

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS (UNISINOS)
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL DOUTORADO**

ORIVAL BONICOSKI

**MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE:
Estudo de Caso numa Entidade Confessional no Brasil**

PORTO ALEGRE

2023

ORIVAL BONICOSKI

**MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE:
Estudo de Caso numa Entidade Confessional no Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gestão de Negócios, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Martins Fagundes Cabral

Coorientador: Prof.^o Dr. Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos

Porto Alegre

2023

B715m Bonicoski, Orival
Modelo de gestão em saúde: estudo de caso numa Entidade Confessional no Brasil / Orival Bonicoski -- 2023.
304 f.: il.; color; 30cm.

Tese (Doutorado em Gestão e Negócios) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa Pós-Graduação em Gestão e Negócios, 2023.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Martins Fagundes Cabral;
Coorientador: Prof. Dr. Nuno M. G. Rebelo dos Santos.

1. Serviços de saúde. 2. Modelo de gestão em saúde. 3. Entidade confessional. 4. Saúde integrada e preventiva. I. Cabral, Patrícia Martins Fagundes. II. Santos, Nuno M. G. Rebelo dos.
CDU 614.2

Orival Bonicoski

Modelo de gestão em saúde:
estudo de caso numa Entidade Confessional no Brasil

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Gestão de Negócios, pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão de Negócios da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 04 de dezembro 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Patrícia Martins Fagundes Cabral (orientadora)

Prof.^o Dr.^o. Nuno M. G. Rebelo dos Santos (coorientador) – Évora/Portugal

Prof^o Dr^o. José Antônio Valle Antunes Júnior– UNISINOS

Prof^a Dr^a - Leonor M. G. Pacheco Pais – Universidade de Coimbra/Portugal

Prof^o Dr^o – André L. de Araújo – Pontifícia Universidade Católica/Rio de Janeiro

Dedico este estudo aos Jesuítas do Brasil e aos colaboradores das Comunidades de Saúde e Bem-estar por terem aceitado participar desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão...

... à minha mãe e ao meu pai, por me terem permitido existir...

... a Deus, pelo dom da vida...

... a todos os jesuítas e colaboradores, pela amizade, carinho e contribuições à pesquisa...

... a UNISINOS, pela qualidade do curso...

... aos professores, que apoiaram em momentos difíceis do curso ...

... à minha orientadora Prof.^a Patrícia Martins Fagundes Cabral e o coorientador Prof.^o Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos...

... à Companhia de Jesus e aos companheiros de Missão...

... à Província dos Jesuítas de Portugal e aos jesuítas de Évora pela acolhida, em especial o Padre Alberto Sousa, pela amizade, afeto e carinho...

Planejamento de longo prazo não lida com decisões futuras, mas com um futuro de decisões presentes. Peter Drucker

Não são os grandes planos que dão certo. São os pequenos detalhes. Aristóteles

RESUMO

Este trabalho avalia as consequências do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção em uma entidade confessional no Brasil, onde se propôs um *framework* de modelo de gestão em saúde integrado e preventivo. O estudo contou com a participação de 174 pessoas, sendo *stakeholders*, profissionais e usuários, sendo utilizada uma abordagem de métodos mistos, qualitativos e quantitativos. Realizou-se as seguintes etapas: etapa 1 análise documental, etapa 2 *survey*, etapa 3 grupo focal, etapa 4 entrevista e etapa 5, análise integrada dos dados e recomendações. Para os dados quantitativos, foram utilizados os recursos do SPSS® para análise estatística descritiva e para os dados qualitativos, adotou-se a Análise Textual Discursiva (ATD), com utilização do *software* NVivo 10®. Na análise documental classificou-se os documentos de acordo com a cronologia da implantação do modelo de gestão com seus respectivos ciclos: movimentos pré-implantação, ações de implantação e procedimentos de manutenção. Na percepção dos usuários, profissionais e *stakeholders*, o atual modelo de gestão em saúde é positivo e as mudanças trouxeram resultados assertivos. Todos os *stakeholders* concordaram que o modelo de gestão em saúde, impactou na saúde financeira da entidade de forma positiva. Avaliou-se também alguns desafios do modelo de gestão, tais como, o regional, adesão, financeiro, comunicação, sustentabilidade e liderança, o que podem ser também oportunidades para a instituição. Com base neste estudo, pode-se recomendar gerencialmente aos executivos que dirigem serviços de saúde orientados a grupos envelhecidos. Por estar circunscrito em um tempo específico, é limitação deste estudo a capacidade de exploração do campo, o que sugere a continuidade das avaliações e a preservação de análises dos resultados com o amadurecimento do modelo de gestão, e sob condições de crescimento no número de pessoas longevas no grupo confessional estudado. Como seguimento, pesquisas futuras podem ser exploradas para as estratégias de gestão da saúde em população religiosa longeva e extrapoladas para a população geral e uma análise comparativa entre diferentes populações religiosas e longevas.

Palavras-chave: modelo de gestão em saúde interdisciplinar; entidade confessional; modelo de gestão em saúde integrado e preventivo; percepção em saúde de profissionais; *stakeholders*; usuários.

ABSTRACT

This work evaluates the consequences of the process of changing from a health management model centered on treatment to a model centered on integration and prevention in a confessional entity in Brazil, where an integrated and preventive health management model framework was proposed. The study involved the participation of 174 people, including stakeholders, professionals and users, using a mixed, qualitative and quantitative methods approach. The following steps were carried out: step 1 document analysis, step 2 survey, step 3 focus group, step 4 interview and step 5 integrated analysis of data and recommendations. For quantitative data, SPSS® resources were used for descriptive statistical analysis and for qualitative data, Discursive Textual Analysis (ATD) was adopted, using NVivo 10® software. In the document analysis, the documents were classified according to the chronology of the implementation of the management model with their respective cycles: pre-implementation movements, implementation actions and maintenance procedures. In the perception of users, professionals and stakeholders, the current health management model is positive and the changes have brought assertive results. All stakeholders agreed that the health management model had a positive impact on the entity's financial health. Some challenges of the management model were also evaluated, such as regional, membership, financial, communication, sustainability and leadership, which could also be opportunities for the institution. Based on this study, managerial recommendations can be made to executives who manage health services aimed at aging groups. As it is limited to a specific time, the capacity to explore the field is a limitation of this study, which suggests the continuity of evaluations and the preservation of analysis of results with the maturation of the management model, and under conditions of growth in the number of people long-lived in the confessional group studied. As a follow-up, future research can be explored for health management strategies in a long-lived religious population and extrapolated to the general population and a comparative analysis between different religious and long-lived populations.

Key-words: interdisciplinary health management model; confessional entity; integrated and preventive health management model; health perception of professionals; stakeholders; users

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os principais <i>stakeholders</i> de uma organização.....	63
Figura 2 - Organograma da estrutura do governo da Província dos Jesuítas do Brasil ...	64
Figura 3 - Categorias e subcategorias no NVivo10®	97
Figura 4 - Codificação em nós de <i>cluster</i> por similaridade de conteúdo	98
Figura 21 - <i>Framework</i> de modelo de gestão em saúde integrado e preventivo para a entidade confessional.....	158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição relativa para as avaliações realizadas para a gestão da saúde nas Comunidades de Saúde e Bem-estar por grupo.....	93
Gráfico 2 - Distribuição relativa para o acompanhamento das mudanças no modelo de gestão em saúde da província por grupo.	93
Gráfico 3 - Distribuição relativa para a percepção de diferenças no modelo de gestão em saúde em comparação ao modelo de gestão.....	94
Gráfico 4 - Evidências da redução econômica de 2015 a 2023 da autogestão na Província dos Jesuítas do Brasil.....	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Framework</i> de modelos de gestão de saúde	39
Quadro 2 - Resumo do referencial teórico com os objetivos e os principais autores	74
Quadro 3 - Desafios da cultura institucional, regional e local, comunicação, adesão, financeiros, sustentabilidade e liderança, com as respectivas recomendações.....	154
Quadro 4 - Aspectos estratégicos e operacionais a evoluírem no modelo de gestão..	157

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização geral da amostra <i>stakeholders</i>	83
Tabela 2 - Caracterização geral da amostra de profissionais.....	85
Tabela 3 - Caracterização dos profissionais 2.....	88
Tabela 4 - Caracterização geral dos usuários (1).....	89
Tabela 5 - Medidas de tendência central e de variabilidade para as questões de “qualidade dos serviços”	90
Tabela 6 - Caracterização dos usuários (2).....	91
Tabela 7 - Distribuição absoluta e relativa para as questões comuns aos três grupos investigados	92

LISTA DE SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ATD	Análise Textual Discursiva
BRA	Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID19	<i>Corona Virus Disease</i>
CSBE	Comunidade de Saúde e Bem-estar
EE	Exercícios Espirituais
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EPS	Educação Permanente em Saúde
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
ILPIs	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MBNQA	<i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OECD	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIB	Produto Interno Bruto
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PE	Planejamento Estratégico
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RSBE	Residência de Saúde e Bem-estar
SAE	Serviço de Assistência Especializada

SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave-Coronavírus-2
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa
SPSS	<i>Statistical Packages for the Social Sciences</i>
SRI	<i>Institute Stanford Research</i>
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
USA	<i>United States of America</i>
UX	<i>User Experience</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Tema	27
1.2 Delimitação do tema	27
1.3 Problema	27
1.4 Objetivos	28
1.4.1 Objetivo geral	28
1.4.2 Objetivos específicos.....	28
1.5 Justificativa.....	28
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
2.1 Modelos de gestão em saúde	32
2.1.1 Modelo tradicional de gestão em saúde <i>versus</i> modelo integrado e preventivo de gestão em saúde	37
2.1.2 Modelos de gestão em entidades profissionais	40
2.1.3 Caracterização do modelo de gestão em saúde da entidade profissional.....	43
2.2 Âmbitos da gestão em saúde	46
2.2.1 Âmbito dos profissionais da saúde	47
2.2.2 Âmbito dos processos de trabalho em saúde.....	49
2.2.3 Âmbito dos usuários em saúde	55
2.2.4 Âmbito dos <i>stakeholders</i> na saúde	61
2.2.5 Âmbito da sustentabilidade econômica na saúde	64
2.2.6 Âmbito da eficiência e eficácia em saúde.....	70
2.2.7 Âmbito da autogestão em saúde.....	73
3 MÉTODO	76
3.1 Delineamento da pesquisa	76
3.2 Etapas de coleta dos dados da pesquisa.....	77
3.3 Etapa 1 - Qualitativa: análise documental.....	77
3.4 Etapa 2 - Quantitativa: <i>survey</i>	78
3.5 Etapa 3 - Qualitativa: grupo de foco	79
3.6 Etapa 4 - Qualitativa: entrevista	79
3.7 Etapa 5 - Análise integrada dos dados e recomendações.....	79
3.8 Tratamento dos dados	80

3.9 Considerações éticas	81
4 RESULTADOS.....	82
4.1 Resultados dos dados quantitativos	82
4.1.1 <i>Stakeholders</i>	82
4.1.2 Profissionais	85
4.1.3 Usuários	89
4.2 Resultados dos dados qualitativos	94
4.2.1 Subcategorias por similaridade: documentos instituídos X educação continuada	99
4.2.2 Subcategorias por similaridade: principais melhorias (mudanças) x aspectos a evoluir no modelo de gestão em saúde.....	101
4.2.3 Subcategorias por similaridade: cuidado integrado, preventivo e humanizado x cuidado com abordagem interdisciplinar	103
4.2.4 Subcategorias por similaridade: desafio financeiro x desafio de liderança	106
4.2.5 Subcategorias por similaridade: desafios de comunicação x oportunidades no uso de tecnologias	109
4.2.6 Subcategorias por similaridade: serviço dos profissionais x sentimento de ser cuidado.....	112
4.2.7 Subcategorias por similaridade: investimento em profissionais x oportunidade de ampliar os serviços.....	116
4.2.8 Subcategorias por similaridade: desafios regionais x oportunidades regionais	118
4.2.9 Subcategorias por similaridade: racionalização e otimização dos custos x compra de medicação em escala.....	122
4.2.10 Subcategorias por similaridade: desafios internos da instituição x oportunidades internas da instituição	125
4.2.11 Subcategorias por similaridade: desafio de adesão x oportunidades financeiras	131
4.2.12 Subcategorias por similaridade: desafios de sustentabilidade x oportunidade de preparar o jesuíta para envelhecer.....	134
4.2.13 Subcategorias por similaridade: sistematização e profissionalização x diferenças do antes e do depois.....	137
4.2.14 Subcategorias por similaridade: autogestão x otimização dos serviços	140
4.2.15 Subcategoria: desmistificação dos espaços.....	144

5 DISCUSSÃO INTEGRADA DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES.....	149
6 CONCLUSÃO	160
REFERÊNCIAS.....	166
APÊNDICE A - CARTA ANUÊNCIA.....	209
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	210
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	211
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	212
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO USUÁRIOS.....	213
APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS	218
APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO <i>STAKEHOLDERS</i>.....	222
APÊNDICE H - ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS	225
APÊNDICE I - ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS.....	226
APÊNDICE J - ENTREVISTA COM OS <i>STAKEHOLDERS</i>.....	227
APÊNDICE K - GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS	228
APÊNDICE L - GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS.....	229
APÊNDICE M - GRUPO FOCAL COM OS <i>STAKEHOLDERS</i>.....	230
APÊNDICE N - ESTRATÉGIA DE SAÚDE BEM-ESTAR	231
APÊNDICE O - ANÁLISE DOCUMENTAL.....	245
APÊNDICE P - DIFERENÇAS DO ANTES E DO DEPOIS	273
APÊNDICE Q - AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i>, PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E GRUPO FOCAL.....	277
APÊNDICE R - DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO MODELO DE GESTÃO	279
APÊNDICE S - TRANSIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO <i>MULTISTAKEHOLDERS</i> NUMA ENTIDADE CONFSSIONAL	280
APÊNDICE T - GUIA COM ORIENTAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE INTEGRADA E PREVENTIVA A ENTIDADES CONFSSIONAIS.....	300

Apresentação

A presente tese tem uma construção dissertativa e avalia a transição do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção numa entidade confessional no Brasil. O interesse pelo tema é pertinente visto as lacunas identificadas na literatura com no que tange gestão de saúde em entidades confessionais. A identificação de elementos que possibilitem a construção de um modelo de gestão em saúde, que seja integral, preventivo e ajustado às necessidades e às expectativas dos usuários, dos trabalhadores e de demais agentes da entidade confessional é um dos contributos decorrentes desta pesquisa.

O pesquisador do estudo aqui proposto atua na entidade confessional há quase duas décadas e pôde, ao longo deste período, elaborar, propor, implantar, acompanhar e participar ativamente de um processo de atualização e de reestruturação da gestão de saúde da entidade confessional. Interdisciplinar. Parte dos dados emergentes desta pesquisa geraram um artigo (Apêndice S), que foi maturado na experiência da imersão internacional, realizada em Évora/Portugal. A imersão proporcionou encontros, reuniões com a entidade confessional lusitana para compartilhar o modelo de gestão em saúde implantado e seguido no Brasil. Como produto tecnológico, elaborou-se um guia com orientações de boas práticas de saúde integrada e preventiva a entidades confessionais (Apêndice T).

Este documento está assim estruturado: 1) Introdução (contextualizando o problema, os objetivos da pesquisa e a justificativa); 2) Referencial teórico (conceitos de modelos de gestão em saúde e âmbitos da gestão em saúde); 3) Método (delineamento da pesquisa); 4) Apresentação e discussão dos dados (quantitativos e qualitativos); 5) Discussão integrada dos resultados e recomendações e 6) Conclusão.

Por estar circunscrito em um tempo específico, é limitação deste estudo a capacidade de exploração do campo, o que sugere a continuidade das avaliações e a preservação de análises dos resultados com o amadurecimento do modelo de gestão, e sob condições de crescimento no número de pessoas longevas no grupo confessional estudado. Como seguimento, pesquisas futuras podem ser exploradas para as estratégias de gestão da saúde em população religiosa longeva, e extrapoladas para a população geral. Desejo a todos uma boa leitura!

