

## **DESIGN THINKING APLICADO AO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO E À GERAÇÃO DE SOLUÇÕES EM GESTÃO DA QUALIDADE EM CLÍNICA-ESCOLA UNIVERSITÁRIA**

### **Autores**

Rodrigo José dos Santos<sup>1</sup>

Bruno Guedes da Fonseca<sup>2</sup>

### **Resumo**

As clínicas-escola de saúde operam simultaneamente como espaços de formação profissional e de atenção à saúde, impondo exigências pedagógicas e gerenciais específicas. A ausência de sistemas formais de gestão da qualidade nessas organizações representa risco à segurança dos usuários e à qualidade da formação. O estudo teve como objetivo descrever e analisar a aplicação das etapas de Empatia, Definição e Ideação do Design Thinking para o diagnóstico e a priorização de problemas em uma clínica-escola universitária, visando à proposição de intervenções baseadas na ISO 9001:2015. Realizou-se estudo de caso único, exploratório e de abordagem mista. Dois gestores responderam a instrumento estruturado de aderência à norma; oito estagiários responderam a questionário de percepção da qualidade. Os dados foram analisados por análise de conteúdo e estatística descritiva; os problemas foram priorizados pela Matriz de Gravidade, Urgência e Tendência (GUT) e o plano de ação estruturado pelo método 5W2H. O diagnóstico revelou baixa aderência geral à norma, com divergência expressiva entre os gestores. Onze problemas foram identificados; "Ausência de sistema de gestão da qualidade (SGQ) formalizado" foi o mais crítico (GUT = 125). Foram propostas seis soluções de intervenção alinhadas aos itens críticos da norma. A abordagem mostrou-se eficaz para o diagnóstico participativo e a priorização estruturada de problemas em clínica-escola, demonstrando o potencial do Design Thinking como estratégia de implantação de SGQ em ambientes de ensino-serviço.

**Palavras-chave:** Gestão da qualidade. ISO 9001:2015. Design thinking. Clínica-escola. Ensino em saúde.

*DESIGN THINKING APPLIED TO PARTICIPATORY DIAGNOSIS AND SOLUTION GENERATION IN QUALITY MANAGEMENT AT A UNIVERSITY CLINIC*

### **Abstract**

*Teaching clinics in health programs simultaneously operate as professional training and health care settings, imposing specific pedagogical and managerial demands. The absence of formal quality management systems (QMS) poses risks to user safety and educational quality. This study aimed to describe and analyze the application of the Empathy, Definition and Ideation stages of Design Thinking for the diagnosis and prioritization of quality problems in a university teaching clinic, with a view to*

<sup>1</sup> Mestrando no Programa de Mestrado Profissional em Design, Tecnologia e Inovação no Centro Universitário Teresa D'Ávila – PPG-DTI – UNIFATEA. E-mail: auditoria.rodrigossantos@gmail.com

<sup>2</sup> Doutorado em Ciências - Biotecnologia Industrial pela Escola de Engenharia de Lorena da Universidade de São Paulo, EEL/USP e docente no Programa de Mestrado Profissional em Design, Tecnologia e Inovação no Centro Universitário Teresa D'Ávila – PPG-DTI – Unifatea. E-mail: bguedesf@gmail.com

*proposing interventions based on ISO 9001:2015. A single, exploratory, mixed-methods case study was conducted. Two managers completed a structured ISO 9001:2015 adherence instrument; eight interns answered a quality perception questionnaire. Data were analyzed through content analysis and descriptive statistics; problems were prioritized using the Gravity, Urgency and Tendency (GUT) Matrix, and the action plan was structured using the 5W2H method. The diagnosis revealed low overall adherence to the standard, with significant divergence between managers. Eleven problems were identified; "Absence of a formalized QMS" was the most critical (GUT = 125). Six intervention solutions were proposed aligned to critical normative items. The approach proved effective for participatory diagnosis and structured problem prioritization in a teaching clinic context, demonstrating Design Thinking's potential as a QMS implementation strategy in teaching-service environments.*

