. (2017) demonstraram, em estudo sobre governança corporativa em hospital privado, que estruturas de liderança bem definidas e mecanismos eficazes de controle contribuem significativamente para o desempenho organizacional. O caso aqui analisado acrescenta uma perspectiva específica: em OSS com múltiplas unidades, o fortalecimento do eixo de Capital Humano na sede corporativa tem potencial efeito multiplicador sobre as unidades geridas, na medida em que as competências desenvolvidas e as políticas implantadas tendem a ser replicadas em cascata ainda que com as limitações de interoperabilidade identificadas no processo.

9.2.3. *Compliance, Ética e Segurança do Paciente*

Dois dimensões merecem análise particular por combinarem evolução estrutural robusta com indicadores que revelam fragilidades culturais ainda presentes. O programa de Integridade e Compliance evoluiu de inexistente para uma estrutura de nove pilares: Canal de Denúncia, Gestão de Riscos, Auditoria e Monitoramento, Controles Internos, Transparência e Prestação de Contas, Investigações Internas, Diversidade e Inclusão, Manual de Conduta e Políticas, e Treinamento e Comunicação. Em 2025, a Ouvidoria processou 122 denúncias, das quais 61 foram encaminhadas ao Comitê de Ética, 15 consideradas procedentes e 5 resultando em

demissão. O índice de compreensão nos treinamentos de compliance atingiu 99%. Esses números documentam uma estrutura funcional, não apenas formalizada.

O dado mais sensível do eixo de Compliance, porém, é o crescimento expressivo de temas sensíveis no 4º trimestre de 2025: de 17 ocorrências no 3º trimestre para 46 no 4º, com o HMA concentrando 24 dos 46 casos. Esse dado pode ser interpretado de duas formas não excludentes: como efeito positivo da implantação da ouvidoria, que criou um canal seguro para relatos antes não registrados; e como sinal de instabilidade organizacional real em unidades específicas que precisa de resposta gerencial estruturada. A ausência de um mecanismo de triagem entre essas duas interpretações, que dependeria de análise qualitativa dos registros, constitui uma lacuna do processo avaliativo.

Na dimensão de Segurança do Paciente, a Pesquisa de Cultura de Segurança aplicada em setembro de 2025 registrou 75% de percepção positiva nas UPAs e 65% nos hospitais. Esses índices, embora representem um avanço em relação à ausência total de medição em 2023, ficam abaixo do benchmark de 80% frequentemente referenciado em organizações com cultura de segurança madura (QUALITY GLOBAL ALLIANCE, 2023). A percepção de 65% nos hospitais, em particular, indica que aspectos críticos como comunicação entre turnos, cultura de notificação de incidentes e recomposição de equipes ainda operam com fragilidades que as ações estruturais formalizadas no Plano de Segurança do Paciente ainda não foram suficientes para endereçar.

A análise comparativa do OE2 confirma a proposição de Machado Júnior et al. (2020) sobre a acreditação como indutora da governança: em todas as dimensões avaliadas, houve transformação documentável entre 2023 e 2026. O padrão consistente, porém, é que a transformação foi mais profunda nas dimensões formalizáveis: políticas, estruturas, regimentos, matrizes, do que nas dimensões culturais e comportamentais, que exigem tempo, repetição e ausência de pressão para se consolidar.

9.3.OE3 - Fatores Críticos de Sucesso: O Que Viabilizou a Recomendação

A questão colocada pelo OE3 é precisa e não trivial: dado que a organização chegou a setembro de 2024 com o processo sob risco de interrupção, o que explica o fato de que, catorze meses depois, os avaliadores emitiram uma recomendação de

acreditação? A resposta não reside em um único fator, mas em uma combinação de cinco elementos que interagiram de forma sinérgica no período de abril a novembro de 2025.