1 INTRODUÇÃO

A implementação e as melhorias indispensáveis à estruturação da saúde são possíveis por meio de modelos de gestão. Modelos que visam avaliar a adequação dos processos internos diante dos objetivos da organização, bem como gerar conhecimento e um ciclo contínuo de aprimoramentos nas instituições (GROSSMAN, 2018). Em verdade, sem um modelo de gestão ou sem um plano de programação efetivo em saúde, as demandas seriam prejudicadas, o esforço e o desgaste seriam enormes, os resultados provavelmente inconsistentes e pouco eficazes.

Os modelos de gestão em saúde atuais são anacrônicos, isto é, estão ultrapassados em relação à proposta de educação em saúde que se pretende atualmente. Tais modelos assistenciais dão enfoque exclusivo na doença, em detrimento a um processo acompanhado e contínuo de atendimento primário não só de pessoas de idade avançada ou doentes, mas a todos os cidadãos e em todo o curso de suas vidas (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Apesar do considerável aumento nos gastos com saúde, a saúde da população não parece ter apresentado uma melhora significativa. O público está cada vez mais insatisfeito com o atual sistema de assistência médica, dando-se conta de que ele, infelizmente, gerou custos exorbitantes sem melhorar de modo significativo a saúde do povo, e queixando-se de que os médicos tratam as doenças, mas não estão interessados na saúde dos pacientes (CAPRA, 2012).

Desse modo, um futuro sistema de assistência à saúde consistirá, em primeiro lugar e acima de tudo, num sistema abrangente, efetivo e bem integrado de assistência preventiva. É dizer, convencionou-se da importância de estabelecer uma cultura do cuidado, da prevenção e da educação em saúde com abordagem interdisciplinar no cuidado integral e não apenas pelo tratamento eventual de alguma doença.

Nesse sentido, requer-se uma infraestrutura quantitativa e qualitativa de insumos e de equipamentos, do quadro funcional da organização à atenção primária e subsequentes, do fluxograma de trabalho, ou seja, dá-se por evidente a importância e a necessidade de uma organização que garanta fácil e suficientemente a disponibilidade de instrumentos e de materiais indispensáveis nos processos clínicos, bem como a seleção, a coordenação e a coesão de uma equipe

profissional adequadamente competente para o serviço da saúde, engajada com um planejamento contínuo de atividades (SIGNOR *et al.*, 2014).

Por isso, reconhecendo a complexidade das organizações de saúde, bem como a relevância dos serviços prestados à sociedade, percebe-se a urgência de novos modelos de gestão a serem assumidos e implantados nessas organizações, a fim de se otimizar recursos e tempo e de se aperfeiçoar o atendimento e os procedimentos (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Nessa perspectiva, a fim de uma gestão para a reorganização do sistema de saúde, algo que aproxime a rotina dos profissionais da saúde e as necessidades da população, o Ministério da Saúde criou em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A partir disso, no Brasil, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma estratégia de construção coletiva da saúde, por meio do diálogo e da reflexão sobre a prática, de compromisso para reestruturar a gestão do trabalho, a atenção e o controle social.

Esta gestão possibilita o desenvolvimento dos trabalhadores, das instituições e, conseqüentemente, impulsiona a melhoria da qualidade da assistência. Dessa maneira, esse novo modelo se apresenta como uma ferramenta a transformar o trabalho em saúde por meio de novas ações como, por exemplo, por meio da discussão de casos de usuários, fazendo o processo de trabalho em saúde de forma compartilhada entre os diversos atores envolvidos, a fim de abordar os casos na integralidade da pessoa (BRASIL, 2004).

Dado que requer um esforço descomunal de gestores e de trabalhadores para que aconteça a mudança no modelo de atenção e nas práticas de saúde, considerando o potencial da educação permanente nesse processo (GRILLO *et al.*, 2013). Quando se diz tratar de um potente instrumento de mudança da rotina dos serviços, a educação permanente em saúde, busca transformar as práticas em saúde por meio do questionamento permanente e compartilhado do processo de trabalho (ROSSETTI *et al.*, 2019). Assim, para que tais modelos de gestão em saúde sejam satisfatórios e resolutamente implantados, exige-se uma qualificação competente dos gestores, no intuito de abordarem e de superarem os desafios da gestão (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

Com a adoção desses modelos de gestão e sua conseqüente melhoria na área da saúde, a população tende a ter uma melhor qualidade de vida, mas é indispensável que esses anos a mais, bem como em todo o curso da vida com

dignidade e bem-estar. Para isso, faz-se necessário uma série de ações como promoção e educação em saúde, prevenção e retardamento de doenças e de fragilidades, manutenção da independência e da autonomia das pessoas (VERAS, 2009).

Essa nova proposta, embora sejam poucos os estudos, as pesquisas e os exemplos, tende a se tornar um plano contemporâneo que atenda a critérios de uma saúde mais humanizada, preventiva, personalizada e integrada, isto é, um olhar clínico mais horizontal e ampliado, com enfoque na integralidade do usuário e com característica interdisciplinar. Certamente, o trabalho e os resultados são mais eficazes e menos dispendiosos no longo prazo, pois o usuário passa, por esta nova proposta, a não só tratar possíveis morbidades, mas a preveni-las. Corroboram a isso as tendências atuais, que sinalizam a necessidade de modelos de atenção à saúde mais universais, participativos, integrados e focados na excelência da prestação dos serviços à população, demandando uma nova postura dos gestores, aberta às mudanças necessárias e aos novos e inevitáveis desafios que se apresentam no cenário contemporâneo (ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2018).

Na experiência pessoal de atuação na saúde dos jesuítas, percebe-se algumas resistências em relação à implementação dessa nova proposta em saúde. É possível elencar duas das principais, a saber, alto custo para a implantação, no curto prazo, e a cultura de somente buscar atendimento para situações pontuais e já demandadas. No entanto, mesmo que pelos poucos exemplos que já existem, observa-se que esse custo se diluiria rapidamente nos positivos e abrangentes resultados, o que acaba tornando o processo menos dispendioso e mais viável se comparado aos mais tradicionais.

Mesmo que a difusão e institucionalização que a Atenção Primária em Saúde (APS), alcançou nas três últimas décadas no Brasil seja inquestionável, alguns pontos parecem fundamentais para a materialização efetiva do discurso e garantia do acesso universal a um atendimento de saúde de qualidade. Tais apontamentos reforçam a dificuldade da implementação da atenção primária no país e reforçam a necessidade de que o país possa espelhar-se em experiências internacionais para melhor compreender a resolutividade de seus problemas. O Sistema Único de Saúde (SUS), ainda está centrado na atenção hospitalar e nos gastos com saúde orientados pelas necessidades populacionais de média e alta renda (GAVA, 2020).

Conseqüentemente, embora exista um número considerado de trabalhos de pesquisa com abordagem em modelos de gestão para o setor de saúde, há uma

notória deficiência em relação à gestão de saúde para entidades confessionais, que é o tema desta proposta de pesquisa e, por isso, há muito a se explorar e a se discutir nesse âmbito. Portanto, quando se pesquisa nas bases de dados por este tema, pouco ou nenhum estudo aparece, algo que proponha um modelo de gestão em saúde dentro de uma entidade confessional, o que constitui o eixo central que justifica a realização do presente estudo. Por essa razão, busca-se elementos que possibilitem a construção de um processo de gestão e cuidado em saúde mais integral, preventivo e ajustado às necessidades e expectativas dos usuários, trabalhadores e demais agentes da entidade confessional.

Desse ponto, ao frisar entidades confessionais se quer dizer, aqui especificamente, instituições religiosas católicas. Estas instituições são regulamentadas tanto pela legislação civil de cada país, quanto pelo que se denomina Direito próprio da Igreja Católica, regido pelo Código de Direito Canônico (BRASIL, 1983). De acordo com o decreto nº 7.107, de 11 de fevereiro de 2010, promulgou-se o acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Santa Sé, relativo ao Estatuto Jurídico da Igreja Católica no Brasil, firmado na Cidade do Vaticano. Segundo o Código de Direito Canônico (BRASIL, 1983, p. 283), se afirma: “[...] o instituto religioso é uma sociedade na qual os membros, de acordo com o direito próprio, fazem votos públicos, perpétuos ou temporários, e levam vida fraterna em comum” (BRASIL, 2010).

Assim exposto, faz parte deste grupo de entidades confessionais a Companhia de Jesus, fundada por Inácio de Loyola no dia 27 de setembro de 1540, em Roma, Itália, e cujos membros são conhecidos como Jesuítas. Está presente em 127 países dos cinco continentes, totalizando 14.195 mil membros, com idade média de 56,32 anos, destes 10.270 são sacerdotes, 798 Irmãos, 2.529 Escolásticos e 598 Noviços, 28% dos jesuítas estão na Ásia Meridional (idade média de 40 anos), 23% na Europa (média de 65 anos), 14% nos Estados Unidos-Canadá (55 anos), 12% na África (média 44 anos), 12% na América Latina (média de 59 anos) e 11% na Ásia-Pacífico (média de 54 anos). (<https://www.jesuits.global>). Atualmente no Brasil são 392 membros com média de idade de 61 anos.

De modo paradoxal, muitas entidades confessionais oferecem serviços de saúde por meio de hospitais e de instituições de longa permanência a idosos, por exemplo, mas não fazem a gestão em saúde dos seus próprios integrantes. Apesar disso, na elaboração das Constituições e das Normas Complementares da

Companhia de Jesus, Inácio de Loyola ressaltou a importância do cuidado que cada Jesuíta deve ter com a sua saúde, em prol do divino serviço. Segundo García-Villoslada (1986), Inácio se preocupava com a saúde dos coirmãos, em 1555 adquiriu uma propriedade para descanso e convalescença dos seus em Roma.

Assim, a entidade valoriza a saúde dos seus membros, pois a missão desses religiosos é importante tanto para a Igreja como para a sociedade, requerendo-se saúde e energia para a missão. Para tanto, o atendimento deve focar na promoção da saúde e, por se tratar de instituição masculina, também abordar a saúde do homem em suas especificidades. Mudanças têm ocorrido na Companhia de Jesus, havendo o questionamento sobre o que é pertinente fazer para que os jesuítas possam estender seu tempo em obra, emancipados e autônomos em relação às atividades diárias e ao autocuidado, uma vez que é evidente o envelhecimento geral das comunidades em missão. Diante desse desafio, o discernimento jesuítico apresenta a necessidade de uma nova abordagem sobre a saúde dos jesuítas no Brasil, partindo do pressuposto de que todos almejam a longevidade ativa.

Assim, construir planos de cuidados que auxiliem a desmistificar o pensamento do envelhecimento patológico, de modo a assumir a existência e as mudanças que acompanham os passos dos anos, é uma indicação de caminho para a saúde dos Jesuítas do Brasil. Por esse motivo, desde 2015 foi proposto um modelo de gestão em saúde à Província dos Jesuítas do Brasil, por meio de uma *estratégia de saúde e bem-estar*, conforme o Apêndice N, cuja missão é:

[...] prover aos Jesuítas da Província do Brasil o acesso ampliado a ações e a serviços de cuidado em saúde, que possibilitem a promoção da qualidade de vida e do envelhecimento saudável, com ampliação da autonomia, da emancipação e da permanência em missão (BONICOSKI, 2015, p. 6).

A corroborar a proposta de um novo modelo de gestão em saúde, este modelo veio suplantando de modo resolutivo o tipo de gestão anterior, cujos custos de manutenção eram dispendiosos e os resultados apenas pontuais. A reconstrução das lógicas assistenciais e operacionais das “*casas de saúde*”, que acolhem os jesuítas sob cuidados continuados, reconfigurar-se-ão em “*comunidades de saúde e bem-estar*”, que ampliam o foco de suas ações e serviços também às comunidades em missão, na forma de referência, de apoio matricial e de gestão de planos de cuidados.

A maior parte dos males crônicos que acometem a pessoa idosa tem na própria idade seu principal fator de risco, é evidente e correto estimular a prevenção desde tenra idade, a fim de retardar e mesmo evitar a ocorrência de doenças, colaborando para que se preserve, no curto e no longo prazo, a capacidade funcional do ser humano. É essa atitude que determinará a qualidade de vida dessa pessoa (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Assim, avaliando este modelo de gestão em saúde e a sua implantação, podemos obter conhecimento relevante para eventual adoção do modelo por outras congregações religiosas ou até mesmo pelos sistemas de saúde pública ou privada. Por outro lado, em se tratando de entidade confessional, o que caracteriza sua forma de ser, cultura, valores, filosofia, é que vai tornar a proposta possível, consistente, abrangente e eficiente, na elaboração de um plano de cuidados condizente com a realidade da entidade. Para tanto, cabe à entidade confessional o dever de analisar e ter consciência da sua própria necessidade, isto é, averiguar suas reais carências de gestão em saúde e as respostas a elas.

Para isso, é preciso que se tenha visão clara e transparente de sua missão e de seu papel na e para a sociedade, de seus métodos e serviços, de suas potencialidades e carências, de seus parceiros e do seu financeiro. Nesse sentido, é preciso ter uma organização que contorne o que muitas pesquisas apontam para o futuro da saúde no Brasil, a saber, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas tanto para o setor público como ao suplementar, o que se tornaria um entrave à sustentabilidade, deixando de ser uma oportunidade para o sistema de saúde brasileiro (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Certamente, é impreterível que haja investimento financeiro, no intuito de que essa organização possa ocorrer de maneira efetiva. Mas esse entendimento esbarra em uma série de divergências quanto ao percentual ideal de investimento que se deve ter para a prevenção na saúde em contrapartida ao que se tem evidente e disponível já destinado à assistência.

Por isso, parafraseando Porter (2009), embora essa conta seja complexa e flexível, existe uma certeza: é necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam. Este investimento determina que custos totais sejam envolvidos na prevenção e no tratamento em saúde. A saúde pode ser tratada tanto como um bem de consumo como um bem de investimento. A sociedade poderá acumular saúde ou desacumular saúde, produzindo enfermidade social, implicando a

necessidade de um novo modelo de atenção à saúde que a considere como um investimento (AMAZONAS; CARNUT, 2019).

No entanto, não é tarefa simples a de pensar e executar um novo modelo de gestão em saúde, cujas características se distingam em muito dos modelos de gestão em saúde convencionais existentes. Esse novo modelo exige pensar e elaborar um trabalho que considere ações não só emergenciais, mas preventivas, onde se busque por um atendimento humanizado, que evidencie o indivíduo, a sua integralidade, as suas especificidades (HORST; ORZECOWSKI, 2017).

Ademais, considerando as dimensões territoriais, populacionais e culturais que tem o Brasil, é óbvio o imenso esforço e trabalho que se deverá ter para criar e alavancar essa nova proposta. De todas as dimensões, a cultura é a dimensão mais desafiadora para esse novo tipo de modelo de organização, pois o brasileiro tende a buscar atendimento em saúde quando já tem algum sintoma agudo, isto é, apenas para tratar e sanar algum agravo crônico que já o acomete. A desinformação, os subterfúgios, os vícios com tratamentos paliativos e pouco consistentes são um risco à saúde e à vida, têm um custo oneroso e uma eficiência duvidosa. Perceptivelmente, esta cultura está presente no imaginário de membros de entidades religiosas confessionais. Esse caráter é mais acentuado ainda nas instituições religiosas confessionais constituídas por público masculino, onde muitas pesquisas revelam que os homens não têm a cultura do autocuidado, e essa realidade pode ser aplicada diretamente aos jesuítas.