**Keywords:** *Quality management. ISO 9001:2015. Design thinking. Teaching clinic. Health education.*

## INTRODUÇÃO

As clínicas-escola vinculadas a cursos de saúde operam em uma articulação própria entre ensino e serviço, sendo simultaneamente espaços de aprendizagem prática para estudantes e de atenção à saúde para usuários reais. Essa dualidade impõe demandas organizacionais que excedem as lógicas exclusivamente pedagógicas ou assistenciais, exigindo estruturas de gestão capazes de articular segurança do paciente, qualidade do processo formativo e conformidade com requisitos normativos (Ceccim; Feuerwerker, 2004; OMS, 2010). A coexistência de objetivos pedagógicos e assistenciais gera tensões organizacionais específicas, como, por exemplo, os protocolos de atendimento precisam contemplar tanto os requisitos clínicos quanto as necessidades de aprendizagem do estudante; os registros documentais têm função simultânea de segurança do paciente e de evidência do processo formativo; e a supervisão docente precisa garantir qualidade do serviço sem suprimir a autonomia progressiva do aprendiz (OMS, 2010; Mintzberg, 2003).

A qualidade em saúde foi sistematizada por Donabedian (1966; 1980; 1988) a partir de uma tríade conceitual formada por estrutura, processo e resultado, que permanece referência fundamental para a avaliação e gestão de serviços. A partir dessa base, modelos de gestão da qualidade inspirados em Deming (1986), Juran (1992) e Crosby (1979) foram progressivamente incorporados ao campo da saúde, culminando na adoção de sistemas normativos e de programas de acreditação. No Brasil, a regulação sanitária de serviços de saúde vinculados a instituições de ensino superior articula exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, crescentemente, de sistemas de acreditação como o da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A *International Organization for Standardization* (ISO) 9001:2015, principal referência internacional de sistemas de gestão da qualidade (SGQ), oferece uma estrutura normativa compatível com ambos os cenários regulatórios, ao abordar a gestão de riscos, a

documentação de processos, a melhoria contínua e o foco no cliente (ABNT, 2015; Donabedian, 1980). A norma estrutura-se em dez seções, com foco na gestão de riscos (item 6.1), na padronização documental (item 7.5) e no controle operacional (item 8.1), além de estabelecer ciclos de melhoria contínua fundamentados no ciclo *Plan-Do-Check-Act* (PDCA). Sua compatibilidade com as diretrizes da ONA torna-a especialmente relevante para serviços de saúde que buscam acreditação progressiva (ABNT, 2015; ONA, 2026).

Em serviços vinculados ao ensino superior, a implantação de SGQs enfrenta desafios adicionais, como alta rotatividade de prestadores de serviço, supervisão fragmentada, multiplicidade de supervisores docentes e ausência de cultura organizacional formal de qualidade (Burmester, 2013). Apesar da relevância estratégica desses sistemas para clínicas-escola, a literatura científica apresenta poucos estudos que abordem sua implantação nesses ambientes específicos. A maior parte das investigações sobre qualidade em serviços de saúde concentra-se em hospitais, unidades de atenção primária ou serviços de referência, não contemplando as particularidades organizacionais, legais e pedagógicas das clínicas-escola universitárias (Novaes, 2000; Fagundes *et al.*, 2022).

O Design Thinking (DT) emerge como abordagem metodológica promissora para a gestão da mudança em organizações de saúde, por sua orientação empática, iterativa e centrada nas necessidades dos atores envolvidos (Brown, 2009; Liedtka; Ogilvie; Brodersen, 2018). Trata-se de uma abordagem centrada no ser humano que organiza processos de inovação em cinco etapas iterativas: Empatia, Definição, Ideação, Prototipagem e Testes (Brown, 2009). Liedtka (2018) defende que o DT é eficaz em organizações de saúde porque provoca ruptura com lógicas decisórias centradas em eficiência técnica, privilegiando a escuta ativa dos usuários e a cocriação de soluções. Diversos estudos internacionais têm documentado sua aplicabilidade em experiências de redesenho de serviços, melhoria de fluxos assistenciais e desenvolvimento de intervenções para populações específicas (Altman; Huang; Breland, 2018; Kolko, 2015). Krolkowski *et al.* (2022) demonstraram, em particular, que a etapa de Empatia do DT é especialmente eficaz para revelar contradições entre a percepção de gestores e a experiência cotidiana de trabalhadores, achado de particular relevância para o contexto das clínicas-escola. A articulação entre DT e sistemas normativos como a ISO 9001 é, contudo, recente e ainda pouco explorada na literatura nacional. O DT oferece o método participativo para diagnóstico e ideação, enquanto a ISO provê o arcabouço estruturado de padronização e controle, combinação que fortalece tanto a legitimidade social das intervenções quanto sua sustentabilidade normativa.