9.3.1. *Renovação da Liderança Executiva como Gatilho de Retomada*

O fator mais determinante e documentalmente mais evidente é a renovação da presidência e da coordenação de acreditação em 2025. A literatura de gestão da mudança é consistente ao apontar que iniciativas de transformação organizacional dependem de patrocínio executivo ativo, não apenas declarado, mas visível na alocação de tempo, recursos e atenção gerencial (MACHADO JÚNIOR et al., 2020). No caso analisado, a presença da nova presidência na visita de abril de 2025, apresentando pessoalmente as mudanças e demonstrando comprometimento direto com o processo, foi o sinal que as avaliadoras precisavam para manter o cronograma e avaliar a organização como viável para a acreditação.

Esse dado levanta uma implicação importante para a teoria de processos de acreditação em OSS: a sustentabilidade do processo está estruturalmente vinculada à continuidade da liderança que o patrocina. Quando essa liderança muda, como ocorreu em 2024 com a saída do Diretor Geral, o processo regride. Quando é renovada com comprometimento explícito, como em 2025, o processo acelera. Isso sugere que a governança do próprio processo de acreditação (não apenas da organização) precisaria incluir mecanismos de transferência de compromisso entre lideranças, para mitigar a dependência de indivíduos específicos.

9.3.2. *A Mock como Instrumento de Mobilização: Deadline com Diagnóstico*

A visita *mock* de novembro de 2025 cumpriu uma função que transcende a simulação de auditoria. Ao funcionar como um deadline intermediário com consequências concretas, a não viabilidade de prosseguir para a avaliação final em caso de desempenho insatisfatório, a *mock* criou o ambiente de urgência necessário para a conclusão de itens que, sem essa pressão, provavelmente seriam postergados. O salto de 6 para 16 itens finalizados entre abril e julho de 2025, e a revisão e melhoria de itens já finalizados observada na *mock*, são evidências de que o ciclo avaliativo

externo gera um nível de mobilização que os processos internos de gestão raramente conseguem reproduzir.

Essa função mobilizadora do processo avaliativo externo é teoricamente relevante. Righetto (2021), ao analisar práticas de governança em OSS que contratualizam com o poder público, identificou que a prestação de contas a agentes externos funciona como um indutor de formalização de práticas que, de outro modo, permanecem informais. No caso Qmentum, o mecanismo é análogo: a periodicidade das visitas e a transparência dos relatórios criam uma estrutura de *accountability* externa que a própria organização dificilmente produziria de forma autônoma em seu estágio atual de maturidade.

9.3.3. *Evidenciação de Resultados Concretos e Mensuráveis*

Um terceiro fator crítico foi a capacidade da organização de demonstrar resultados concretos e não apenas processos estruturados. As apresentações submetidas à avaliação oficial documentaram, entre outros: redução média mensal de R\$ 28.000 com a substituição do prestador de ambulância em Taubaté; economias expressivas no projeto de farmacoeconomia com padronização do omeprazol; resultado financeiro positivo da sede administrativa em 2025 (receitas de R\$ 2.024.438,23 frente a despesas de R\$ 2.017.761,55); gestão documentada de uma crise real de nível 3 no Hospital Municipal de Americana entre novembro de 2024 e fevereiro de 2025, com uso efetivo do protocolo de Comitê de Crise recém-criado.

Esse padrão de evidenciação de resultados responde diretamente a um dos critérios centrais da metodologia Qmentum: a organização não precisa demonstrar perfeição, mas deve demonstrar que seus processos de governança produzem efeitos observáveis na gestão. A crise do HMA, em particular, funcionou como um caso de uso real, indesejado em sua origem, mas valioso como evidência de que o Comitê de Crise não era apenas um documento, mas um mecanismo operante. Essa distinção entre estrutura documental e estrutura funcional é precisamente o que os padrões Qmentum tentam avaliar (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b).

9.3.4. *Concentração Estratégica nas Dimensões Formalizáveis*

A análise das entregas realizadas no período de aceleração revela uma escolha estratégica, consciente ou não, de priorização das dimensões mais formalizáveis do processo: políticas, regimentos, matrizes, avaliações documentadas. Essas dimensões têm em comum a característica de serem verificáveis por evidência documental objetiva, o que as torna relativamente mais rápidas de formalizar do que dimensões que dependem de mudança cultural ou comportamental.