Conseqüentemente, pela característica de que o homem é um ser invulnerável, forte e destemido, comete-se o equívoco e a falácia de que ele não necessita de cuidado médico, pois perderia sua virilidade. Nesse sentido, mostra-se como um desafio a proposta do novo modelo de gestão em saúde, que deverá preferivelmente incluir o cuidado com a saúde do homem como uma de suas prioridades (COELHO; MELO, 2018). Nesse contexto, uma série de ações podem corroborar o trabalho desafiador de cuidar e de atender às peculiares necessidades do público masculino. Cabe aos profissionais da saúde não só se qualificarem, mas também desenvolverem estratégias satisfatórias para o cuidado da saúde do homem. Em outras palavras, criar espaços específicos que oportunize a discussão e o atendimento especializado a esse grupo de usuários, bem como proporcionar visitas domiciliares e promover assistência integral da saúde masculina (SILVA *et al.*, 2020).

Por esse motivo, faz-se importante a concepção de um novo tipo de trabalho e de atendimento, diversa o modelo biomédico convencional. Algo que proporcione um novo modo de vínculo entre os membros da equipe, repensando ações horizontais e consensuais de sobremaneira a estabelecer a interdisciplinaridade, em contraponto e em substituição à multidisciplinaridade e a atitudes autoritárias e hierarquizadas. Assim, exige-se o esforço e o preparo de toda uma equipe, que deve ter habilidades e competências técnicas plausíveis, bem como sensibilidade, senso crítico, criatividade, cooperatividade, buscando realizar abordagens de cunho individual, familiar e comunitário, potencializando o usuário como sujeito autônomo da ação (BRASIL, 2006).

Exemplarmente, esse modelo de saúde interdisciplinar existe na Província dos Jesuítas do Brasil, que mantém quatro comunidades de saúde e bem-estar, no modelo de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), com jesuítas residentes em cuidados continuados. Essas comunidades encontram-se localizadas em São Leopoldo/RS, São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG e Fortaleza/CE e são consideradas referências no atendimento aos Jesuítas que estão em missão, seja em casos de recuperação pós-cirúrgica ou na realização de *check-ups*. Nesses locais, conforme a proposta de atendimento interdisciplinar, encontram-se profissionais de distintas formações e experiências como medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, administração, recepção, cozinha, copa, limpeza e lavanderia.

Nessa perspectiva, nota-se que a Companhia de Jesus prima pelo acolhimento e pelo cuidado individual de cada Jesuíta, em suas especificidades. Portanto, as Casas de Saúde como Comunidade de Saúde e Bem-estar (CSBE), destinadas a acolher Jesuítas (Padres e Irmãos) ao longo de suas caminhadas em missão, ampliam o foco do cuidado, da recuperação e da reabilitação para a qualidade de vida e o envelhecimento saudável. Tais comunidades estendem suas atividades também às comunidades dos jesuítas em missão, zelando pela preservação ativa da Igreja e da Companhia.

Essa particular importância à saúde dos Jesuítas é algo documentado desde seu fundador, que pede a cada membro da Companhia que observe a sua saúde para o bem da missão. Isso é verificável na Sexta Parte, Capítulo V, nº 244, § 1 das Normas Complementares de suas Constituições, onde se fala sobre a doença, a velhice e a morte, afirmando que

[...] nossos idosos e doentes continuam a ser apostolicamente fecundos, tornando os outros participantes da própria sabedoria acumulada pela experiência do serviço à nossa missão. Eles devem procurar animar os seus companheiros pelo exemplo de sua entrega filial e confiante a Deus na doença e enfraquecimento das próprias forças (CONSTITUIÇÕES..., 2004).

Nesse sentido, com base na experiência profissional do pesquisador deste estudo – que é também membro da Companhia de Jesus e com mais de 15 anos de atuação no setor de saúde junto à entidade confessional, é possível afirmar que o grupo dos Jesuítas da Companhia de Jesus no Brasil é preponderantemente de pessoas mais longevas. Relativo aos que residem nas comunidades de saúde e bem-estar, estes se caracterizam por seu nível de dependência na idade já avançada. Nestes espaços, circunstancialmente, percebe-se uma nova postura dos membros em relação ao uso dessas estruturas e da compreensão dessa mudança tão imperativa para a prevenção em saúde, com a proposta de uma atuação interdisciplinar, horizontal, preventiva e integrada.

A interdisciplinaridade proporciona um meio para integrar conhecimento, ação e qualificar o agir, com a finalidade de integralizar os serviços de saúde prestados, sendo indispensável à comunicação dos saberes entre os profissionais com o intuito de juntos assistirem o usuário de forma ética, humanizada e com resolutividade (NOGUEIRA *et al.*, 2018). As reflexões sobre saúde assinalam a importância de um olhar interdisciplinar, em relação às ações que devem ser elaboradas e executadas para atendimento dos usuários (FONTOURA, 2014).

Há um reconhecimento dos profissionais de saúde quanto à importância de um cuidado integral e uma maior atenção é dada atualmente na formação desses profissionais de modo a torná-los aptos a lidar com a complexidade do ser humano (SANTOS *et al.*, 2018a; SCHERER, Z.; SCHERER. E., 2012). Estudos ainda revelam a necessidade dos usuários de serem atendidos com ações promocionais e preventivas na assistência integral, em que o foco deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo como um todo (DOIS *et al.*, 2016).

Essa abordagem vai ao encontro do que sugere a Organização das Nações Unidas (ONU) quanto aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), ou seja, da necessidade de se assegurar uma vida saudável e de promover o bem-estar para todos, em todas as idades (NAÇÕES UNIDAS, 2021). Vale salientar que o século XXI vem sendo, notadamente, marcado por mudanças nos padrões de saúde, nos movimentos da população, nos fluxos financeiros, por avanços

tecnológicos e de telecomunicações e pela difusão do conhecimento em saúde e as inovações dos sistemas de saúde, no Brasil e, também, globalmente, requerem uma força de trabalho em saúde mais afinada com as necessidades e compatíveis com a organização de serviços de saúde ao longo do tempo (LEITÃO *et al.*, 2015).

Assim, pelas razões apresentadas até aqui, cabe destacar que o pesquisador do estudo aqui proposto atua na Companhia de Jesus há quase duas décadas e pôde, ao longo deste período, elaborar, propor, implantar, acompanhar e participar ativamente de um processo de atualização e de reestruturação da gestão de saúde desta entidade confessional. Consequentemente, como resultado desse trabalho, em 2015, foi implantado um modelo de gestão em saúde na Província dos Jesuítas do Brasil, buscando unir a experiência prática à experiência acadêmica. Por isso, a principal motivação que me leva a realizar este estudo é a validação de um novo modelo de gestão em saúde, que poderá ser aplicado em diferentes setores, sejam públicos ou privados.

1.1 Tema

Modelo de gestão em saúde.

1.2 Delimitação do tema

Modelo de gestão em saúde com enfoque integrado e preventivo numa entidade confessional no Brasil.

1.3 Problema

Como se dá o processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção numa entidade confessional no Brasil?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Descrever e avaliar a transição do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção numa entidade confessional no Brasil.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) caracterizar o modelo de gestão em saúde e descrever os principais fatores de mudanças ocorridos no modelo de gestão em saúde da entidade confessional;
- b) analisar a percepção dos usuários, equipe de profissionais e *stakeholders* sobre as transformações ocorridas após implantação do modelo de gestão de saúde da entidade confessional;
- c) avaliar as mudanças ocorridas após implantação do modelo de gestão em saúde na sustentabilidade econômica da entidade confessional;
- d) avaliar oportunidades e desafios de gestão em saúde da entidade confessional;
- e) propor um *framework* de modelo de gestão em saúde integrado e preventivo para a entidade confessional.

1.5 Justificativa

A temática sobre gestão em saúde é amplamente citada e abordada pela comunidade acadêmica e organizacional. Porém, carece-se de literatura com informações sobre gestão de saúde em entidades confessionais. Com isso, buscam-se elementos que possibilitem a construção de um modelo de gestão em saúde, que seja integral, preventivo e ajustado às necessidades e às expectativas dos usuários, dos trabalhadores e de demais agentes da entidade confessional.

Avaliar junto com os usuários, equipe de profissionais e *stakeholders*, a percepção sobre as transformações ocorridas após implantação do modelo de gestão de saúde e se foram positivas ou o que poderia ser diferente e se o modelo

de gestão em saúde trouxe benefícios sobre a saúde econômica e atende às necessidades do contexto e da cultura brasileira.

Circunstancialmente, a população idosa é maioria nas entidades confessionais. Esta realidade vem crescendo cada vez mais e ficando à mercê da escassez de novos candidatos, ou seja, há pouca procura e entrada de pessoas mais jovens para compor o seu quadro de membros. Essas entidades, por meio do trabalho de seus membros, contribuem de maneira sem igual para o desenvolvimento da sociedade através da educação, da arte e cultura, do amparo e desenvolvimento social e humano, da própria saúde, pois elas desenvolvem trabalhos e serviços de fomento e de emancipação humanos pelas obras, institutos e casas que administram.

Nesse contexto, pensar um plano de saúde que garanta um envelhecimento saudável, integrado e preventivo a este público específico, é ter um compromisso social e humano, pela representatividade que essas pessoas têm na e para a sociedade. Essa representatividade das entidades confessionais na sociedade pode influenciar tanto o pensar quanto o *modus operandi* não só dos espaços eclesiais, mas também de outras dimensões da vida humana e da vida em sociedade (CENCI; FILIPPIM, 2017).

Dessa maneira, um modelo de saúde de uma entidade confessional poderá servir de referência para o desenvolvimento de um mesmo plano em outras entidades e mesmo em outros países, seja em caráter suplementar ou de forma geral. Assim, é imprescindível repensar os atuais modelos de gestão em saúde, considerando o aumento da população idosa, cujos custos em saúde para a faixa etária são altos e que, com a nova assistência na atenção básica, focada na prevenção, poder-se-iam reduzir ou evitar.

Corroborar a necessidade de novas políticas e de um novo modelo de gestão em saúde o que se apresenta pelos dados da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2019), ou seja, que mais de 70% das mortes anuais no mundo ocorrem por complicações da diabetes, do câncer e de morbidades cardiovasculares, acometendo principalmente pessoas idosas. Além disso, o impacto de pandemias de influenza também é responsável por afetar a população idosa, que é mais vulnerável. Ainda em se tratando do público de mais idade, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) (2017), a expectativa de vida dos brasileiros, em 2017, era de 76 anos e as projeções

mostram que o ápice populacional do Brasil, de mais de 230 milhões de habitantes, ocorrerá em 2047 (BRASIL, 2019).

Ademais, com a pandemia do COVID-19 o brasileiro perdeu quase dois anos de expectativa de vida. Em média, bebês nascidos no Brasil em 2020 viverão 1,94 anos a menos do que se esperaria sem o quadro sanitário atual no país. Ou seja, 74,8 anos em vez dos 76,7 anos de vida anteriormente projetados (CASTRO *et al.*, 2021). Com o advento da pandemia do COVID-19 a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OECD) (2019) alerta para as limitações e os riscos inerentes à gestão de impactos sociais e econômicos dos países, em nível mundial.

Com a vulnerabilidade do mundo diante de futuras novas pandemias, é possível prever que os hábitos sociais adquiridos com a nova realidade vieram para ficar. Neste contexto macroeconômico, o sistema de saúde do Brasil, enfrenta dificuldades com a desigualdade de condições entre Estados, a falta de leitos, a superlotação nas salas de emergência, baixa taxa de médicos per capita e recursos insuficientes (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP), 2020).

Os efeitos devastadores da pandemia sobre a população mundial, sobretudo nos países onde o sistema de saúde pública é precário, têm outros impactos importantes que tendem a perdurar mesmo depois que a pandemia esteja sob controle. A pandemia do coronavírus deixou de ser apenas um problema de saúde pública, para tornar-se o detonador de uma nova crise econômica e política internacional. Como em outras pandemias a do novo coronavírus passou, mas os seus efeitos econômicos e geopolíticos deixaram marcas permanentes no mundo (PAULINO, 2020).

Esses dados mostram tanto a importância quanto à urgência de se pensar, discutir e implantar modelos de saúde preventiva que garantam uma vida saudável a todos os indivíduos, não somente aos idosos, conforme os objetivos do desenvolvimento sustentável da (NAÇÕES UNIDAS, 2021). Desta maneira, para o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (2019), o envelhecimento populacional é concomitantemente um desafio e uma oportunidade às sociedades, no que tange ao processo de regionalização dos serviços de saúde, pois devem ser observadas as iniquidades existentes de cunho territorial e regional.

Ações de saúde à população idosa se reservam de modo expandido ao tratamento e à cura de agravos pontuais e emergenciais, principalmente para

algumas doenças crônicas, em prejuízo à uma intervenção mais integral, preventiva, que considere todas as dimensões da pessoa como saúde física, mental, funcional, bem como emocional e socioeconômica (ZEN *et al.*, 2018). Face ao exposto, é necessário avaliar quais as consequências do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está estruturada no conceito de modelos de gestão em saúde, no que se refere ao modelo tradicional de gestão em saúde *versus* modelo integrado e preventivo, modelo de gestão de saúde em entidades confessionais e a caracterização do modelo de gestão em saúde da entidade confessional. Quanto aos âmbitos da gestão em saúde, envolve os profissionais da saúde, processos de trabalho, usuários e *stakeholders* em saúde, sustentabilidade econômica, eficiência e eficácia e a autogestão.

2.1 Modelos de gestão em saúde

A sociedade de uma forma geral se compõe de uma gama de ações que garantem a segurança e o bem-estar dos seus sujeitos, dentre as quais a saúde é impreterível ao desenvolvimento dos cidadãos. Para o salutar e pleno desenvolvimento de ações que promovam a contento a saúde, faz-se necessária uma gestão perspicaz e consistente. Nesse sentido, cabe à gestão de saúde a responsabilidade pela promoção, proteção e recuperação da saúde e dos respectivos sistemas, tanto no âmbito público quanto no privado (SÁ; AZEVEDO, 2010). E ainda, à gestão em saúde é delegada não só a funcionalidade e o aparato para o favorável atendimento aos pacientes, mas também a logística e a manutenção de todas as disposições indispensáveis ao desenvolvimento da saúde (REBLANDO, 2018).

Por isso, a busca pela qualidade dos serviços gerou a criação de diversos modelos de gestão que buscam unir teorias e práticas que melhorem o desempenho através da operacionalização das atividades de uma empresa em geral. Estes modelos baseiam-se em experiências exitosas de organizações bem-sucedidas e são ajustados conforme a realidade, condições e objetivos de cada instituição (BENTO *et al.*, 2014).

Sucessivamente, os modelos de gestão em saúde consistem em um conjunto de normas e de princípios orientadores, os quais possibilitam a escolha de melhores alternativas para conduzir organizações de saúde a cumprir sua missão com eficácia (ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2018). A adoção de um modelo de gestão tem os seus benefícios, tais como melhorias em processos e produtos, redução de custos,

ampliação do grau de maturidade da gestão, aumento da produtividade e melhores condições de atingir e manter o desempenho desejado. Isso corrobora com a indicação do uso do modelo para melhoria geral da gestão em saúde, em especial para a saúde pública, que sofre com constantes mudanças na política pública (SILVA *et al.*, 2020).

Portanto, aplicar modelos de excelência de gestão pode agregar uma série de vantagens às organizações que os adotam como, por exemplo, a ampliação de seus níveis de eficiência operacional, a possibilidade de construção de modelos próprios que sejam referências e mesmo a especialização das equipes. Todos os modelos de gestão permitem que se tenha uma compreensão ampla do negócio e ainda fornecem dados e *feedback* para que haja um aprimoramento contínuo. Para além destas vantagens, a aplicação destes modelos fornece uma espécie de fotografia atualizada sobre o estágio em que a gestão se encontra, facilitando a observação dos resultados tidos até o momento e indicando ações que permitam a sustentabilidade destes por meio da identificação das potencialidades e desafios que possam estar limitando o desenvolvimento da organização (DOUGLAS, 2016).

Portanto, para que os modelos de gestão possam ser implementados, o primeiro passo deve ser a autoavaliação, pois a partir dela será possível se obter o diagnóstico sobre o grau de maturidade da gestão estratégica e as evidências dos aspectos que precisam ser resolvidos ou melhorados. Essa análise gera informações tangíveis para mensuração e que proporcionam sugestões de ações gerenciais que poderão ser medidas sistematicamente garantindo um processo permanente de avaliação e de ação (CAMFIELD; MENDES, 2017; RODRIGUES, 2014).