Diante disso, o presente estudo busca responder à seguinte questão: como as etapas iniciais do Design Thinking (Empatia, Definição e Ideação) podem estruturar o diagnóstico participativo, a priorização de problemas e a geração de soluções em uma clínica-escola universitária com vistas à proposição de intervenções para implantação de um SGQ baseado na ISO 9001:2015? Assim, o objetivo do presente estudo foi descrever e analisar a aplicação dessas três etapas do DT em uma clínica-escola de cursos da área de saúde de uma instituição de ensino superior privada confessional do interior do estado de São Paulo, apresentando os principais achados diagnósticos, os problemas priorizados e as soluções geradas para intervenção.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso único, de natureza exploratória, com abordagem metodológica mista.

O campo empírico é uma clínica-escola vinculada aos cursos de Enfermagem e Farmácia de uma instituição de ensino superior privada confessional localizada no interior do estado de São Paulo, com funcionamento regular de atendimentos ambulatoriais e atividades de estágio supervisionado.

A pesquisa organizou-se em torno das cinco etapas do Design Thinking (Brown, 2009), sendo que o presente estudo abrange as etapas 1 (Empatia), 2 (Definição) e 3 (Ideação), já concluídas. As etapas 4 (Prototipagem) e 5 (Testes) constituirão a continuidade da pesquisa e serão objeto de publicação futura.

### **2.1 Participantes**

Participaram do estudo dois gestores da clínica-escola (Participante 1: gestor com formação em qualidade e responsabilidade estratégica; Participante 2: responsável técnica com atuação operacional), além de oito estagiários dos cursos de Enfermagem e Farmácia. A amostragem foi intencional, considerando os critérios de representatividade dos diferentes níveis hierárquicos e funções da organização.

### **2.2 Instrumentos e Coleta de Dados**

Na etapa de Empatia, foram aplicados dois instrumentos: (a) roteiro de entrevista estruturada com os gestores, abrangendo todos os requisitos da norma ISO 9001:2015 (itens 4 a 10), com respostas em escala de conformidade; e (b) questionário com escala Likert (1 a 5) sobre percepção da qualidade, aplicado aos estagiários. Os dados qualitativos foram submetidos

à análise de conteúdo segundo Bardin (2011); os dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva.

Na etapa de Definição, os problemas identificados foram submetidos à Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), com escores definidos em sessão participativa de aproximadamente 60 minutos com os dois gestores. Para cada problema, os escores foram atribuídos por consenso segundo escalas descritivas previamente estabelecidas, com mediação do pesquisador.

Na etapa de Ideação, conduziu-se sessão específica com os dois gestores e o pesquisador, com duração aproximada de 90 minutos. A decisão de não incluir os estagiários nessa etapa foi fundamentada nos próprios dados da fase de Empatia, que revelaram baixo letramento normativo desse grupo em relação aos requisitos da ISO 9001:2015, condição que comprometeria a qualidade das soluções geradas. Adicionalmente, a rotatividade parcial do grupo de estagiários entre as etapas comprometia a continuidade dos participantes, inviabilizando a comparabilidade das contribuições. Na sessão de Ideação, foram apresentados os onze problemas priorizados pela Matriz GUT e os participantes geraram livremente propostas de solução para cada um deles, sem julgamento inicial. As propostas convergentes e mais viáveis foram selecionadas e refinadas, constituindo as soluções apresentadas neste estudo.