Essa estratégia foi eficaz para viabilizar a recomendação, mas carrega um custo implícito que o OE4 analisará com mais detalhe: ao concentrar esforços no que é possível de formalização, a organização avançou mais rapidamente na arquitetura de governança do que na cultura de uso dessa arquitetura. O Teste de Conformidade da Qualidade, aplicado em dezembro de 2025, documenta esse desequilíbrio: dos seis itens avaliados, quatro foram considerados conformes, justamente os relacionados à existência de estruturas (conhecimento da alta administração, qualidade na pauta de reuniões, indicadores sistêmicos definidos, monitoramento trimestral), enquanto os dois itens não conformes foram exatamente aqueles que exigem comportamento sustentado: uso de dados de desempenho para alocação de recursos e *accountability* de líderes por resultados de qualidade.

9.3.5. *Progressão Demonstrável em Todas as Dimensões*

O quinto fator crítico é talvez o menos óbvio, mas igualmente relevante: a organização demonstrou evolução documentada em todas as dimensões avaliadas, incluindo aquelas com fragilidades persistentes. O padrão Qmentum, conforme explicita a HEALTH STANDARDS ORGANIZATION (2023b), não exige que todas as dimensões estejam em nível máximo de maturidade para a concessão da acreditação; exige que haja evidência de progressão, comprometimento com a melhoria contínua e estrutura de governança suficiente para sustentar o ciclo de aperfeiçoamento. A organização atendeu a esses três critérios, mesmo em Excelência em Serviços, a dimensão mais defasada, ao submeter material para análise prévia e demonstrar que havia iniciado o monitoramento de indicadores clínicos, ainda que com análise crítica inconsistente.

Os cinco fatores críticos de sucesso não são independentes: formam uma cadeia causal. A renovação da liderança criou o ambiente político; a *mock* criou o deadline mobilizador; a evidenciação de resultados demonstrou funcionalidade; a concentração nas dimensões formalizáveis viabilizou entregas rápidas; e a progressão demonstrável em todas as dimensões garantiu que nenhuma área bloqueasse o processo. Remova qualquer um desses elos e o resultado poderia ter sido diferente.

9.4.OE4 - Maturidade Incompleta, Recomendação Obtida: Implicações para o Pós-Acreditação

O quarto objetivo específico propõe a dimensão analítica mais rica deste estudo: discutir as implicações de ter obtido a recomendação de acreditação em um contexto de maturidade organizacional ainda incompleta. Essa discussão exige, antes de tudo, uma precisão conceitual: o que significa, exatamente, que a maturidade é "incompleta"?

A resposta emerge da distinção entre dois planos de desenvolvimento organizacional que o processo Qmentum permite observar separadamente: o plano da arquitetura, políticas, comitês, processos formais, matrizes, regimentos, e o plano da cultura, o comportamento real das pessoas frente a esses instrumentos, a regularidade com que os usam, a profundidade com que os incorporam à tomada de decisão cotidiana. A análise do caso revela que a organização avançou de forma expressiva no primeiro plano e de forma ainda embrionária no segundo.

9.4.1. O Papel da Visita Mock como catalisador e seu Legado

A *mock* de novembro de 2025 exerceu um papel de catalisador que vai além da função formal de simulação de auditoria. Ao criar um evento de alta visibilidade e alta consequência percebida, a possibilidade de não ser autorizada a prosseguir para a avaliação final, a *mock* forçou a organização a operar temporariamente em um regime de urgência que revelou sua capacidade real de entrega quando adequadamente mobilizada. O salto de 6 para 16 itens finalizados entre abril e julho,

e a revisão aprofundada de itens já concluídos no período pré-*mock*, são evidências diretas desse efeito catalisador.

O legado da *mock*, porém, é ambíguo. Por um lado, ela foi o instrumento mais eficaz de mobilização do ciclo e contribuiu decisivamente para que a organização chegasse à avaliação final em condições de obter a recomendação. Por outro, a concentração de esforços no período pré-*mock* criou um padrão de trabalho sob pressão que não é sustentável como modelo de operação contínua - e que pode ter gerado, em alguns processos, uma formalização superficial voltada ao evento avaliativo e não à internalização das práticas.