Outra vantagem é que práticas inovadoras de gestão podem influenciar a capacidade estratégica de criação e manutenção de novos conhecimentos, condição necessária para que tanto produtos possam ser elaborados e aprimorados, quanto os serviços e processos de trabalho também (GONÇALVES *et al.*, 2017). E ainda, o gerenciamento da qualidade da gestão permite que sejam revistas as relações institucionais e as estruturas organizacionais, as que, ao se transformarem, geram novas possibilidades e motivam colaboradores a se engajarem no alcance de metas e de objetivos organizacionais (OBERMANN *et al.*, 2018).

Desse modo, o trabalho de transformação das práticas na atenção em saúde e de organização dos serviços e dos sistemas é primordial à gestão, devendo ser

analiticamente abordado na formação contínua dos profissionais. É dizer, percebe-se e exige-se a permanente atualização acadêmica e profissional do gestor e de sua equipe, através do conhecimento dos seus indicadores e determinantes socioeconômicos. Isso para promover as condições que permitam ao profissional entender a sua realidade, suplantar desafios e aprimorar práticas de trabalho (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Além do mais, observa-se que a gestão em saúde se integra ao campo das ações sociais, pois os objetivos extrapolam o foco nos negócios e objetivam melhores condições de saúde - o que inclui as condições de trabalho e seu ambiente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Cabe aos gestores de saúde a responsabilidade por organizar as funções em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde e de seus sistemas (SÁ; AZEVEDO, 2010).

Curiosamente, a adoção de modelos de gestão em saúde é mais frequente em outros países do que no Brasil, especialmente na Europa - *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e nos Estados Unidos - *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA). O modelo americano foi instituído para identificar e difundir boas práticas, como resultado da cooperação entre governo e iniciativa privada. A busca pela qualidade nesta área ainda se configura num esforço em prover eficiência, eficácia e efetividade das ações implantadas.

Contudo, embora existam estudos relativos à avaliação da qualidade dos serviços, nota-se que recursos financeiros, investimento em tecnologias e recursos humanos, se não contarem com uma boa gestão, obterão resultados abaixo da real capacidade. A gestão em saúde envolve intervenções voltadas na melhoria de quesitos como segurança e qualidade dos serviços ofertados aos usuários, além de ser fundamental para planejamento das ações, mapeamento de prioridades, preparo aos imprevistos e melhorias contínuas no processo (ALAM *et al.*, 2019).

Primordialmente, o trabalho em saúde depende da escuta entre profissionais e usuários e, no que concerne à gestão, esta escuta deve ocorrer entre os diferentes núcleos envolvidos no processo. Deve haver ainda uma preocupação com aspectos relativos à incorporação de tecnologias, aos processos de cuidado, responsabilidade e ética, que são quesitos que vão para além da expertise individual de cada classe profissional. Logo, é necessário constituir relações gerenciais para que estas se tornem parte do dia a dia dos profissionais (SOUZA, 2015).

Nesse sentido, requer-se da gestão atitudes e comportamentos para o pleno funcionamento do gerenciamento da saúde, a saber, o conhecimento abrangente e robusto dos indicadores de saúde, a habilidade para a elaboração de agendas estratégicas, de planejamento e de projetos, a visão crítica e criativa para a articulação de ações em saúde, o traquejo para a resolução de crises e de conflitos, a competência, a responsabilidade e a comunicação expectáveis para a gestão dos processos e da equipe (SOUZA, 2015).

Conseqüentemente, diante da complexidade das organizações de saúde e da relevância dos serviços prestados à sociedade, novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços. Neste contexto, não há um modelo de gestão ideal, uma receita única para o sucesso de qualquer organização, sendo necessário que as organizações de saúde levem em conta sua história, missão, visão e valores, assim como a cultura organizacional (ROSA; VARGAS; FERREIRA, 2018).

Além disso, a produção científica sobre gestão dos serviços de saúde no Brasil tem tratado da orientação da gestão de hospitais e de unidades públicas, das práticas de gestores, da natureza e controle dos convênios, dos processos de trabalho e da percepção de usuários, principalmente por meio de relatos, ensaios, estudos de caso e pesquisas avaliativas. Quanto à gestão do sistema de saúde, os estudos até agora abordaram, dentre outros temas, a gestão participativa, o financiamento, a regulação e a avaliação de serviços (PAIM *et al.*, 2011; SANTOS; TEIXEIRA, 2016).

Nesta direção, em 2005 o Ministério da Saúde do Brasil propõe um novo modelo de gestão, isto é, uma gestão compartilhada e participativa ou uma cogestão, com a qual o poder de decisões e as práticas sejam colegiados. É uma maneira de compartilhar conhecimento, experiências, responsabilidades, participar, aprender e decidir com maior acerto e celeridade o trabalho, os processos e os resultados. E essa forma coletiva de trabalho proporciona também um melhor gerenciamento no que tange à competitividade, à complexidade e ao trabalho em equipe (BRASIL, 2005).

No entanto, é um desafio o trabalho compartilhado no modelo de cogestão. Embora o interesse deva ser o mesmo, essa relação de coesão e equidade nem sempre ocorre ou, pelo menos, tem algumas resistências. Por isso, é importante que o gestor tenha sensibilidade e criatividade para elaborar um modelo de gestão que

considere a perspectiva da cogestão, utilizando-se das tecnologias leves e *soft skills* (MASCHIETTO *et al.*, 2016). Este caminho possibilita que todos os profissionais da organização se sintam ativos, autônomos e emancipados e, simultaneamente, corresponsáveis pelo trabalho (BARRÊTO *et al.*, 2010).

Essa perspectiva proporciona, como uma das características da cogestão, a autoestima, a motivação e o empenho dos trabalhadores num sentido de pertença coletiva em prol de uma causa nobre, pois eles se tornam sujeitos ativos e pensantes no processo, não somente meros executores de funções e de tarefas. Além de gestores e de trabalhadores, a cogestão também traz para o meio o próprio usuário, a fim de juntos interagirem e trocarem conhecimento e experiências. Nesse sentido, todos são atores e responsáveis pelos processos e ações adotados (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Porém, a cogestão ainda está muito aquém do esperado e do necessário, ou seja, o modelo predominante nas instituições ainda é o robustamente tradicional, vertical e centralizado, diferente do que propõe o modelo de cogestão, com o qual as ações são deliberadamente discutidas, implantadas e executadas de sobremaneira horizontal, coletiva e compartilhada (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Dessa maneira, nesse modelo de gestão o instrumento mais significativo seria o conjunto de normas e de princípios que orienta os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia. Em se tratando das organizações de saúde, independentemente do tamanho, seus processos são padronizados por regras impostas pelo governo, por compradoras de serviços e por representantes de classe. Ademais, no modelo de cogestão estão presentes profissionais de diferentes áreas no mesmo ambiente de trabalho (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas etc.) o que leva a interesses nem sempre convergentes (IBANES; VECINA NETO, 2007; OLIVEIRA, 2020). O serviço destes trabalhadores é altamente especializado e qualificado.

Corroborando o sobredito, o entendimento de que se percebe que a sociedade e a vida contemporâneas são marcadas por uma espécie de crise mundial, a que vem proporcionando e exigindo uma série de mudanças e de transformações em todos os aspectos da vida humana. Em outras palavras, há mudanças no modo de viver e de se relacionar com as pessoas e com o meio ambiente, na qualidade da saúde e do bem-estar pessoal e coletivamente, no pensar e no fazer um método e uma

lógica menos nocivos de economia e de política, bem como em relação à tecnologia (CAPRA, 2012).

2.1.1 Modelo tradicional de gestão em saúde *versus* modelo integrado e preventivo de gestão em saúde

No âmbito dessas transformações está a medicina ocidental, cuja compreensão é o modelo biomédico, que somente considera a abordagem reducionista da biologia moderna. Negligencia-se o tratamento da pessoa em sua complexidade em favor da perspectiva cartesiana e mecanicista da medicina contemporânea. Nessa perspectiva, o corpo humano é considerado como uma máquina a ser analisada de forma a ter subtraídas as peças defeituosas. Esse modelo reducionista do organismo humano, do qual a medicina atual se vale, é prontamente reconhecido pelos profissionais da saúde e do público em geral (CAPRA, 2012).

No entanto, continua o autor, as nuances provocadas pela crise mundial vêm provocando fortemente a mudança dos paradigmas da medicina contemporânea para a alternativa de considerar uma visão e uma abordagem mais ampla e integral da saúde. Para isso, pesquisadores biomédicos necessitam superar o método cartesiano, a fim de executarem novos avanços no entendimento e na execução dos processos no contexto da saúde e da doença.

Por isso, vem se mostrando cada vez mais oportunamente que a cura de doenças está mais para uma abordagem da pessoa como um todo, não apenas de parte do organismo. Esse fenômeno reducionista dá conta de mostrar a séria deficiência da abordagem biomédica. Em outras palavras, quando se busca estabelecer a qualidade da saúde e do bem-estar do paciente, deve-se procurar a compreensão da pessoa, em detrimento a apenas aspectos do organismo (CAPRA, 2012).

Essa ruptura com o modelo mecanicista é justamente o que se busca com uma medicina preventiva, que trate o ser humano como pessoa, não meramente como uma máquina a ter substituídas ou consertadas algumas de suas peças defeituosas e quebradas. Esta abordagem reducionista se mostra como uma crise de assistência médica e já é um problema grave na Europa e na América do Norte, onde se percebe um descontentamento referente ao desproporcional custo e

eficácia da medicina moderna. É salutar dizer que vida e saúde são conceitos que se relacionam e não se pode tratá-los de maneira separada. O que se quer para a medicina é um sistema abrangente e eficaz, estabelecendo uma assistência muito mais preventiva de saúde (CAPRA, 2012).

Além disso, entre o período de 1920 e 1950, destacava-se o movimento da medicina preventiva, em um contexto de crítica à medicina curativa. E este movimento propunha mudanças na prática médica, ressaltando a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças (CZERESNIA, 2003). Dessa maneira, busca-se realizar feitos que possibilitem ao paciente evitar certas doenças, o que será oportuno com ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação (PRATES *et al.*, 2017). Essas ações emanam da perspectiva da atenção primária à saúde, ou seja, um modelo de saúde preventivo que proporciona atenção à saúde e promove vínculo entre profissionais e pacientes, por meio da educação em saúde, da escuta da comunidade e da contrarreferência para níveis mais avançados (SILVA *et al.*, 2014a).

E ainda, outros autores entendem que a medicina integrativa veio para preencher a lacuna da saúde tradicional, podendo ser descrita como o conjunto de práticas em saúde que combina técnicas não alopáticas à medicina moderna. Essa nova proposta se sustenta em quatro pilares: tratamento do indivíduo como um todo, e não de maneira cartesiana; relação não hierárquica e interdisciplinar com a medicina alopática convencional; abordagem interdisciplinar e construção de consensos e cuidado com efetividade e custo acessível (KOITHAN *et al.*, 2012; STROUSS *et al.*, 2014).

Por isso, é importante salientar a diferença entre “prevenção de doenças” e “promoção da saúde”, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. Enquanto a prevenção trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo suas incidência e prevalência nas populações, a promoção é mais moderna, visa incrementar a saúde e bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições internas (autoeficácia) e externas (de vida e de trabalho) capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso a escolhas mais saudáveis (FRY; ZASK, 2017).

Nesse caminho, em 2014, o ministério da saúde redefiniu a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), caracterizando como princípios fundantes da mesma, entre outros, a solidariedade, a felicidade, o respeito à diversidade, a

justiça, a inclusão social etc., portanto, dissociando o entendimento de saúde com o de doença, valorizando os aspectos sociais e não os biológicos (BRASIL, 2014).

No entanto, a promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista *Henry Sigerist*, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (ALI; KATZ, 2015).

Porém, encontra-se o desafio, ou seja, a dificuldade de suplantar o modelo biomédico, que por muitos anos foi a base de assistência para a saúde. Para que isso ocorra de modo salutar e eficaz é de suma importância uma rede de serviços articulada que oportunize o cuidado integral e os modos de exercê-lo (LIMA *et al.*, 2012).

Assim, com o intuito de esclarecer os modelos de gestão de saúde, apresenta-se o quadro 1, embasado nos autores acima citados.

Quadro 1 - *Framework* de modelos de gestão de saúde

FRAMEWORK DE MODELOS DE GESTÃO DE SAÚDE	
Saúde Tradicional	Saúde Integrada e Preventiva
<ul style="list-style-type: none"> - Modelo biomédico - Abordagem reducionista - Perspectiva cartesiana e mecanicista - Corpo humano é considerado como uma máquina - Cuidado fragmentado - Atenção secundária e terciária em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera uma visão e uma abordagem mais ampla e integral da saúde - Abordagem da pessoa como um todo - Ações de promoção e prevenção em saúde - Atenção primária em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

No atual cenário nacional e global se percebe a imperativa urgência por uma mudança de sistema de saúde, isto é, a busca por medidas e ações que corroborem para uma saúde de cunho mais integrado e preventivo e não somente curativo. Esta busca por mudanças e ações também podem ser pensadas, refletidas e aplicadas nas entidades confessionais.

2.1.2 Modelos de gestão em entidades confessionais

Para uma abordagem mais precisa dos modelos de gestão, é necessário conhecer a origem do termo. Proveniente do latim *gestio* e *gerere*, que respectivamente significam ato de administrar, gerenciar, levar e realizar. A gestão tem conotação muito mais ampla que simplesmente administrar, pois se trata de uma prática cada vez mais necessária às Igrejas, dada a importância de gerenciar os sistemas e os procedimentos administrativos dessas instituições (SOUSA, 1961).

A esses elementos, somam-se os princípios institucionais, as concepções religiosas, considerando, ainda, direitos e deveres legais, bem como o modelo de governo, a visão, os valores e as diretrizes eclesiais. Isso com foco sempre nas pessoas, de modo transparente e sistêmico, com objetivos definidos pela liderança local no caminho da missão cristã.

Assim, de modo gradual, entre os séculos XVIII e XIX, a gestão começou a ter relevância como modo de gerenciar a demanda dos novos contextos, promovendo melhorias e potencializando resultados por meio da organização de pessoas e de processos. Apesar disso, somente nos anos de 1970, sob o regime militar, maximizando a sua eficácia, é que a estratégia foi vinculada à gestão (PAES, 2019a).

Por conseguinte, em se tratando de modelo de gestão confessional, tem de se ter ciente de que não necessariamente é preciso ser um sacerdote para assumir a função de gestor na Igreja, mas precisa ser cristão e conhecer os princípios das Sagradas Escrituras, bem como ter habilidades de análise, de organização, de coordenação, dentre outras. Tais habilidades são indispensáveis para suprir as demandas eclesiais dos diferentes setores: financeiro, contábil, administrativo, jurídico, de igual modo para o suporte humano (funcionários, parceiros e voluntários, auditores, consultores, equipes ministeriais), gerenciando recursos, espaços, eventos e demais estratégias na execução do planejamento a curto e a médio prazos, como fator de crescimento e de bom andamento da visão da Igreja (PAES, 2019b).

Consequentemente, para a gestão nada é mais eficaz que uma boa estratégia. Desta é que precisa surgir e se desenvolver um plano de ações e de objetivos, apontando metas e avaliando desafios, cuja resolução seja um produto final que diferencie a empresa dentro do seu ambiente empresarial. Apesar de não

ser palpável nem materializada, a estratégia direciona os esforços, embasando-se nas intuições e inovações de membros da organização (MEINERTZ, 2019). A estratégia norteia o relacionamento com os *stakeholders* da instituição e acaba por ser um importante instrumento de suporte à sustentabilidade econômico-financeira da organização (MINTZBERG, 2007).