### **2.3 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº 89635125.4.0000.5431-2 e Parecer nº 7.745.763. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **2.4 Declaração de Uso de Inteligência Artificial Generativa**

Os autores declaram que a ferramenta Claude Sonnet 4.6 (ANTHROPIC, 2026) foi utilizada neste trabalho com a finalidade exclusiva de apoiar a revisão da coesão textual, a consistência estrutural entre seções e a adequação da linguagem à norma culta acadêmica. Ressalte-se que o uso da ferramenta não envolveu a geração de dados, a interpretação de resultados, a elaboração de argumentos científicos ou a definição de conclusões, atividades que permanecem sob responsabilidade exclusiva dos autores.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Diagnóstico de Aderência à ISO 9001:2015

O diagnóstico revelou baixa aderência geral da clínica-escola aos requisitos da ISO 9001:2015. A análise por seção normativa indicou os menores índices de conformidade nos itens 7.5 (Informações documentadas), 8.1 (Planejamento e controle operacionais) e 6.1 (Ações para tratar riscos e oportunidades), configurando os principais itens a serem endereçados pela intervenção.

Um resultado relevante foi a divergência expressiva entre os dois gestores na avaliação dos mesmos itens normativos. O Participante 1 (perfil estratégico-gerencial) apresentou avaliação mais crítica e sistemática, identificando não conformidades em praticamente todas as seções. O Participante 2 (perfil operacional-técnico) avaliou positivamente diversas práticas que, do ponto de vista normativo, necessitam de documentação e padronização formal. Essa divergência caracteriza o que denominamos qualidade implícita, ou seja, práticas reconhecidas pelos atores como adequadas, mas sem estrutura formal de registro, controle e melhoria.

Tal resultado está de acordo com a literatura. Por exemplo, Donabedian (1980) descreveu que organizações de saúde podem apresentar resultados assistenciais positivos mesmo na ausência de estruturas formais de gestão, desde que sustentados pelo comprometimento individual dos profissionais. Sua fragilidade decorre da dependência de fatores subjetivos não sistematizados, incapazes de sustentar a qualidade diante da rotatividade de pessoal, da expansão da demanda ou do incremento das exigências regulatórias. Lima *et al.* (2009) identificaram padrão semelhante em serviços de saúde brasileiros, onde gestores com formação específica em qualidade tendem a avaliar a conformidade de forma mais rigorosa que profissionais com atuação predominantemente operacional. Almeida *et al.* (2018) confirmam esse resultado em contexto hospitalar, demonstrando que a percepção de conformidade à ISO 9001:2015 varia significativamente conforme o nível hierárquico e o perfil de formação dos respondentes.

Feiten e Coelho (2019), em estudo de caso sobre gestão da qualidade em organizações de serviços no Brasil, identificaram que a resistência à mudança, a complexidade operacional e a ausência de capacitação específica constituem as principais barreiras à implantação de sistemas de gestão. Tais barreiras também foram identificadas no presente estudo, especialmente no que se refere ao baixo letramento normativo dos estagiários, reforçando a pertinência de uma abordagem participativa como o DT para construir adesão e superar a resistência antes da implementação formal dos processos (Feiten; Coelho, 2019).

Assim, essa divergência valida a escolha pelo Design Thinking como abordagem estruturante. A etapa de Empatia, com seus instrumentos de escuta ativa e coleta de perspectivas múltiplas, foi precisa em revelar diferenças que uma abordagem diagnóstica unilateral, centrada apenas no ponto de vista gerencial, não captaria. Liedtka (2018) argumenta que essa capacidade de revelar perspectivas contraditórias é justamente um dos diferenciais do DT em relação a ferramentas tradicionais de diagnóstico organizacional, uma vez que, enquanto auditorias internas tendem a produzir uma fotografia da conformidade formal, o DT produz um mapa das percepções, crenças e práticas dos atores, insumo indispensável para o design de intervenções com real potencial de adesão.