Essa ambiguidade é inerente ao design dos processos de acreditação com periodicidade definida, e está presente na literatura como uma das críticas mais recorrentes ao modelo: o risco de que as organizações se preparem para as visitas em vez de se transformarem para a operação cotidiana (QUALITY GLOBAL ALLIANCE, 2023). O presente estudo não tem como confirmar ou refutar essa hipótese com os dados disponíveis, mas o padrão temporal observado de mobilização concentrada nos meses imediatamente anteriores a cada visita é coerente com ela e merece atenção nos ciclos seguintes.

9.4.2. Os Pontos de Maturidade Incompleta e seus Riscos Específicos

A documentação produzida no período avaliativo identifica pelo menos quatro dimensões com maturidade incompleta que representam vetores de risco distintos para a sustentabilidade pós-acreditação.

Excelência em Serviços e indicadores clínicos. Esta foi a única dimensão sem avanços significativos desde a *mock*, e a única para a qual as avaliadoras exigiram submissão de material para análise prévia antes da visita final. A fragilidade não está na ausência de indicadores definidos, mas na consistência da análise crítica e no uso efetivo dos dados para tomada de decisão. Essa distinção é central: a organização construiu o instrumento, mas ainda não incorporou o hábito de usá-lo. Sem intervenção específica, esse padrão tende a se perpetuar no pós-acreditação.

Accountability da liderança por resultados de qualidade. O item 6 do Teste de Conformidade, avaliação de líderes que se reportam ao conselho pelo desempenho em qualidade, permaneceu como não conforme em dezembro de 2025. Esse item não é apenas um requisito formal da ROP de responsabilização pela

qualidade (HEALTH STANDARDS ORGANIZATION, 2023b); é o mecanismo pelo qual a estrutura de governança se transforma em responsabilidade efetiva. Sem ele, comitês e políticas operam em um ambiente sem consequências para o não desempenho o que, na prática, os esvazia de função.

Funcionamento sistêmico das comissões assistenciais. O diagnóstico das comissões nas unidades revelou três achados recorrentes: despadroneização das análises, descontinuidade de reuniões e fragilidades nos planos de ação. Esses achados indicam que o processo de formalização das comissões na sede não foi acompanhado por um processo equivalente de capacitação e supervisão nas unidades. A Comissão de LPP, estruturada somente em dezembro de 2025, encontrava-se em implantação apenas no HMA no momento da avaliação, ou seja, a maioria das unidades com alta prevalência de eventos adversos ainda operava sem o mecanismo de análise sistematizada.

Temas sensíveis e cultura organizacional em unidades específicas. O crescimento de temas sensíveis de 17 para 46 ocorrências entre o 3º e o 4º trimestre de 2025, com concentração no HMA e no HMUT, é o indicador de maior complexidade interpretativa do conjunto. Como mencionado, pode refletir tanto o amadurecimento do canal de denúncias, mais confiado pelos colaboradores, quanto instabilidades organizacionais reais. Em ambos os casos, exige resposta gerencial qualificada que vai além da manutenção das estruturas de compliance formalizadas.

9.4.3. *A Questão da Sustentabilidade: Pressão ou Cultura?*

A questão central do OE4 pode ser formulada com precisão: os avanços documentados no processo de acreditação são suficientemente internalizados para se sustentarem após a dissolução da pressão avaliativa externa?

A evidência disponível não permite uma resposta definitiva, mas aponta para uma resposta cautelosa. O padrão temporal do processo, mobilização concentrada próxima às visitas, estagnação nos intervalos, sugere que a pressão externa foi um motor mais potente do que a motivação interna. Se esse padrão se mantiver no pós-acreditação, a tendência será de regressão gradual nas dimensões que exigem comportamento cotidiano como análise de indicadores, funcionamento de comissões, *accountability* de líderes, enquanto as dimensões formalizadas em documentos e políticas se manterão estáveis por inércia documental.