Ademais, a estratégia integra os principais elementos estruturais da organização, promovendo ações de modo coeso, único e viável a toda a instituição, galgando atingir metas e objetivos, respondendo perspicazmente a desafios e a movimentos contingentes de reais oponentes e de tecnologias suplantáveis (QUINN, 2007). Dessa maneira, as decisões estratégicas dizem respeito a um conjunto de objetivos e orientações que irão nortear ações da organização. A estratégia tem a ser um fator integrador, coerente, deliberado, tornando competitiva a organização e salvaguardando a sua sustentabilidade econômico-financeira no ambiente em que está inserida e, a partir disso, alavancar o seu mercado (JOHNSON; SCHOLLES; WHITTINGTON, 2011).

Para isso, a integração entre planejamento, sistemas de gerenciamento e gestores dará plausibilidade à gestão estratégica, ou seja, cabe ao gestor acompanhar e implementar de modo sistêmico e continuado os cenários interno e externo da organização, bem como a estratégia de ação da instituição, tomando decisões a partir da análise de oportunidades e de ameaças (PHAIFFER, 2020).

Nesse sentido, o Planejamento Estratégico (PE) torna-se indispensável como conjunto de medidas tomadas pelos executivos em prol de transformar e aprimorar os resultados. Embora um processo não materializado, mas pautado no pensamento, o planejamento estratégico tende a exercer influência como processo contínuo a ser executado pela empresa e, mesmo que não todos os executivos estejam de comum acordo quanto a um plano estratégico de gestão e de ação, algumas variáveis são planejadas (OLIVEIRA, 2014).

Assim, pressuposto pela eficácia, efetividade e consistência, o Planejamento Estratégico deve ser pensado e gerido para o longo prazo, impactando na visão de futuro da empresa e de seus objetivos e aspirações, que são pautados na visão e na missão da instituição (MEINERTZ, 2019). Em se tratando da visão de futuro da empresa, pode-se afirmar que se refere ao que a empresa pretende ser e se tornar no futuro próximo ou distante. A partir desse entendimento sobre o essencial e o fundamental da empresa é que seus gestores podem organizá-la e desenvolvê-la,

definindo valores e princípios, que são o seu alicerce seguro para a tomada de decisões (OLIVEIRA, 2014).

Dessa maneira, uma vez estabelecida a visão da empresa, cabe esclarecer e definir a razão de ser da mesma, isto é, a sua missão. Embora o termo missão tenha uma conotação religiosa e uma origem bíblica, ele foi muito bem empregado na administração e no âmbito empresarial (MURAD, 2007). O que motiva e o que faz a empresa existir, embasada em seus princípios e valores, delimitará a sua área de ação, suas metodologias, seus produtos e, obviamente, seu pessoal (OLIVEIRA, 2014).

Em outras palavras, missão é o que se busca, qual o caminho a se adotar e de que modo a organização se estabelece no ambiente em que está inserida. Esses são elementos norteadores que auxiliarão na estruturação do planejamento estratégico da organização. Uma vez definidos e esclarecidos tais elementos, bem como os valores, a visão e a missão da organização, que são os pilares da gestão, poder-se-á estruturar o planejamento estratégico, que ajudará a mensurar o sucesso das estratégias e das ações adotadas pela empresa (MEINERTZ, 2019).

Nesse sentido, em se tratando de modelos de gestão em entidades confessionais, busca-se excepcionalmente um processo de presença evangelizadora, no âmbito aqui da Igreja Católica, requerendo constante revisão (AGUIAR, 2017). Ademais, salvaguardando os fundamentos e os princípios da Igreja, mas lançando mão de novas estratégias e de inovações de gestão, as organizações cristãs estão buscando orientações e assumindo medidas e ações a partir da sugestão especializada de profissionais da gestão e da administração, tendo como baluarte nessa corrente dentro da Igreja Católica o seu próprio líder, a saber, o Papa Francisco, que se cerca de pessoas capacitadas para auxiliá-lo nas decisões de cunho técnico-administrativo (PEREIRA, 2012).

Além do mais, especificamente se tratando da Companhia de Jesus, um estudo foi realizado com o objetivo de examinar os detalhes históricos e o desenvolvimento da contabilidade na ordem dos jesuítas. Segundo a pesquisa, essa lógica processual gerou e sustentou o engajamento de membros jesuítas em uma série de atividades que permitiu à ordem alcançar o que as organizações contemporâneas ainda lutam para alcançar: perdurar no tempo simultaneamente enquanto se inova e se adapta de forma flexível a contextos e a circunstâncias em mudanças (QUATTRONE, 2015).

Em resumo, a administração econômica na Companhia de Jesus há de ser espiritual e apostólica e deve estar animada, antes do mais, pelo sentido de serviço religioso apostólico que lhe é próprio e por um efetivo espírito de solidariedade e participação com os mais necessitados. Em todas as comunidades, conforme as normas que o Provincial determine, os responsáveis da administração elaborarão a cada ano, a seu devido tempo, um orçamento financeiro da comunidade e prestarão contas dos proveitos e dos custos ocorridos durante o ano. Os que são chamados a trabalhar na administração dos bens da Companhia, Jesuítas ou leigos, exercem este serviço, colaborando generosamente, como servidores da missão de Cristo (COMPANHIA DE JESUS, 2005).

2.1.3 Caracterização do modelo de gestão em saúde da entidade confessional

Até o ano de 2014, não havia a profissionalização nem a sistematização do cuidado aos integrantes da Instituição estudada à nível nacional. Isso implicava que cada pessoa da organização buscasse, de modo individualizado e fragmentado, por ações e serviços de saúde. Nesse tempo, as comunidades em missão desempenhavam papel não só de morada, mas também de uma prévia de instituição de longa permanência de idosos, focada em seu público interno, sem vínculo e sem acompanhamento se relacionado àqueles dos lugares e frentes de atuação.

Esse foi o primeiro ponto de inflexão para a transformação do cuidado institucional: o reconhecimento de toda a sua população como um só corpo comunitário, para o qual foram integralizadas e disponibilizadas as ferramentas das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial da organização de serviços de saúde conforme as necessidades, as demandas e os desejos das pessoas.

Reconhecidas as pessoas, com suas características, suas formas de vínculo à instituição confessional, suas trajetórias de vida, seus padrões culturais, suas percepções sobre a saúde, foi possível iniciar transições para que as residências se convertessem em pontos de Atenção Primária à Saúde (APS), integrados com um serviço de longa permanência de idosos e de portadores de necessidades de autocuidado.

O modelo de gestão proposto à Província dos Jesuítas do Brasil, em 2015, absorveu os princípios de seu fundador Santo Inácio de Loyola que, nas

Constituições e nas Normas Complementares e em seus Exercícios Espirituais (E.E), ressalta a importância do cuidado com que cada Jesuíta deve ter com a sua saúde, em prol da missão. Guibert (2017) afirma que:

A responsabilidade exige uma certa saúde para levar adiante o peso dos diferentes negócios. Em cada caso, 'as forças corporais que a posição exige' serão necessárias. A 'saúde, aparência e idade' serão sinal de 'dignidade e autoridade' sempre que necessário. A 'velhice' ou 'juventude' será adequada para cada cargo, levando em consideração que 'muita velhice' pode não ser 'adequada para o trabalho e cuidado' dependendo do cargo, pois é necessária força suficiente e, por outro lado, a 'muita juventude' é sintoma de menos 'autoridade e experiência'.

A fim de conservar e de desenvolver a contento todo o corpo da Companhia de Jesus, respeitando os tempos e os lugares, o desafio era o de pensar a saúde em um ambiente de referência, onde houvesse profissionalização, sistematização, padronização e humanização, atendendo às necessidades e às especificidades de cada pessoa e lugar, bem como coerente à diversidade antropológica e cultural da Província dos Jesuítas do Brasil (BONICOSKI *et al.*, 2015). Para tanto, o modelo implementado representou uma oportunidade de concretizar as moções espirituais, enquanto referencial para a reorganização dos serviços de assistência à saúde da Província dos Jesuítas do Brasil, desenvolvendo o cuidado preventivo e integrado e a promoção da qualidade de vida, com meios e ações de recuperação, de reabilitação e de cuidados continuados, já realizados parcialmente nas comunidades de saúde à época.

Acompanhando a comunidade jesuítica em sua trajetória de vida, com planos de cuidados que previnam as doenças e prolonguem a capacidade para o agir autônomo e emancipado, pensa-se o plano de cuidados para gerenciar de modo salutar, em todas as etapas da vida do jesuíta, o tempo e a energia, conforme a missão que foi recebida. Dessa maneira, nos modelos conceituais que organizam ações e serviços de saúde em sistemas, sejam eles públicos ou privados, buscou-se inspiração para sugerir a articulação, a coordenação e a sistematização do cuidado aos jesuítas, compondo em comunidades de saúde e bem-estar um serviço de base, com enfoque em atenção primária para a vinculação, o planejamento do cuidado e o seguimento programado.

No ritmo das mudanças que tem ocorrido na Companhia de Jesus, havendo o questionamento sobre o que é pertinente fazer para que os jesuítas possam

estender seu tempo em missão, emancipados e autônomos em relação às atividades diárias e ao autocuidado, uma vez que é evidente o envelhecimento geral das comunidades, o desafio para o discernimento jesuítico é estabelecer uma abordagem sobre a saúde dos companheiros jesuítas no Brasil para uma longevidade ativa. Assim, construir planos de cuidados que auxiliem a corromper o pensamento do envelhecimento patológico, de modo a assumir a existência e as mudanças que acompanham os passos dos anos, foi a indicação de caminho para a saúde dos jesuítas da província do Brasil.

O ser humano religioso envelhece de forma natural e individual e precisa ser entendido nas suas características específicas, prevenindo possíveis patologias e promovendo autonomia e emancipação pelo seu plano de cuidados e de envelhecimento, de maneira que seja ativa a sua missão até o crepúsculo da sua vida. A Companhia de Jesus prima pelo acolhimento, pelo cuidado individual de cada jesuíta em suas especificidades. Neste sentido, pensar as Casas de Saúde como Comunidades de Saúde e Bem-estar destinadas a acolher jesuítas (padres e irmãos) ao longo de suas caminhadas em missão, em uma ampliação do foco do cuidado da recuperação e da reabilitação, para a qualidade de vida e o envelhecimento saudável, impregnaram a implementação do modelo assistencial.

Assim, de 2014 a 2023, as Comunidades de Saúde e Bem-estar ampliaram suas atividades também às comunidades de jesuítas em missão, zelando pela preservação ativa da Igreja e da Companhia. Nas Constituições da Companhia de Jesus, da Conservação do Corpo, Santo Inácio de Loyola ressalta a importância do cuidado que cada jesuíta deve ter com a sua saúde, em prol do divino serviço. De igual modo, nas Normas Complementares se fala sobre a doença, a velhice e a morte, afirmando que *“nossos idosos e doentes continuam a ser apostolicamente fecundos, tornando os outros participantes da própria sabedoria acumulada pela experiência do serviço à nossa missão. Eles devem procurar animar os seus companheiros pelo exemplo de sua entrega filial e confiante a Deus na doença e enfraquecimento das próprias forças”*.

Ainda, nos parágrafos 2 e 3 do mesmo capítulo se diz que:

[...] todos devemos prestar uma atenção especial a estes irmãos, sob o aspecto espiritual e humano, com profunda gratidão e caridade fraterna. Os superiores maiores confiam a estes idosos e doentes a missão especial de orar pela igreja e pela companhia e de oferecer seus sofrimentos e limitações pessoais pela sua missão universal de salvação.

As Comunidades de Saúde e Bem-estar da Província dos Jesuítas do Brasil estão localizadas em São Leopoldo/RS, São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG e Fortaleza/CE. As quatro comunidades seguem um mesmo propósito de cuidado, integrando serviços diários de diferentes formações, como Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Fonoaudiologia, Administração, Recepção, cozinha, copa, limpeza e lavanderia. O ambiente de trabalho entre os profissionais, os usuários e os gestores é de comunicação, de respeito, de comprometimento e de responsabilidade, criando uma atmosfera de leveza e bem-estar entre todos.

São serviços de base comunitária, com população adscrita e enfoque de cuidados programados, no planejamento da assistência, nas ações de promoção da qualidade de vida e do envelhecimento saudável, nas práticas de recuperação e de reabilitação, incluído o suporte ao autocuidado. Representa um espaço de convívio comunitário entre os jesuítas residentes, que passam à utilização continuada das Comunidades de Saúde e Bem-estar por necessidades de suporte às atividades da vida diária, e daqueles em missão, que o utilizam como recurso de acesso programado ao cuidado preventivo. Por fim, respondem pela construção das referências diagnósticas, de complementaridade terapêutica, de intervenções e de assistência farmacêutica em território nacional, trazendo à área da saúde da província uma convergência estratégica para a racionalização das ofertas e dos custos.

2.2 Âmbitos da gestão em saúde

A sociedade se compõe de uma gama de ações que garantem a segurança e o bem-estar dos seus indivíduos, dentre as quais a saúde é impreterível ao desenvolvimento dos cidadãos. Para o salutar e pleno desenvolvimento de ações que promovam a contento a saúde, faz-se necessária uma gestão perspicaz e consistente. Por isso, dentro de um modelo de gestão existem diversos âmbitos, entre eles estão os profissionais e seus processos de trabalho, os usuários e suas experiências com o serviço, os *stakeholders* envolvidos, a sustentabilidade econômica e financeira, a eficiência e a eficácia do serviço ofertado e a capacidade de autogerir seus próprios recursos, denominado por autogestão.

2.2.1 Âmbito dos profissionais da saúde

A qualidade do trabalho e do serviço prestado na área da saúde está relacionada ao conhecimento e às práticas essenciais e intrínsecas da equipe, ou seja, faz-se indispensável o entendimento não só das especificidades, mas também da pluralidade multifuncional da equipe, segundo as percepções dos profissionais da saúde. Em outras palavras, o gerenciamento horizontal corrobora um atendimento qualitativo, que desde o acolhimento do usuário requer conhecimento prévio do mesmo, estrutura organizacional competente, desenvolvimento adequado e preciso, profissionalismo no trabalho, serviço humanizado para as partes (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018).

Nesse sentido, relações de maior proximidade e de singular empatia entre profissional e usuário tornam o trabalho menos exaustivo e mais salutar, especialmente ao acolhido. É por isso que os autores sugerem que práticas desse tipo sejam amplamente difundidas na organização estrutural das instituições médicas e de suas equipes. Faz-se importante que a relação entre profissionais, usuários e seus familiares seja não invasiva, mas interativa (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

No entanto, em se tratando da saúde de homens como grupo específico da população, a interação se torna mais desafiadora e pouco promissora no atual cenário, pois existe pouca estrutura que permita uma implementação mais eficaz de ações de saúde a essa categoria populacional. No entender de alguns autores, a exemplo do programa de controle da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*, os homens têm pouca visibilidade e menor procura em ações de prevenção de doenças, vindo apenas a buscar atendimento com algum sintoma de doença que já os acomete (SANTOS *et al.*, 2017).

Ademais, é pífia a presença masculina nos programas de atenção primária à saúde, o que faz repensar o modelo biomédico a esse público. No entanto, esse problema se dá pelo desinteresse masculino pela prevenção, consequência da dimensão cultural, que pouco motiva os homens a procurarem atendimento, bem como por uma questão financeira e social em muitos dos casos. Assim, os profissionais da saúde percebem que a educação em saúde é o fator primordial para a eficiência da atenção primária da saúde aos usuários. Prevenir enfermidades e promover a saúde é uma questão de estratégia, que somente é possível com

educação. Estratégias que permitam o aprimoramento da saúde e a melhoria da qualidade do atendimento e do bem-estar dos sujeitos (BARRETO *et al.*, 2019).

Como parte integrante do cuidado, a educação em saúde é uma ação emancipadora e primordial. Aos profissionais é unânime a ideia do compartilhamento de saberes a partir das experiências e dos interesses da comunidade, bem como de metodologias ativas. Essa atitude também corrobora o relacionamento do profissional com o usuário, criando vínculos entre os indivíduos do processo. Também alegam os profissionais que é importante proporcionar momentos oportunos para a partilha desses conhecimentos.