### **3.2 Percepção dos Estagiários**

Os estagiários demonstraram baixo conhecimento dos requisitos normativos da ISO 9001:2015. A maioria não reconhecia conceitos como não conformidade, procedimento operacional padrão ou indicadores de qualidade. Ainda assim, a percepção geral sobre a qualidade dos atendimentos e dos processos vivenciados na clínica foram predominantemente positivas, com médias Likert superiores a 3,5 na escala de 1 a 5.

Essa divergência entre percepção positiva e baixo referencial normativo é consistente com a literatura de gestão em saúde. Donabedian (1988) relatou que trabalhadores e aprendizes tendem a avaliar qualidade a partir de parâmetros interpessoais e relacionais, e não a partir de critérios sistematizados de conformidade processual. Essa tendência, já descrita em diferentes contextos assistenciais, expressa-se de forma particularmente marcante em ambientes de ensino-serviço, onde a qualidade é percebida pelos atores operacionais predominantemente pelas evidências interpessoais do cuidado, em contraste com os critérios técnicos e normativos adotados por gestores com formação específica. Franchina *et al.* (2023), ao avaliarem a implantação da ISO 9001:2015 em centros de pesquisa clínica na Itália, identificaram que o treinamento insuficiente em gestão da qualidade foi a barreira mais frequentemente relatada à implementação de SGQs, mencionada por 29,5% dos respondentes, dado que converge com o déficit de letramento normativo observado entre os estagiários desta clínica-escola.

Tais resultados indicam a necessidade de estratégias de sensibilização e formação em qualidade como etapa anterior a qualquer intervenção estrutural de implantação de SGQ em ambientes de ensino-serviço. Sem um referencial comum de qualidade entre os atores, a implantação de instrumentos normativos tende a ser percebida como burocracia imposta, com baixa adesão e alto risco de abandono após a fase inicial. Esse resultado fundamentou,

metodologicamente, a decisão de conduzir a etapa de Ideação apenas com os gestores, conforme descrito na seção de metodologia.

### 3.3 Priorização de Problemas: Matriz GUT

A Matriz GUT aplicada na etapa de Definição resultou na identificação e priorização de onze problemas organizacionais. O Quadro 1 apresenta os cinco de maior criticidade, com seus respectivos escores.

**Quadro 1** – Problemas prioritários identificados pela Matriz GUT na clínica-escola

Problema identificado	G	U	T	GUT	Requisito ISO relacionado
Ausência de SGQ formalizado	5	5	5	<b>125</b>	4.1 / 5.1 / 6.1
Ausência de documentação e registros formais	5	5	4	<b>100</b>	7.5
Ausência de fluxos de atendimento padronizados	4	5	4	<b>80</b>	8.1
Ausência de indicadores e monitoramento de desempenho	4	4	5	<b>80</b>	9.1
Ausência de processo formal de gestão de não conformidades	4	4	4	<b>64</b>	10.2

Fonte: Elaborado pelos autores (2026). Legenda: G = Gravidade (1-5); U = Urgência (1-5); T = Tendência (1-5); GUT =  $G \times U \times T$ .

O problema "Ausência de SGQ formalizado" obteve pontuação máxima (GUT = 125), com escores máximos em Gravidade, Urgência e Tendência, por representar a causa-raiz de todos os demais problemas identificados. Na lógica normativa da ISO 9001:2015, a ausência de um sistema de gestão implica que todos os demais requisitos, como documentação, controle operacional, monitoramento e melhoria contínua, estejam igualmente comprometidos.

A aplicação da Matriz GUT em sessão participativa com os dois gestores, e não como avaliação unilateral do pesquisador, produziu uma hierarquização ancorada nas perspectivas dos próprios atores institucionais, atribuindo legitimidade ao plano de ação resultante. Rawshdeh *et al.* (2022), em análise fatorial sobre implementação de SGQs em saúde, demonstraram que o engajamento ativo dos gestores nas etapas de diagnóstico e priorização é um fator preditor de adesão às intervenções subsequentes. De forma convergente, Boukhaldi *et al.* (2026) recomendam que a implementação da ISO 9001 em serviços clínicos deve seguir uma abordagem trifásica sensível ao contexto, participativa e progressiva, lógica inteiramente compatível com a sequência de etapas do Design Thinking adotada neste estudo. A convergência entre o diagnóstico de aderência normativa e a priorização participativa (os cinco

principais problemas do GUT correspondem diretamente aos itens 7.5, 8.1, 6.1, 9.1 e 10.2 da norma) fortalece a validade dos achados e reduz o risco de priorização enviesada por critérios exclusivamente técnicos.