Essa dinâmica é descrita por Barbosa (2003) em seu estudo sobre governança em hospitais sem fins lucrativos, que identificou que a qualidade dos mecanismos de governança tende a se deteriorar quando não há pressão externa de avaliação ou prestação de contas. No contexto das OSS, Righetto (2021) aponta que a continuidade das práticas de governança está mais associada às exigências dos contratos de gestão do que à cultura institucional interna, o que é coerente com o padrão observado no caso analisado.

A mitigação desse risco exige, especificamente, a construção de mecanismos internos de *accountability* que reproduzam, em menor escala e com frequência maior, a função que as visitas Qmentum exerceram externamente: tornar visível o estado real dos processos, criar consequências para o não desempenho e manter o ciclo de melhoria ativo independentemente do calendário de certificação. O Teste de Conformidade da Qualidade, aplicado semestralmente conforme o cronograma estabelecido, é o instrumento mais próximo a esse papel, mas sua eficácia depende de que seus resultados sejam efetivamente usados para decisão, e não apenas registrados como evidência para futuras visitas.

A tensão entre arquitetura de governança e cultura de governança é, em última análise, a fronteira entre organizações que usam a acreditação como instrumento de transformação real e organizações que a usam como instrumento de certificação. O caso da Organização Alpha documenta uma organização que construiu a arquitetura. O que o pós-acreditação determinará é de qual lado dessa fronteira ela escolherá operar.

9.5. Síntese Analítica: A Acreditação como Indutor de Governança - Alcances e Limites

A análise integrada dos quatro objetivos específicos permite formular três proposições analíticas que sintetizam os achados do estudo e dialogam com o objetivo geral.

Primeira proposição: O processo Qmentum atuou como indutor determinante de transformações estruturais na governança da Organização Alpha que, na ausência da pressão avaliativa externa, provavelmente não teriam ocorrido no período e na profundidade observados. Essa proposição é suportada pelo padrão temporal de evolução, pela extensão das transformações documentadas entre 2023 e 2026, e pelo

fato de que múltiplas dimensões estavam classificadas como 'não iniciado' no diagnóstico, incluindo Comitê de Crise, mapeamento de riscos e política de gestão de pessoas.

Segunda proposição: A recomendação de acreditação foi viabilizada pela combinação de renovação de liderança, efeito mobilizador da *mock*, evidenciação de resultados concretos, concentração nas dimensões formalizáveis e progressão demonstrável em todas as áreas e não pela maturidade plena em nenhuma dimensão específica. Essa proposição reafirma a lógica da metodologia Qmentum como processo contínuo, mas também identifica o *threshold* mínimo que a organização precisou atingir: estrutura funcional com trajetória de melhoria documentada.

Terceira proposição: O principal risco pós-acreditação não é a ausência de instrumentos de governança, mas a insuficiência de uma cultura organizacional que os use de forma autônoma, regular e consequente. Essa proposição é suportada pelos 29% de não conformidade no Teste de Conformidade, pelo padrão de funcionamento sistêmico deficiente das comissões, pelas fragilidades na análise de indicadores clínicos e pela ausência de *accountability* formal de líderes por resultados de qualidade.

Essas três proposições, em conjunto, respondem à situação-problema que orientou o estudo: o processo de acreditação Qmentum influenciou a definição e a implantação do modelo de governança da Organização Alpha de forma profunda e verificável, mas os desafios e avanços evidenciados revelam que a influência foi mais eficaz na dimensão estrutural do que na dimensão cultural da governança e que essa assimetria é, simultaneamente, o legado do processo e o trabalho que permanece por fazer.

10. CONCLUSÕES

A análise conduzida no capítulo anterior percorreu em profundidade cada um dos quatro objetivos específicos, confrontando as evidências documentais com o referencial teórico e identificando os padrões que caracterizaram a jornada da Organização Alpha rumo à Acreditação Qmentum Internacional. As conclusões que se seguem não repetem esse percurso analítico, mas partem dele. Seu propósito é distinto: responder diretamente ao objetivo geral, extrair as implicações que transcendem o caso específico, e situar os achados no campo mais amplo da governança de organizações de saúde.