Ainda sobre as percepções dos profissionais de enfermagem, a informatização dos processos é outro fator que afere confiança na administração de medicamentos, proporcionando segurança na execução do cuidado. O sistema informatizado é um recurso prático e facilitador nos processos pela precisão das informações e dos procedimentos. No entanto, faz-se indispensável a formação técnica dos profissionais, especialmente dos mais novos membros das equipes (FERREIRA *et al.*, 2019). Outro estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital de Pernambuco, percebeu-se a relevância de se ter o Serviço de Assistência Especializada (SAE) como fundamental à qualidade do cuidado, à organização da equipe e à fluidez da assistência global (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Esses SAE estão inseridos em ambulatórios, hospitais ou integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a pacientes portadores do *HIV/Aids*. Ao implantá-los em unidades preexistentes, justifica-se a possibilidade de, além de racionalizar custos, promover uma assistência mais humanizada na medida em que o paciente não precisará se deslocar para outros centros de referência (secundárias) em busca de tratamento em outras especialidades médicas, pois as chamadas policlínicas têm possibilidade de ofertar especialidades essenciais ao tratamento das infecções oportunistas (BRASIL, 2005).

Conseqüentemente, por meio dos profissionais de saúde é possível avaliar como os processos de trabalho ocorrem nestes locais, possibilitando aos gestores informações relevantes para o processo de tomada de decisão.

2.2.2 Âmbito dos processos de trabalho em saúde

A organização do trabalho em saúde foi marcada, de forma crescente nos últimos anos, pela lógica de produção capitalista. Os profissionais da área sentem a flexibilização de seu trabalho e a precarização das relações nas ações cotidianas. O exercício de várias funções está presente no dia a dia desses profissionais, que, muitas vezes, assumem diversos setores, tendo que aprender a lidar com suas diferenças e a realizar tarefas com grande precisão em pequenos espaços de tempo (VIEGAS, 2017).

Ademais, o trabalho em saúde tem caráter coletivo e multidisciplinar, cuja interação conjunta dos profissionais tendem a garantir o atendimento e o suporte ao paciente em todas as complexidades. Por essa razão, este trabalho é considerado de cunho social com uma concepção subjetiva do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018b). Nesse sentido, para garantir um atendimento de alta qualidade ao paciente, uma colaboração interprofissional eficaz entre os profissionais de saúde é necessária. A educação interprofissional promove a cooperação entre as profissões. Habilidades em comunicação interprofissional e compreensão de papéis serão pré-condições primárias para melhorar a colaboração do cuidado centrado no paciente (HOMEYER, *et al.*, 2018).

Desse modo, a prática colaborativa interprofissional é definida como uma parceria entre uma equipe de profissionais de saúde e cliente de forma participativa, colaborativa e coordenada para a tomada de decisão compartilhada em torno de questões que envolvem a saúde (ORCHARD; CURRAN; KABENE, 2005). Além disso, a tomada de decisão compartilhada envolve um processo em que todas as partes trabalham juntas na exploração de opções para o cuidado de um paciente. Envolve uma negociação em torno de contribuição compartilhada da perspectiva de cada membro da equipe, levando a uma decisão mutuamente acordada. As parcerias existem quando os membros da equipe, incluindo pacientes e familiares, trabalham e planejam juntos, implementam e avaliam os cuidados e seus resultados (ORCHARD *et al.*, 2012).

Os protocolos clínicos assistenciais hoje são ferramentas indispensáveis para regular e alinhar tomadas de decisão, haja vista que por meio de dados baseados em evidências científicas, trazem o que há de mais completo e seguro no âmbito do cuidado seguro. Todavia, por mais que um protocolo tenha essas prerrogativas, é

preciso que a equipe esteja preparada não só no aspecto técnico, mas também no aspecto pessoal (FONTENELE; GARCIA, 2018). Neste sentido, o grupo social de profissionais da saúde, com ações coordenadas em equipe, corresponde às demandas da população de um determinado campo de atendimento, buscando a equidade no cuidado, bem como sempre aperfeiçoar os serviços ofertados (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Portanto, a coordenação é a capacidade de trabalhar em conjunto para alcançar objetivos mútuos. A coordenação leva à colaboração em equipe e a comunicação eficaz entre os membros existe, proporcionando o acesso aos equipamentos necessários, suprimentos, recursos humanos, informação e tecnologia para atender metas (ALTER; HAGE, 1993; HALL, 2005).

O processo de trabalho em saúde é parte do setor de serviços com identidade e especificidades próprias, que estimulam estudos mais aprofundados. O trabalho em saúde é de cunho coletivo institucional com características de trabalho profissional e setorializado, bem como da lógica taylorista de organização e de gestão do trabalho (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Todavia, as responsabilidades no serviço de saúde são dadas como individuais e coletivas, concomitantemente, e gerir essa dinâmica é sempre um desafio, pois há jogo de interesses entre os agentes. Daí que se faz importante desenvolver intervenções para que tais disputas sejam evidenciadas, objetivando, com isso, mostrar o real sentido de estarem naquele espaço e circunstância, que é o atendimento ao usuário (MERHY; ONOCKO, 1997).

Por isso, focar nos problemas e nas necessidades dos clientes dentro de um ambiente de apoio cria uma equipe cooperativa, permitindo que os pacientes compreendam os papéis dos membros da equipe, levando ao respeito mútuo. A cooperação existe quando um grupo de fornecedores trabalha em um ambiente onde cada habilidade, conhecimento e experiência são valorizados, alcançando assim o mais alto nível de resultados de saúde (D'AMOUR *et al.*, 2005; MCCALLIN, 2001).

Resolutamente, no início do século XX, influenciados pelos princípios da gestão científica de *Frederick Taylor*, sofrem mudanças significativas o trabalho industrial e o de serviços. Alterações como tempo de execução de tarefas, organização de rotinas, reestruturação física dos ambientes para se otimizar tempo e recursos, favoreceram uma setorialização demarcada e delineada, cuja divisão se

acentuou naqueles que pensam o trabalho, nos que demandam ordens e nos que apenas executam as funções e as atividades manuais (BRAVERMAN, 1981).

Diversificadamente à dinâmica de trabalho desse período histórico, o trabalho em equipe requer coesão entre os diferentes processos, com embasado conhecimento geral das atividades e participação na produção de cuidados, construindo um consenso quanto aos objetivos e os resultados a serem alcançados, bem como o modo para atingi-los pelo conjunto de profissionais (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). O processo de trabalho em saúde assegura a sua efetividade e qualidade através do trabalho coletivo e multidisciplinar (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Além do mais, esse processo de trabalho em saúde é o resultado, por meios de produção, da ação de indivíduos sobre algum objeto a ser modificado para se obter um resultado ou um produto (RAMOS, 2007). Ademais, eventos de emergência em saúde pública requerem uma adequação e um desenvolvimento de estratégias e de metodologias de trabalho, pois há a necessidade de readequação e aprimoramento de conceitos, estruturas, processos e práticas de vigilância em saúde, de forma articulada com a rede de atenção à saúde (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008).

Desse modo, o modelo assistencial de cuidados em saúde está relacionado à vivência do processo de trabalho, que é dinâmico e constantemente influenciado pelo modelo de produção, proteção e promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2017). A saúde como bem público exerce uma dimensão social que compõe educação, prevenção, assistência, cuidado, caracterizando-se de maneira dialética (PEDUZZI, *et al.*, 2011).

Há uma intencionalidade e uma consistência no processo de trabalho, tendo o seu agente como pivô de transformação da natureza em resultados planejados, cujos trabalhos, objeto de trabalho e meios são os elementos constitutivos desse processo (MARX, 2013). É importante frisar que o trabalho em saúde é uma ação coletiva, cujos profissionais têm autonomia técnica e o dever de cooperar na prestação de serviços e de ações especializados de saúde, respeitando a divisão técnica e social do trabalho, isto é, à hierarquia articuladora do processo de trabalho (LEAL; MELOL, 2018).

Por conseguinte, devido à importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e à exigência de uma base complexa de conhecimento e de tecnologia necessárias ao diagnóstico e ao tratamento. Tais profissionais têm,

tradicionalmente, assumido altos níveis de independência funcional. Mesmo que a autoridade formal possa estar claramente definida no organograma, as relações informais de poder seguem tradicionalmente a seguinte ordem: na linha de frente, detendo o conhecimento técnico, representando as atividades fins, estão os médicos e enfermeiros, depois os profissionais de apoio técnico, ou seja, aqueles ligados aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e por fim, o corpo de apoio administrativo (BRAGA, 2020).

Além disso, as tecnologias em saúde têm suplantado metodologias antigas, obrigando as instituições e os profissionais a se especializarem com conhecimento, habilidades e ferramentas tecnológicas mais eficientes no atendimento dos usuários e nas atividades dos trabalhadores. O desenvolvimento evolutivo de tecnologias em saúde tem exigido uma coerência dos métodos e da terapêutica.

Por isso, há uma corrida pela busca de efetivo humano, de serviços e de meios técnico-científicos que correspondam e se adequem a essa evolução (LEITÃO *et al.*, 2019). É importante inovar com as tecnologias da indústria 4.0, relacionando um sistema que foque o indivíduo em suas especificidades, a fim de promover a educação em saúde para a prevenção de morbidades e a redução de riscos (AVENI, 2020).

Ademais, a tecnologia continua a se expandir não só dentro das fábricas, mas em outros setores também, como o ambiente hospitalar, ambulatorial e de cuidados com a saúde. A saúde 4.0 volta-se na virtualização para monitorar em tempo real e responder a pacientes e a demais envolvidos com o sistema de saúde de forma personalizada, podendo estar conectado remotamente, alimentando com dados clínicos o prontuário eletrônico do paciente, permitindo assim a tomada de decisão médica mais precisa. Entre outras aplicações possíveis incluem a telemedicina, assistência domiciliar virtual, rastreamento de ingestão de medicamentos e sistemas de resposta emergencial (ESTRELA *et al.*, 2018; WORLD ECONOMIC FORUM, 2019).

Assim, entre as muitas tecnologias aplicadas na área da saúde, pode-se citar: as impressões 3D (MALLMANN, 2018; MARQUES *et al.*, 2019), a simulação realística (CAIANA *et al.*, 2016; DECKX *et al.*, 2016; HAYDU; KOCHHANN; BORLOTI, 2016), wearables (KUMARI; MATHEW; SYAL, 2017), cirurgia robótica e big data (PACHECO *et al.*, 2020; SARLET; MOLINARO, 2019). De acordo com Wachs *et al.* (2016), o apoio tecnológico no cuidado à saúde, tem sido cada vez

mais utilizado na assistência domiciliar como uma forma de monitorar determinada situação de saúde ou doença, especialmente em idosos.

Dessa maneira, como elementos constitutivos do processo de trabalho temos o objeto, os instrumentos e o agente, sendo este e a equipe de que faz parte o motor de transformação do objeto em um produto transformador, dentro do processo de divisão do trabalho (PAVONI; MEDEIROS, 2009). Existem processos de trabalho com modos distintos de abordagem, isto é, o modelo burocrático e prescritivo, buscando bater metas e lançando mão de tecnologias duras/leve duras, por um lado, e aquele modo de atenção leve do problema de saúde, com abordagem pautada em relações solidárias e conhecimento técnico, cuja aplicabilidade se dá por tecnologias leves/leve duras (FRANCO, C.; FRANCO, T., 2015).

O modo operacional da tecnologia leve é mais aberto por fazer o trabalho vivo em ato. Ademais, também sublinha a importância do trabalhador de desenvolver a capacidade de questionar não só os processos preestabelecidos e normativos de trabalho na saúde, mas todo o cotidiano, a fim de descobrir novos modos de abordagem e de ação. Isso porque, segundo a inovação tecnológica modifica o processo de trabalho em saúde, influencia as cargas de trabalho dos profissionais da área e interfere potencialmente na qualidade de vida no trabalho e na assistência de saúde prestada ao usuário (MERHY, 1997; ROMANOW; CHO; STRAUB, 2012).

E ainda, o uso de tecnologias tem a capacidade de promover mudanças de ações, de contextos e de estruturas, com a proporcionalidade de produzir modelos novos de organização, resultando em melhorias na produção em saúde (OLIVEIRA; SOUZA, 2012). Isto só ocorre a partir de processos autoanalíticos de práticas contextualizadas, convertendo-se em processos de trabalho inovadores (FRANCO, C.; FRANCO, T., 2015).

No entanto, embora a tecnologia seja um aliado perspicaz e preterível na resolução de situações em saúde, é indispensável o adequado e racional uso dela, no intuito de não fixar a relação do profissional e usuário exclusivamente em procedimentos, normas e prescrições. As tecnologias influenciam significativamente no processo de trabalho, afetando dois grupos importantes da saúde, os profissionais da saúde e os usuários (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013; SOUSA *et al.*, 2016).

Desse modo, o pivô competente para intermediar e gerenciar as ações entre os membros da equipe de enfermagem e os outros trabalhadores da saúde é o

enfermeiro, pois sua habilitação e sua destreza pressupõem condições de sua alçada para coordenar os processos de trabalhos, para direcionar os fluxos dos serviços de saúde e controlar os insumos e custos das organizações (LEAL; MELOL, 2018).

Portanto, um sistema de saúde em mudança, com cada vez mais necessidades complexas de saúde, exige soluções inovadoras e conceitos de cuidado ao paciente. Esses conceitos exigem competência, como comunicação eficaz, trabalho em equipe e colaboração interprofissional entre profissionais de saúde (HERRMANN; WOERMANN; SCHLEGEL, 2015; LIAW *et al.*, 2014). A educação interprofissional, por meio da qual estudantes de diversos cursos aprendem e trabalham juntos, tem demonstrado impacto positivo no trabalho em equipe na prática diária de cuidados de saúde (THISTLETHWAITE; MORAN, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Porém, o desequilíbrio de poder entre médicos e outros profissionais de saúde, em parte devido aos padrões de socialização profissional, podem levar a uma falta de tomada de decisão compartilhada e à exclusão de pacientes desde planejamento, implementação e avaliação dos seus próprios cuidados de saúde (CLARK, 2006; WEINSTEIN, 2000).

Por isso, para efetuar a mudança entre as práticas profissionais de saúde, os profissionais precisam entender melhor o que significa “colaboração interprofissional” e como é praticada. As organizações precisam apoiar a mudança para a prática colaborativa, incluindo a oferta de educação, e os pacientes precisam estar envolvidos em seus próprios cuidados de saúde. Logo, tanto os profissionais de saúde quanto as organizações precisam de um meio para avaliar a prática atual e monitorar o impacto das intervenções de educação continuada (CRAWFORD *et al.*, 2002; REEVES, 2009).

Disso se têm estudos que mostram os efeitos positivos quanto a atuação colaborativa entre os profissionais de saúde. Como por exemplo, melhorar os resultados dos pacientes, a adesão das orientações sobre os padrões de cuidados e satisfação dos pacientes (LAWRENCE *et al.*, 2019). Melhorar os resultados do paciente e reduzir erros (FALLATAH, 2016).

Apoiar o desenvolvimento de um conjunto de profissionais para a prática ativa para melhorar os cuidados de saúde e o desenvolvimento da equipe (JUDGE *et al.*, 2015). Os participantes mostraram atitudes positivas em cooperação interprofissional,

incluindo competência e autonomia e a necessidade de cooperação (BASHATAH *et al.*, 2020).

Nesse sentido, dentro das parcerias colaborativas todas as partes são confiáveis e seus pontos de vista e experiências pessoais e profissionais são respeitados, ouvida de forma equitativa e valorizada, não importa que nível de educação ou experiência os indivíduos trazem para interface do cuidado. A capacidade de avaliar como os profissionais de saúde trabalham colaborativamente é fundamental para obter uma compreensão do valor na melhoria dos resultados do paciente, apoiando o cuidado mais seguro ao paciente e abordando o uso eficiente de saúde humana aos recursos existentes (ORCHARD *et al.*, 2012).