### 3.4 Ideação e Propostas de Solução: articulação DT-ISO

Com base na priorização realizada pela Matriz GUT e no plano de ação estruturado pelo 5W2H, a sessão de Ideação com os gestores gerou um conjunto de propostas de solução para os problemas mais críticos. O Quadro 2 apresenta as seis propostas resultantes, cada uma alinhada a requisitos específicos da ISO 9001:2015 e das diretrizes da ONA.

**Quadro 2** – Protótipos de intervenção propostos e alinhamento normativo

Nº	Proposta de solução	Finalidade	Requisito ISO / ONA
P1	POP de Dispensação e Orientação Farmacêutica	Padronizar o processo de dispensação e orientação ao paciente	ISO 7.5 / 8.1 / ONA Nível 1
P2	Formulário de Registro de Não Conformidades	Registrar e rastrear ocorrências que desviem dos padrões estabelecidos	ISO 10.2 / ONA Nível 2
P3	Painel de Indicadores de Desempenho (Dashboard)	Monitorar indicadores-chave de qualidade e desempenho operacional	ISO 9.1 e 9.3
P4	Fluxograma de Atendimento Integrado	Mapear e padronizar o fluxo do paciente da recepção ao encerramento do atendimento	ISO 8.1 / ONA Nível 1
P5	Checklist de Verificação de Ambiente e Segurança	Garantir condições ambientais e de segurança antes de cada sessão de atendimentos	ISO 7.1.4 e 8.1 / ONA Nível 1
P6	Sistema de Gerenciamento de Ordem de Atendimento	Organizar e priorizar a fila de atendimentos, reduzindo tempo de espera e falhas operacionais	ISO 8.1 e 8.5 / ONA Nível 1

Fonte: Elaborado pelos autores (2026). As propostas ainda não foram implementadas; constituem insumos para a etapa de Prototipagem.

Oliveira, Zancul e Fleury (2021), em revisão sistemática de 32 estudos sobre DT em saúde, identificaram que a fase de inspiração, que abrange as etapas de Empatia e Definição, é a menos explorada na literatura, com a maioria dos relatos concentrando-se nas etapas de Prototipagem e Testes. O presente estudo inverte essa tendência ao detalhar sistematicamente as três etapas iniciais do processo, incluindo a Ideação com justificativa empírica para a composição restrita dos participantes, contribuindo para suprir uma escassez metodológica identificada pelos autores (Oliveira; Zancul; Fleury, 2021).

A combinação entre DT e ISO 9001:2015 mostra-se metodologicamente produtiva, uma vez que o DT oferece o método participativo e iterativo para diagnóstico e cocriação de soluções, enquanto a ISO provê a estrutura normativa que garante rastreabilidade, padronização e melhoria contínua. Sem o DT, a implantação da ISO tende a ser percebida pelos atores como imposição burocrática, com baixa adesão e alto risco de abandono após a certificação. Sem a ISO, o DT corre o risco de gerar soluções criativas, mas sem estrutura de controle para garantir sua sustentabilidade operacional. Altman, Huang e Breland (2018) demonstraram que o DT é especialmente eficaz em contextos de saúde quando utilizado para diagnosticar necessidades latentes, ou seja, aquelas que os atores reconhecem como importantes, mas não conseguem articular espontaneamente. A qualidade implícita identificada neste estudo ilustra exatamente esse fenômeno, uma vez que o DT, ao estruturar esse reconhecimento por meio de instrumentos como o mapa de empatia e a Matriz GUT, transforma percepções difusas em problemas definidos e acionáveis, condição prévia para qualquer processo de implantação normativa.