10.1. Resposta ao Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi analisar como o processo de acreditação Qmentum influenciou a definição e a implantação do modelo de governança corporativa na sede da Organização Alpha, identificando os fatores que determinaram o avanço, incluindo a obtenção da recomendação, mesmo diante de fragilidades de maturidade organizacional evidenciadas ao longo das seis etapas avaliativas.

A resposta é afirmativa, precisa e matizada. O processo de acreditação Qmentum influenciou a governança da Organização Alpha de forma determinante, não como um conjunto de requisitos a cumprir, mas como um sistema de pressão e visibilidade que forçou a organização a construir, em vinte e seis meses, uma arquitetura de governança que o crescimento acelerado da instituição havia abandonado. Essa influência não foi uniforme no tempo: manifestou-se de forma concentrada nos períodos de maior proximidade com as visitas avaliativas, e retraiu-se nos intervalos, um padrão que é, em si mesmo, um dos achados centrais do estudo.

Os fatores que determinaram o avanço, mesmo em contexto de fragilidades, formam uma cadeia causal identificável: a renovação da liderança executiva criou o ambiente político necessário; a *mock* estabeleceu o deadline mobilizador; a evidenciação de resultados concretos demonstrou funcionalidade aos avaliadores; a concentração nas dimensões formalizáveis viabilizou entregas rápidas e verificáveis;

e a progressão documentada em todas as áreas atendeu ao critério central da metodologia Qmentum - que não exige perfeição, mas trajetória de melhoria.

Tabela 8: Achados do estudo.

Dimensão da resposta	Achado central do estudo
Como o Qmentum influenciou a governança	Como indutor de formalização estrutural: forçou a criação de instrumentos que a organização ainda não havia consolidado apesar do crescimento
O que determinou o avanço	Cinco fatores em cadeia: liderança renovada, deadline da <i>mock</i> , resultados demonstráveis, concentração no possível de formalização, progressão em todas as dimensões
Por que foi possível recomendar com maturidade incompleta	O modelo Qmentum avalia progressão, não estado final - o <i>threshold</i> foi atingido pela combinação de arquitetura robusta e trajetória documentada
Qual o risco central identificado	A dissolução da pressão avaliativa pode reverter os avanços nas dimensões culturais, que dependem de comportamento cotidiano e não de documentação

Um estudo de caso não tem como objetivo a generalização estatística, mas a generalização analítica com a identificação de padrões e proposições que possam iluminar outros casos e contextos semelhantes (YIN, 2001). Os achados da Organização Alpha sugerem três proposições com potencial de generalização para outros processos de acreditação Qmentum em sedes corporativas de OSS brasileiras.

Proposição 1 - A variável de liderança suplanta a variável técnica. Em processos de acreditação de longa duração, o fator mais determinante para o avanço ou estagnação não é a capacidade técnica das equipes, nem a disponibilidade de recursos financeiros, mas o engajamento ativo e visível da alta liderança executiva. Quando essa liderança muda sem transferência explícita de compromisso, o processo regride independentemente do estado técnico em que se encontra. Essa proposição tem implicações diretas para a governança do próprio processo de acreditação: além de governar a organização, é preciso governar o processo.

Proposição 2 - Processos de acreditação produzem arquitetura antes de cultura. A pressão do ciclo avaliativo externo é mais eficaz na construção de instrumentos formalizáveis do que na consolidação de comportamentos cotidianos tais como análise de indicadores, *accountability* de líderes, cultura de notificação. Isso não é uma falha do modelo; é uma característica inerente à natureza da avaliação documental. A consequência é que organizações recém-acreditadas tendem a ter uma lacuna entre arquitetura de governança e cultura de governança que o próprio

processo avaliativo não é capaz de fechar e que precisa ser endereçada por estratégias específicas no pós-acreditação.

Proposição 3 - O *threshold* do Qmentum é atingível com maturidade assimétrica. A metodologia Qmentum permite que organizações obtenham a recomendação de acreditação com desempenho heterogêneo entre dimensões, desde que demonstrem progressão em todas e estrutura suficiente para sustentar o ciclo de melhoria. Isso é uma característica deliberada do modelo, que o diferencia de sistemas de acreditação com critérios binários de aprovação/reprovação. O risco, porém, é que organizações usem essa característica para normalizar fragilidades em dimensões específicas, como Excelência em Serviços e *accountability* de líderes, que exigem mudança cultural e não apenas formalização documental.