Por fim, do ponto de vista dos especialistas, há vários impactos positivos para a colaboração interprofissional no paciente para o futuro, incluindo um melhor atendimento centrado no paciente e melhor cooperação coordenada em equipes interprofissionais de saúde. Estudos anteriores mostram que uma cooperação eficaz entre os profissionais de enfermagem e medicina, melhora a eficiência e a qualidade do paciente bem como a segurança e a satisfação do paciente (HOMEYER *et al.*, 2018).

2.2.3 Âmbito dos usuários em saúde

O indicador da satisfação dos usuários pelos serviços prestados é um dado estimulador para a tomada de decisões, oportunizando ao gestor uma avaliação contundente não só dos aspectos administrativos, mas também sobre a visão que têm os usuários dos serviços (SILVA; LIMA; RUAS, 2018). A satisfação do usuário é uma espécie de comparação entre a expectativa prévia e a real experiência com o serviço (BANDEIRA *et al.*, 2011).

Assim, na avaliação da satisfação estão imbuídas duas dimensões, a saber, o desempenho técnico dos profissionais, isto é, suas competências e habilidades, e o relacionamento com o paciente, o que é mais delicado. A avaliação da satisfação do usuário é parte substancial das relações interpessoais, cuja importância é insubstituível para os processos de planejamento e de avaliação tanto dos serviços quanto da instituição. A visão dos usuários, como protagonistas e reais avaliadores do processo de produção do cuidado, pode influenciar o modo de oferta dos

cuidados, corroborando uma maior qualidade e resolutividade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Em outras palavras, trata-se de um marcador importante para a satisfação dos usuários no tangível à qualidade do cuidado, pois sua característica multifatorial se torna uma ferramenta plausível para o planejamento e a gestão dos serviços e dos sistemas de saúde. Ademais, tal avaliação considera componentes de estrutura, quanto aos recursos disponíveis e empregados nos serviços, do processo, quanto aos procedimentos administrados, e do resultado, quanto à recuperação do paciente enquanto internado.

Conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde irá potencializar a avaliação do usuário, ou seja, é a partir da percepção dele que se poderá, de modo sistemático e periódico, comparar resultados e estabelecer diretrizes para políticas que atendam às expectativas da população (PASSERO *et al.*, 2016). Além disso, mesmo entendendo que o nível de insatisfação de um usuário com demanda resolvida seja menor, há de se considerar todo tipo de avaliação, a fim de se construir um índice de confiabilidade e, por isso, aumentar o vínculo dos usuários com os serviços públicos de saúde, em especial à atenção básica (ATKINSON, 1993).

Por isso, pela avaliação da satisfação do usuário, apontam estudos internacionais, se pode enfatizar a necessidade de equipes de saúde se organizarem no processo interno de trabalho, que reivindicou melhorias no atendimento, tais como acesso e utilização adequados de tecnologias inovadoras, criação de agendas e sistemas digitais e virtuais, objetivando otimizar tempo e recursos e favorecendo o pronto atendimento ao usuário, isto é, sem que ele tenha de aguardar por mais de 30 minutos o seu atendimento com o profissional da saúde (GOUVEIA *et al.*, 2005).

Assim, a satisfação do usuário é perceptível por uma reação ao contexto, ao processo e aos resultados de sua experiência no serviço de saúde, ou seja, a sua recuperação e sua qualidade de vida se refletem maior adesão ao tratamento e da continuidade no uso dos serviços de saúde (PROTASIO *et al.*, 2017). Entendida como a capacidade de gerar uma experiência positiva para os usuários em contato com os serviços de saúde, mesmo que subjetiva, tem sido amplamente estudada desde a década de 1960 (DONABEDIAN, 2005)

Por conseguinte, segundo as linhas estratégicas de 2020 da *World Health Organization* (WHO), a satisfação do paciente foi estabelecida como um indicador-chave de resultado para avaliar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Para autoridades políticas, a satisfação do usuário tem servido de base para avaliar ações na área da saúde, bem como para deliberar e estabelecer diretrizes para o desempenho de sistemas de saúde. As instituições, além disso, desenvolvem estratégias para aprimorar a qualidade dos serviços e alavancar posições no competitivo mercado. Concorrem para isso a adesão terapêutica e a continuidade ao tratamento, que influenciam diretamente nos custos, lucratividade e sustentabilidade dessas organizações (MONTEAGUDO *et al.*, 2003).

Já na área organizacional, a experiência do usuário – ou *User Experience* (UX) –, parece ser algo mais recente, especialmente após o advento da *internet* e as interfaces que a *web* oferece. A sobreposição de serviços *online* passa a impressão de que todos os serviços estão fundidos devido à propagação de aplicativos, redes sociais e outros, dando uma falsa ideia de que a experiência do usuário se refere apenas após a explosão tecnológica do século XX. Contudo, estudos bem mais antigos já ocorreram para compreender a relação que seres humanos estabelecem com objetos (GRILO, 2019).

Desse modo, a expressão UX foi popularizada pelo cientista *Donald Norman*, o qual batizou a divisão da empresa pela qual era responsável de *User Experience Architect Group* (GRILO, 2019). Numa entrevista que concedeu durante uma conferência nos Estados Unidos, o pesquisador esclareceu que sua ideia era fruto da compreensão de que o que compõe a satisfação do usuário é um somatório de componentes que envolvem o usuário e sua experiência com um determinado produto, serviço ou ambiente. Deste modo, o que Norman está afirmando é que não se pode resumir a experiência tida apenas às formas virtuais de interação (GRILO, 2019).

Ou seja, é possível realizar o exercício imaginativo de que a experiência do usuário tem início com uma demanda (necessidade, desejo, problema) a qual leva o usuário a adquirir e usufruir de um determinado produto. Logo, esta demanda embora exista antes mesmo da interação com o objeto, ela já influencia a percepção que este terá sobre o produto que recebe. Por si só essa premissa já dá ou altera o sentido da experiência e permite que se compreenda o quão abrangente ela é, indo para além de uma interação direta (GRILO, 2019).

Portanto, ao se pensar em serviço, faz-se necessário a observação de um caminho que é traçado desde o gatilho de desejo ou necessidade, até o uso do produto em si. Como o usuário adquiriu o produto? Quanto pagou? Teve que se deslocar? Encontrou facilidade neste processo? Ao receber o produto, este continha as orientações de uso? Havia um rótulo bem descritivo? Havia a descrição de um canal de comunicação para trocas, avaliações ou opiniões? O uso do produto era fácil? O produto atendeu à necessidade inicial? Foi ao encontro das expectativas? Observe que a experiência do usuário pode ocorrer virtualmente ou no mundo real.

Assim como na área organizacional, essa experiência do usuário na área da saúde também é complexa e ampla. Trata-se da percepção de um fenômeno que necessariamente será percebido de modo singular devido às peculiaridades inerentes a cada usuário. Do mesmo modo, há que se conscientizar de que o profissional que presta o serviço ao usuário também é um ser humano e, portanto, há uma interação que vai além da ideia de relação entre usuário-produto. É impossível que uma mesma oferta de serviço, mesmo que prestada por um mesmo profissional, resulte numa mesma experiência.

Nesse viés, existe na experiência de um produto uma relação que não pode ser avaliada através de medidas objetivas devido à existência de subjetividades resultantes de aspectos como o tempo, o espaço e a circunstância que envolvem o processo. Mas, se isto ocorre numa experiência com um artefato, como avaliar a satisfação de um usuário de serviços? (GRILO, 2019).

Para tanto, a experiência vivenciada pelo usuário de saúde é um importante recurso a ser investigado e considerado nas avaliações de qualidade do cuidado. Faz parte deste cuidado a humanização da relação, o que inclui uma escuta ativa que valorize a opinião e a percepção dos pacientes para que se consiga compreender como estes experimentam o serviço prestado e quais suas expectativas sobre os serviços de saúde. Isso permitiria um atendimento adequado às necessidades dos usuários, adequado e personalizado diante das subjetividades dos sujeitos (RODRIGUES, 2019).

Conseqüentemente, entende-se que a satisfação do usuário é um potencial indicador das condições que os serviços de saúde são oferecidos e administrados, ou seja, a qualidade dos cuidados de saúde é um importante indicador de resultados. Ademais, essa ferramenta é empregada também para avaliar a comunicação entre profissional e paciente, bem como para buscar alternativas que

melhor se adequem e aperfeiçoem a prestação de cuidados de saúde. E ainda, é importante a satisfação do usuário por uma questão de avaliação a partir de como ele percebe a interação pessoal, não apenas por uma noção normativa ou subjetiva das condições clínicas; é dizer, como que o usuário se sentiu cuidado (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJOINIE; MARTINS, 2015).

Nesse sentido, a necessidade em saúde da escuta e do acolhimento (KALICHMAN; AYRES, 2016). Estudos revelam a visão dos usuários quanto ao cuidado que esperam ser tratados com gentileza e enxergarem o empenho do profissional de saúde na resolutividade de sua demanda (DOIS *et al.*, 2016). Os usuários enfatizam ainda a importância de estabelecer um vínculo com os profissionais de saúde, ações de prevenção e maior acesso a níveis mais complexos de assistência. Os pacientes reconhecem ainda a necessidade de serem instruídos de forma que preservem sua autonomia diante das possibilidades de tratamento (SILVA, F.; SILVA, I., 2014b).

Para além do atendimento em si, outros aspectos interferem na percepção do usuário, tais como a ambiência e a estrutura física. A ambiência diz respeito à qualidade do ambiente que rodeia profissionais e usuários e está diretamente relacionada com a experiência tanto do paciente quanto do trabalhador. O Ministério da Saúde indica, em sua política de humanização, a ambiência como uma de suas diretrizes, pois compreende que o espaço onde as relações interpessoais ocorrem deve estar em consonância com um projeto de saúde que contemple uma atenção acolhedora e resolutiva. A ambiência em seu fim permite experiências mais humanizadas quando existem espaços acolhedores de trabalho, com base na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão de projetos cogерidos (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a estrutura física compõe a ambiência, pois o espaço deverá prover não apenas um aspecto agradável, mas deve facilitar o desenvolvimento das atividades, favorecer a ergonomia, revelar uma aparência acolhedora que permite que a equipe de saúde pode participar ativamente no processo de melhoria da ambiência (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Isso se explica porque a jornada do paciente é o ciclo da relação entre paciente, profissionais e serviços de saúde, tratando-se de um processo com métodos orientados para conceituar a estruturação de suas experiências. E a partir da experiência do paciente é possível avaliar a qualidade do cuidado à saúde, com

medidas que possam aumentar o bem-estar do paciente. Neste sentido os usuários se importam muito com os aspectos relacionais, sendo comparados no mesmo nível com a importância da eficácia clínica e segurança do atendimento. Quando se discute a importância dos aspectos relacionais, remetemos que o paciente deseja se sentir informado, apoiado e acolhido para tomar as decisões e escolhas significativas sobre sua saúde (RODRIGUES, 2019).

Disso se espera que o contato do usuário com os serviços de saúde inclua considerar diversas relações interpessoais: da recepcionista ao médico, passando pela sua reação às amenidades do cuidado (conforto, tipo de prédio, refrigeração, entre outros), sua percepção sobre a qualidade da consulta e o acesso a insumos em geral, entre eles, os medicamentos (ESPERIDIÃO; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

A oferta de educação em saúde, informação e acolhimento para os pacientes se torna parte fundamental das atividades de todos os profissionais envolvidos na assistência. A educação em saúde é uma alternativa para transformação e empoderamento dos indivíduos sobre sua saúde (MALLMANN *et al.*, 2015). Dessa forma, avaliar a experiência dos pacientes e ofertar informações e ações que ofereçam melhores condições nos serviços de saúde é essencial para construção da melhoria da qualidade nos equipamentos de saúde (PINHEIRO, 2020).

Por conseguinte, o valor do consumo em saúde está diretamente ligado às experiências, e os autores têm abordado o valor como aspectos relacionados à troca, à satisfação, à confiança e à qualidade (WON-WOO; JEONG-JU; HUR, 2015). A satisfação do usuário representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, considerando ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado para repensar as práticas profissionais e sobre a forma de organização dos serviços (MISHIMA *et al.*, 2010).

E ainda, a literatura em saúde incorporou a satisfação como indicador da qualidade do cuidado, e, ao final da década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, observava-se um crescimento das pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde como expressão do movimento do consumismo e da cultura da qualidade total, com a introdução de elementos de concorrência nos seus sistemas de saúde (CLEARY; MCNEIL, 1988).

Nesse contexto, as relações entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais são mediadas pela posição que ambos ocupam no espaço social, pelas suas trajetórias e por diversas circunstâncias relacionadas com o processo de

construção social do problema de saúde, bem como as condições históricas que tornaram possíveis aquelas relações específicas (VIEIRA-DA-SILVA, 2010a). A satisfação do usuário, de modo amplo, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares (GILL; WHITE, 2009).

Seguindo essa lógica, o acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e nos modos de construção de vínculos, associado à atenção por meio de escuta qualificada, valorizando as queixas dos usuários e identificando necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e funcionando como mecanismo de facilitação do acesso (MEDEIROS *et al.*, 2010).

No setor da saúde os *stakeholders* mais influentes são os pacientes (GONÇALVES *et al.*, 2008). É um segmento que trabalha com uma diversidade de situações e indivíduos. Portanto, buscar entender como as organizações/hospitais se organizam e a influência que os *stakeholders* têm na tomada de decisão destas organizações é fundamental (RAUBER; BITENCOURT; LAIMER, 2020).

2.2.4 Âmbito dos *stakeholders* na saúde

No Instituto *Stanford Research* (SRI), baseado na Califórnia, Estados Unidos, em um memorando de 1963, foi cunhado e usado pela primeira vez o termo *stakeholder*, cuja tradução literal subjetiva significa partes interessadas, sendo *stake* traduzido como participação, ao passo que *holder* é titular. O conceito foi empregado para designar um grupo de pessoas interessadas na organização, cuja importância de existir é a sobremaneira necessária para a organização (FREEMAN, 1984).

Em outras palavras, com origem em pesquisas científicas e na gestão estratégica de organizações, os *stakeholders* são considerados pessoas que desenvolvem uma indispensável função para se obter sucesso nos negócios das organizações (SANTOS *et al.*, 2019). Isso acontece porque são pessoas motivadas e envolvidas com o planejamento e a execução de ações inovadoras e salutares para o bem dos negócios da empresa, cujo sucesso depende exclusivamente deles (PANDI-PERUMAL *et al.*, 2015).

As organizações são organismos múltiplos, dependendo de uma gama de atores para o seu processo de desenvolvimento e sustentabilidade, ou seja, deve-se atender às expectativas e às necessidades de clientes, ter uma robusta relação com fornecedores, atrair e envolver os funcionários com a dinâmica e a missão da empresa, aprimorar processos, serviços e produtos, cativar a comunidade, mostrando a sua importância para o desenvolvimento das pessoas e da região. Em suma, requer-se uma percepção de que há uma sadia e necessária dependência em relação a pessoas e a outras organizações (FREEMAN *et al.*, 2010).

Por essa razão, são recíprocas a indispensabilidade e os benefícios da relação entre organização e *stakeholders*, pois estes integram a gestão estratégica da empresa, identificando dificuldades e promovendo soluções e melhorias para o ambiente da organização. Entre as ações de aprimoramento estão a elaboração e a implementação de novos planos e sistemas de negócios, a participação da organização em sistemas sociais e sua consequente responsabilidade social, articulação de teorias integrativas (FREEMAN, 1984).

Os *stakeholders* contribuem para a ampliação do conhecimento acerca de problemas, dando uma percepção e uma resolução diferenciada à questão. Isso o fazem através da avaliação e da mensura do desempenho organizacional, isto é, elencando prioridades de investimento, apresentando aos colaboradores a dinâmica e os objetivos estratégicos de curto a longo prazo da organização, bem como dando o acompanhamento necessário aos processos (BRUGHA; VARVASOVSKY, 2000).