Bounjerte *et al.* (2024), ao avaliarem o desempenho organizacional de um hospital certificado ISO 9001 em Marrocos, integrando os requisitos da norma ao modelo McKinsey 7S, identificaram que as maiores deficiências residiam na comunicação interna e na capacitação dos trabalhadores. Tais dimensões encontram-se estreitamente relacionadas aos resultados do presente estudo, o que confirma a pertinência de uma abordagem integrada, como a proposta pela articulação DT-ISO adotada nesta pesquisa.

## CONCLUSÕES

A aplicação sequencial das etapas de Empatia, Definição e Ideação do Design Thinking demonstrou ser uma estratégia eficaz para o diagnóstico participativo, a priorização estruturada e a geração de soluções para problemas de qualidade em uma clínica-escola universitária. O método permitiu revelar não apenas as não conformidades normativas, mas também as divergências de percepção entre os atores institucionais, informação fundamental para o planejamento de intervenções com reais chances de adesão.

A identificação da qualidade implícita neste estudo sugere que clínicas-escola podem apresentar condições favoráveis à implantação de SGQs, desde que o processo seja conduzido de forma participativa e com atenção às culturas organizacionais específicas desses ambientes.

As seis propostas de solução geradas na Ideação e alinhadas à ISO 9001:2015 e às diretrizes da ONA representam o produto técnico inicial da pesquisa. Por se tratarem de

propostas ainda não implementadas, constituem insumos para as etapas subsequentes de Prototipagem e Testes, que darão continuidade ao ciclo do DT após a qualificação do mestrado e serão objeto de publicação futura.

No que se refere às limitações do estudo, trata-se de um caso único conduzido em uma clínica-escola de perfil específico (instituição privada confessional, com cursos de Farmácia e Enfermagem), o que restringe a transferibilidade dos resultados para clínicas-escola com outros perfis institucionais ou disciplinares. A etapa de Ideação foi conduzida exclusivamente com os gestores, decisão justificada pelo baixo letramento normativo identificado entre os estagiários na fase de Empatia e pela rotatividade parcial desse grupo entre as etapas da pesquisa, que comprometia a continuidade dos participantes; tal restrição representa, contudo, uma limitação em relação à participação plena prevista no DT. A inclusão progressiva dos estagiários nas etapas de Prototipagem e Testes constitui uma das diretrizes para a continuidade da pesquisa.

Os resultados parciais aqui apresentados contribuem para ampliar o corpus de estudos sobre gestão da qualidade em clínicas-escola no Brasil e oferecem uma proposta metodológica replicável para outras instituições de ensino superior em saúde com perfil organizacional semelhante.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eder Júlio Rocha de; COSTA, Nathália Stephanie; SANTOS, Arthur Guimarães Gonçalves dos; TASENDE, Douglas de Freitas; PENA, Maria do Socorro Pacheco; MADUREIRA, Tiziane Rogerio; SANTOS, Júnia Cordeiro dos; SOUZA, Jussara Basílio de. Aplicação da NBR ISO 9001:2015 como ferramenta de reavaliação da eficácia nos processos da qualidade em serviços de saúde de um hospital-escola do SUS. In: BALDÃO, Gabriella de Menezes (org.). **Inovação, Gestão Estratégica e Controladoria nas Organizações 2**. Ponta Grossa: Editora Atena, 2018. v. 2, p. 65–78. DOI: 10.22533/AT.ED.70318311005.

ALTMAN, M.; HUANG, T. T. K.; BRELAND, J. Y. Design thinking in health care. **Preventing Chronic Disease**, v. 15, p. E117, 2018.

ANTHROPIC. **Claude Sonnet 4.6**. San Francisco: Anthropic, 2026. Disponível em: <https://claude.ai>. Acesso em: 14 maio 2026.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9001:2015: sistemas de gestão da qualidade – requisitos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOUKHALDI, J.; KECHKAR, H.; ERRAMI, A.; BENHSAIEN, I.; KAMAL, N.; BOUSFIHA, A. A.; BAKKOURI, J. ISO 9001 in hospitals: a systematic review and implementation framework for clinical services in emerging countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 38, n. 1, mzag006, 2026. DOI: 10.1093/intqhc/mzag006.