10.2. Contribuições do Estudo

Este trabalho oferece contribuições em dois planos complementares.

No plano acadêmico, o estudo preenche uma lacuna específica da literatura: a análise longitudinal de um processo de acreditação Qmentum na sede corporativa de uma OSS de grande porte, com foco na governança corporativa como objeto central e não como dimensão auxiliar da qualidade assistencial. A maioria dos estudos disponíveis sobre acreditação no contexto brasileiro concentra-se em unidades hospitalares isoladas; a perspectiva da sede corporativa como objeto analítico é subrepresentada, apesar da relevância das OSS no modelo de gestão de saúde pública brasileiro. Adicionalmente, o acesso ao corpus documental completo de seis etapas avaliativas, incluindo relatórios de visita, instrumentos de gestão e apresentações da avaliação oficial, permitiu uma reconstituição da trajetória com granularidade que pesquisas baseadas em entrevistas retrospectivas raramente conseguem produzir.

No plano prático, os achados do estudo são diretamente utilizáveis por gestores que conduzem ou planejam conduzir processos de acreditação Qmentum em sedes corporativas de OSS. As cinco condições de sucesso identificadas: liderança renovada e comprometida, *deadline* mobilizador, capacidade de evidenciar resultados, domínio das dimensões formalizáveis e progressão documentada em todas as áreas, oferecem um roteiro analítico para avaliar a prontidão de um processo e identificar os pontos de maior risco antes que se tornem crises de continuidade. As

três proposições de generalização analítica, por sua vez, oferecem hipóteses testáveis para pesquisas futuras.

10.3. Limitações

O presente estudo apresenta duas limitações metodológicas principais que delimitam o alcance de suas conclusões e devem ser consideradas na leitura de seus achados.

A primeira é inerente à estratégia de análise documental exclusiva. Documentos registram o que foi formalizado, políticas aprovadas, atas assinadas, indicadores coletados, mas não capturam o que foi vivenciado: a resistência informal às mudanças, a qualidade real das reuniões, o grau em que os colaboradores compreenderam e incorporaram os novos processos. A dimensão subjetiva da transformação organizacional, fundamental para avaliar a sustentabilidade cultural dos avanços, permanece, por essa razão, fora do alcance desta análise.

A segunda limitação é temporal. O estudo encerra-se no momento da recomendação de acreditação, em fevereiro de 2026. O período mais revelador sobre a sustentabilidade das transformações é justamente o que se seguirá: os doze a vinte e quatro meses pós-acreditação, quando a pressão avaliativa se dissolve e os processos precisam se sustentar pela cultura organizacional. Esse período está, por definição, fora do escopo do presente trabalho, o que o transforma em uma das mais relevantes perguntas abertas que este estudo deixa para pesquisas futuras.

10.4. Agenda de Pesquisa

Os achados deste estudo abrem três linhas de investigação futura com relevância tanto acadêmica quanto prática.

Acompanhamento longitudinal pós-acreditação: um estudo de seguimento da Organização Alpha nos vinte e quatro meses subsequentes à recomendação, com foco em verificar se as dimensões de maturidade incompleta identificadas: Excelência em Serviços, *accountability* de líderes, comissões assistenciais, evoluíram ou regrediram na ausência da pressão avaliativa externa. Esse estudo permitiria testar empiricamente a Proposição 2 formulada neste trabalho.

Estudos comparativos entre sedes corporativas de OSS: análise de múltiplos casos de processos Qmentum em sedes corporativas de diferentes OSS, investigando se o padrão de mobilização concentrada no período pré-visita é uma regularidade do modelo ou uma especificidade do caso aqui analisado. A comparação permitiria identificar fatores contextuais que moderam esse padrão, como o tamanho da organização, a experiência prévia com acreditação e a estabilidade das lideranças.