BOUNJERTE, I.; KHALIDY, S.; MAZOUZY, I.; EL TURK, J.; HAIDAR, I.; KETTANI, A.; SAILE, R.; BENNANI, H. Evaluating organisational performance in healthcare: a mixed-method study using the McKinsey 7S framework. **BMJ Open Quality**, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-002983.

BROWN, Tim. **Design thinking: uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BURMESTER, Haino. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. **Portaria nº 2.664, de 6 de março de 2026: Política de Integridade na Atividade Científica**. Brasília: CNPq, 2026. Disponível em: [http://memoria2.cnpq.br/web/guest/view/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_0oED/10157/23142775](http://memoria2.cnpq.br/web/guest/view/-/journal_content/56_INSTANCE_0oED/10157/23142775). Acesso em: 05 maio 2026.

CROSBY, Philip B. **Quality is free**. New York: McGraw-Hill, 1979.

DEMING, W. Edwards. **Out of the crisis**. Cambridge: MIT Press, 1986.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 1980.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v. 44, n. 3, p. 166–206, 1966.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed. **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.

FAGUNDES, Emmanuele Eduarda Assis; CAMPOS, Katia Ferreira Campos; VIANA, Sylvania Maria Nunes; SILVA, Roberta Ramos da. A importância do sistema de gestão da qualidade para os serviços do Sistema Único de Saúde. **Revista Foco**, v. 15, n. 5, e538, 2022. DOI: 10.54751/revistafoco.v15n5-017.

FEITEN, A. M.; COELHO, T. R. Gestão da qualidade em organizações de serviços: barreiras e facilitadores. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 18, n. 3, p. 56–71, 2019. DOI: 10.21714/1984-6975FACES2019V18N3ART6619.

FRANCHINA, V.; STABILE, S.; CENNA, R.; MANNOZZI, F.; FEDERICI, I.; TESTONI, S.; SINNO, V.; CAGNAZZO, C. ISO 9001:2015 standard implementation in clinical trial centers: an exploratory analysis of benefits and barriers in Italy. **Contemporary Clinical Trials Communications**, v. 33, e101104, 2023. DOI: 10.1016/j.conctc.2023.101104.

JURAN, Joseph M. **Juran on quality by design**. New York: Free Press, 1992.

KOLKO, Jon. Design thinking comes of age. **Harvard Business Review**, v. 93, n. 9, p. 66–71, 2015.

KROLIKOWSKI, K. A.; BI, M.; BAGGOTT, C. M.; KHORZAD, R.; HOLL, J. L.; KRUSER, J. M. Design thinking to improve healthcare delivery in the intensive care unit: Promise, pitfalls, and lessons learned. **Journal of Critical Care**, v. 69, 2022.

LIEDTKA, Jeanne. Why design thinking works. **Harvard Business Review**, v. 96, n. 5, p. 72–79, 2018.

LIEDTKA, Jeanne; OGILVIE, Tim; BRODERSEN, Rachel. **Design thinking para inovação**. São Paulo: HSM, 2018.

LIMA, G. O.; CRUZ, R. F. A.; VALE, S. R. M.; CARNEIRO, E. C. R. L. Metodologia para implantação de um sistema de gestão da qualidade em um centro de diálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2009.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

OLIVEIRA, M.; ZANCUL, E.; FLEURY, A. L. Design thinking as an approach for innovation in healthcare: systematic review and research avenues. **BMJ Innovations**, v. 7, n. 2, p. 491–498, 2021. DOI: 10.1136/bmjinnov-2020-000428.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quadro de ação para educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2026.

RAWSHDEH, M.; KEATHLEY, H.; OBEIDAT, S.; ATHAMENH, R.; TANASH, M.; HANI, D. B. Factor analysis of quality management systems implementation in healthcare: an online survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 20, e13430, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192013430.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.