Relação entre rotatividade de lideranças e descontinuidade de processos de acreditação: investigação sistemática do impacto de mudanças na alta liderança executiva sobre o ritmo e a profundidade de processos de acreditação em curso. O caso analisado fornece evidência empírica robusta de que essa relação existe; falta teorização mais precisa sobre seus mecanismos e sobre as estratégias de mitigação disponíveis, particularmente em OSS, onde mandatos e contratos de gestão introduzem variabilidade estrutural de liderança que não existe em organizações privadas com gestão continuada.

10.5. Considerações Finais

Há uma distinção que este estudo busca, ao final, tornar precisa: a diferença entre ter uma governança acreditada e ter uma organização governada. A primeira é um estado verificável por auditores externos em um momento específico do tempo. A segunda é um processo contínuo que se expressa nas decisões cotidianas, na responsabilização efetiva por resultados, na análise crítica dos dados disponíveis e na disposição de agir sobre o que se encontra, mesmo quando nenhum avaliador externo está presente.

A Organização Alpha alcançou a primeira. Construiu, em condições adversas e com uma janela de tempo comprimida, uma arquitetura de governança que em dezembro de 2023 era praticamente inexistente. Isso é uma conquista real, que demandou esforço genuíno de pessoas reais, e que não deve ser minimizada pela identificação das fragilidades que permanecem.

Mas a segunda, a organização efetivamente governada, ainda está por ser consolidada. E essa consolidação não virá de outra visita, de outro relatório ou de outra política bem redigida. Virá da decisão, deliberada e reiterada, de usar os instrumentos já construídos com a mesma seriedade com que foram criados. De responsabilizar quem não entrega. De analisar os indicadores não porque há uma auditoria se aproximando, mas porque é assim que organizações que se importam

com seus pacientes e colaboradores operam, independentemente do calendário de acreditação.

A acreditação foi o catalisador. A governança sustentável é o destino. E o caminho entre um e outro é feito de escolhas que nenhum avaliador externo pode fazer pela organização.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Antonio Pires. **Governança corporativa em hospitais sem fins lucrativos**: um estudo do perfil de liderança corporativa em onze hospitais brasileiros. São Paulo: EAESP/FGV, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- HEALTH STANDARDS ORGANIZATION. **Manual Qmentum: HOSPITAL vol1**. São Paulo: Quality Global Alliance, 2023a. [Documento eletrônico restrito].
- HEALTH STANDARDS ORGANIZATION. **Manual Qmentum: NOVAS ROPs**. São Paulo: Quality Global Alliance, 2023b. [Documento eletrônico restrito].
- HEALTH STANDARDS ORGANIZATION. **Manual Qmentum: CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE**. São Paulo: Quality Global Alliance, 2023d. [Documento eletrônico restrito].
- LIRA, Clarisse de Andrade et al. Governança Corporativa em um Hospital Privado: Um Estudo de Caso Sobre o Impacto no Desempenho Hospitalar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 3, p. 229–244, 2017.
- MACHADO JÚNIOR, Celso et al. A acreditação hospitalar inserida na governança corporativa. **Revista Desafio Online**, v. 8, n. 2, p. 332-352, 2020.
- NISHIO, Elizabeth Akemi. Governança corporativa e gestão hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 6, p. 3-4, dez. 2017.
- QUALITY GLOBAL ALLIANCE. O impacto da acreditação para a qualidade dos processos e seguranças na saúde. **QGA Global**, 15 dez. 2023. Disponível em: <<https://qga.global/2023/12/15/o-impacto-da-acreditacao-para-a-qualidade-dos-processos-e-seguranças-na-saude/>>. Acesso em: 1 dez. 2025.
- RIGHETTO, Patricia. **Governança em Organizações Sociais de Saúde que contratualizam com a Prefeitura de São Paulo**: um estudo exploratório sobre práticas e processos. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.
- VAZ, Janílson et al. Governança Corporativa No Segmento Da Saúde: Melhores Práticas Para Organizações De Pequeno E Médio Porte. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 19, p. 74-92, 2022.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.