Ademais, a teoria desenvolvida por *Freeman* (1984) de que *stakeholders* são grupos de interesse de uma organização, é reafirmada por outros autores, que corroboram com essa ideia, ou seja, são todas as pessoas ou instituições que possuem, de alguma forma, reivindicações, interesses, direitos de propriedade em uma empresa ou em suas atividades, no presente, passado ou futuro (HOURNEAUX JUNIOR *et al.*, 2014). Em outras palavras, são os proprietários da empresa, que evidenciam as suas expectativas e necessidades em relação à organização por meio de estratégias que visam alcançar resultados, conforme as metas e os objetivos, e que afirmam a sua missão e o seu valor (FREEMAN; REED, 1983).

Figura 1 - Os principais *stakeholders* de uma organização



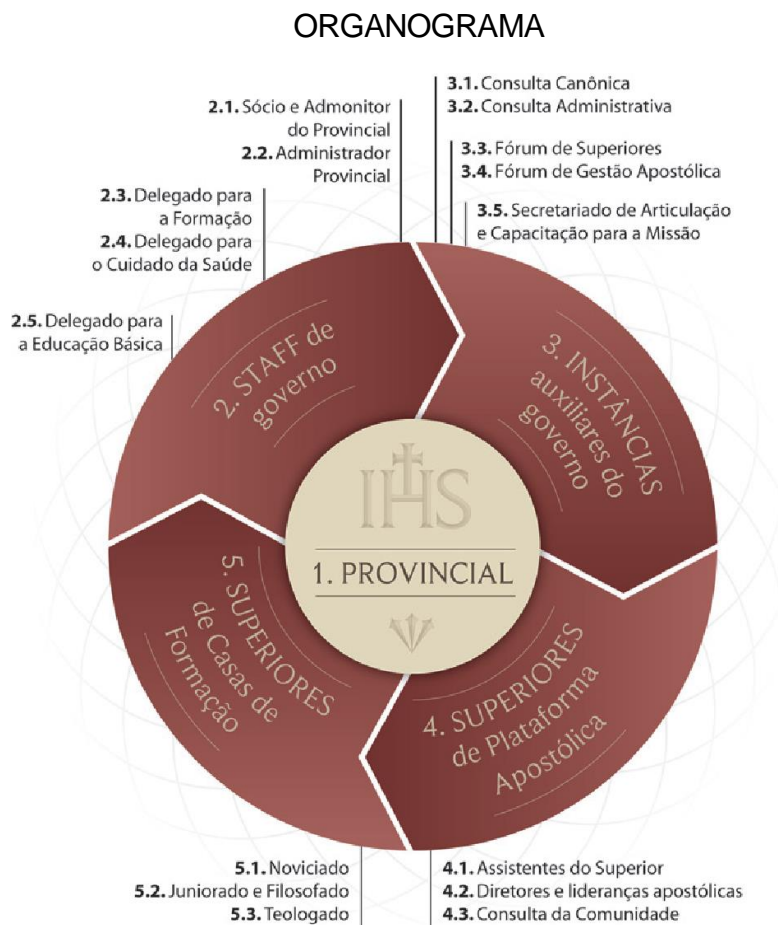
Fonte: Mações (2014, p. 61).

De acordo com a Figura 1, o papel do *stakeholder* como agente e consolidador de práticas que deem resolutividade às questões triviais da empresa, isto é, compreender os mais diversos cenários econômicos, elaborar diferentes propostas de avaliação, calcular os resultados e os objetivos, possibilitar uma resposta mais célere e acertada para a tomada de decisão (SEVERGNINI; GALDAMÉZ; MORAES, 2018).

Em suma, planejar, implementar e realizar *feedback* sobre ações de melhoria propostas em diferentes perspectivas organizacionais é o papel dos *stakeholders*. Desse modo, desenvolvida nas últimas décadas, a teoria de *stakeholders* vem ganhando espaço e importância em diversas áreas da gestão, bem como para responder a diversas questões emergentes da sociedade, dentre elas encontra-se a sustentabilidade (BARNEY; HARRISON, 2020).

No Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA, na sua primeira versão, publicada em 2015, consta o organograma da estrutura de governo, conforme Figura 2.

Figura 2 - Organograma da estrutura do governo da Província dos Jesuítas do Brasil



Fonte: Companhia de Jesus (2015).

No centro do organograma está o Provincial do Brasil, que é o responsável último pela unidade da missão da Companhia de Jesus no país, pela fidelidade às orientações da Companhia universal e pelo vínculo do Corpo Apostólico com a Igreja com suas respectivas instâncias de governo (COMPANHIA DE JESUS, 2015, p. 17).

2.2.5 Âmbito da sustentabilidade econômica na saúde

A saúde passou a ser um negócio lucrativo, exercendo uma poderosa atuação econômica e política, buscando muito mais que a essencialidade de sua existência, que seria suprir as demandas de saúde, mas busca cada vez mais ações e resultados lucrativos do ponto de vista comercial para medicamentos, terapias, procedimentos (MAIA, 2020).

Dessa forma, semelhante a outros setores de atividade econômica, a economia da saúde também tem trabalhadores, equipamentos de produção, bem

como preços implícitos e explícitos. Assim exposto, o setor da saúde ainda discute aspectos de organização econômica e de princípios de análise que têm âmbito geral e que estão relacionados com outras realidades. Porém, em relação a outros contextos econômicos, encerra em si aspectos únicos e exclusivos (BARROS, 2021).

Por essa razão, as empresas se empenham fortemente em fornecer produtos e serviços de saúde a clientes lucrativos em detrimento dos que não têm condições viáveis de acesso a tais produtos. Assim, foge-se à lógica natural do bem público, que é a saúde, o que deveria ser assegurado como direito equitativo aos indivíduos da sociedade. Mas o que se percebe é um distanciamento e certa precarização da saúde dos mais ricos em relação aos mais pobres. Essa dicotomia cria ofertas diferenciadas e reguladas entre a intervenção assistencial do estado e a oferta privada (AVENI, 2020).

Uma dessas exclusividades, embora seja uma atividade com ações previsíveis e calculáveis, é a incerteza. Incerteza quanto ao momento em que haverá a necessidade de cuidados de saúde, quanto aos custos pelos procedimentos, quanto à adequação de um tratamento, quanto aos resultados e efeitos do tratamento (BARROS, 2021). Nesse âmbito da incerteza está também uma polêmica referente à quantificação do valor econômico da vida humana e da qualidade dessa vida, ou seja, existem divergências entre os economistas no tocante ao valor a ser empregado na saúde, por se tratar de uma dimensão de características subjetivas a questão dos cuidados da saúde e dos efeitos propulsados deles. Apesar disso, é comum que se façam comparações internacionais, a fim de se aferir o custo-benefício dos investimentos da saúde, isto é, comparar as despesas e o desempenho de diferentes sistemas em diferentes países.

Nesse entendimento, costuma-se afirmar em economia que o valor de um bem é o valor de sua substituição. Em se tratando de saúde e de vida, esses bens têm valor infinito, isto é, insubstituível e irreparável sob vários aspectos, caracterizando-se por uma visão personalizada ou de percepção dos próximos do usuário em questão. Já referente à economia da saúde, embora latente a preocupação natural, a relação se baseia numa perspectiva de produção e de resultados, ou seja, uma relação entre fatores produtivos usados e produto resultado final obtido.

Nesse sentido, nos últimos dois séculos, quanto à função da produção da saúde se tem ganhos não estritamente da área médica, mas a partir de outras perspectivas como a educação, que fomentou informações e instruiu milhões de pessoas, através de campanhas e de outros meios, a como estabelecer hábitos de higiene, por exemplo, ou a como possibilitar condições econômicas para uma melhor nutrição (BARROS, 2021).

Ainda referente à função da promoção da saúde é importante ressaltar que mesmo para pequenos incrementos e procedimentos da saúde das populações, é imprescindível o empenho de recursos consideráveis. Isso para sustentar e gerir todo um aparato técnico, de equipamentos e de insumos. É dizer, o primeiro contato que o usuário costuma ter com os cuidados primários de saúde é por um clínico geral que, dependendo da demanda, encaminha o paciente a algum especialista. Tudo isso, embora simples, tem um custo econômico. Além disso, faz parte dessa economia medidas de educação e de prevenção, que já são realizadas desde os cuidados primários da saúde (BARROS, 2021).

Além disso, a assistência projeta ações de cuidado de doenças, de pessoas já enfermas, não prioriza medidas de prevenção como a educação em saúde. Por isso, a economia da saúde trata do uso de recursos escassos, pois a prioridade são as demandas aleatórias, ou seja, não há uma precisão do número de doentes que se terá em determinado período, nem de qual doença o acometerá e, conseqüentemente, tampouco de quais produtos e serviços se necessitará para cobrir tal demanda (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017). Devido a isso que comumente os recursos se tornam escassos, insuficientes, inacessíveis e muito caros quando há urgências.

Assim, o desafio para a análise econômica é ter uma visão de conjuntura das atividades desenvolvidas e uma avaliação precisa de como tais atividades se relacionam entre si. Para isso, existem dois agentes principais para os cuidados de saúde primários, a saber, o médico da família, com decisão crucial, e os hospitais, que se caracterizam como unidades prestadoras de serviços (BARROS, 2021).

Dessa aliança entre as áreas econômica e médica se tem algo novo no Brasil, procurando alinhar os conhecimentos da medicina ao conceito de eficiência, próprio da economia. Esse alinhamento tem o objetivo de instrumentalizar os gestores de saúde em suas tomadas de decisão, principalmente quanto a um melhor aproveitamento de recursos frente às necessidades da sociedade (FERRAZ, 2005).

Em consideração a isso, faz-se indispensável otimizar os poucos recursos disponíveis, uma decisão possível a partir da avaliação econômica em saúde, evidenciando aos gestores o real impacto das doenças na sociedade, não só como agravo à saúde, mas também como consequência econômica para a sociedade (MORAES *et al.*, 2006).

Assim, uma série de indagações carecem de respostas, cujo desfecho a economia da saúde é capaz de dar. Questões como: quanto se deve investir em saúde? Quais fontes de financiamento? Qual a ideal alocação de recursos humanos e tecnológicos para produzir o melhor serviço? Qual relação entre oferta e demanda? Quais as necessidades sanitárias da população? Qual o significado de atribuir prioridades e em quais condições é preferível prevenir a curar? Quais as implicações da adoção de taxas moderadoras sobre a utilização de serviços de saúde? (DEL NERO, 1995).

É por essas demandas que o mercado da saúde é um dos maiores do mundo, ofertando uma gama variada de produtos e serviços em diferentes setores. A partir desse entendimento também podemos compreender mais a fundo o mercado e a economia da saúde. É dizer, todo o gerenciamento da saúde desde produtos clínicos e hospitalares, fármacos, equipes de profissionais, passando a administração do sistema da saúde, bem como financiamentos corroboram para o aquecimento desse setor do mercado mundial.

Por conseguinte, o setor da saúde é um dos grandes impulsionadores do Produto Interno Bruto (PIB) dos países, seja pela renda gasta em assistência médica. Neste caso especificamente dos serviços de saúde públicos, seja pelo número de empregos na economia da saúde, o que influencia diretamente no mercado interno do país. Ademais, mesmo com os serviços públicos de saúde, em que os governos investem recursos financeiros proporcionalmente à gestão da saúde aos cidadãos, estes mesmos acabam contribuindo diretamente para alavancar a economia especialmente quando investem em serviços privados de assistência como clínicas, médicos e fármacos.

Por isso, o gerenciamento dos gastos dos sistemas mundiais de saúde se baseia em indicadores das agências de pesquisa nacionais de cada país, assim como por orientações da OMS, em relação a doenças crônicas e mesmo a doenças contagiosas. É unívoco entre os economistas de que a saúde é um bem público e que, por isso, é parte do orçamento e do planejamento de serviços públicos em

saúde. Mas é também um bem que não rivaliza nem exclui, ou seja, deve ser permitido ao produtor o consumo do que ele produz, sem sonegá-lo sob quaisquer circunstâncias (KRUGMAN; WELLS; MYATT, 2006).

Nesse contexto, a saúde deriva não de um serviço de assistência, mas da educação, da prevenção, dos cuidados para manter a vida saudável, de recursos indispensáveis para essas ações, o que se denomina o custo de oportunidade. É dizer, antes de ser um gasto é um investimento de prevenção e bem-estar. Nesse sentido, entrega-se não a saúde, mas serviços de assistência a doentes, o que implica na mudança de nomenclatura para economia e mercado de assistência para doentes.

Consequentemente, os sistemas clínicos e as agências reguladoras precisam pensar em estratégias de prevenção e de bem-estar e investir recursos e tecnologias para este fim, muito mais que somente gastar com serviços de assistência para doentes. Uma opção é a telemedicina, que garante eficiência, eficácia, equidade, bem como a um custo menor de manutenção. Essa alternativa é salutar não só para a assistência aos doentes, mas também para a educação e a prevenção da saúde.

Daí que os serviços de telemedicina adquiriram importância e aplicação nos variados setores da economia, como a saúde e consequentemente a medicina. Com o enfrentamento de uma pandemia provocada pelo coronavírus COVID-19, várias práticas de atendimento de saúde à distância foram implementadas e permitiram o avanço em políticas e marcos regulatórios da prática da telemedicina. Pelo alto grau de contágio da doença e medidas de distanciamento social, práticas mais comuns como a troca de informações entre médicos que se davam via online foram ampliadas para suporte aos serviços de saúde, atividades de treinamento e informação (CAETANO *et al.*, 2020).

Dessa realidade, se apresenta à sociedade contemporânea o conceito de sustentabilidade, muito em voga nas mais diferentes e diversas esferas sociais e, especialmente, organizacionais (CUNHA; NOGUEIRA, 2019). Exaustivamente usada no que tange ao desenvolvimento e ao crescimento econômico, bem como ao consumo e à produção, a sustentabilidade está para perspectivas futuras, considerando ameaças e oportunidades, uma vez que até pouco tempo não se cogitava questões de cunho socioambientais nem de escassez de recursos, pois a

ação antrópica era reduzida e, conseqüentemente, também estragos menos nocivos (BARBOSA; DRACH; CORBELLA, 2012).

A sustentabilidade é pensada como uma atividade contínua de longo prazo, como capacidade de se sustentar e manter, quiçá para sempre (CARVALHO *et al.*, 2015). Esse caráter de infinitude garante a exploração consciente de recursos sem, com isso, esgotá-los, permitindo a durabilidade de fontes de riquezas (MIKHAILOVA, 2004). Desse modo, embora o conceito tenha origem na economia clássica e neoclássica, a sustentabilidade é conceitual e amplamente associada a aspectos econômicos, sociais e ambientais (RYDZ-ŻBIKOWSKA, 2012).

Desde o século passado, de modo assíduo, gradual e consistente, o conceito tem contribuído nas relações internacionais tanto pelo compromisso da economia global quanto pelo desenvolvimento sustentável (DRESNER, 2002). Assim, considerando que o desenvolvimento humano, econômico e do meio ambiente estão reciprocamente conectados, isto é, necessidade versus estrutura de recursos, deve-se garantir o desenvolvimento sustentável das pessoas, do lucro e do planeta.

Embora vulgarizada por incontáveis conotações e interpretações, passando de uma geração à outra, garantindo os provimentos necessários, a sustentabilidade sugere um legado, cujo significado é a manutenção e a conservação de recursos naturais (VEIGA, 2015). É a garantia desses recursos, bem como os manufaturados e os artificiais, às gerações contemporânea e futura (HOSEN, 2021). Com paulatina conotação e visibilidade quanto a fontes energéticas e a recursos naturais, relação do sujeito com o meio ambiente, em resposta aos problemas gerados pela deterioração da natureza, a sustentabilidade é o selo de qualidade para se discutir essa relação entre ecologia e desenvolvimento econômico, como escrevem (FEIL; SCHREIBER, 2017).

Nessa perspectiva, a sustentabilidade está no centro das discussões de cunho ambiental, social e econômico nas organizações, ou seja, há o gradativo cuidado de se produzir produtos ecologicamente corretos, a fim de se preservar os ecossistemas, as fontes energéticas e os recursos. Ademais, a gestão sustentável tem em sua ação algumas práticas e políticas que visem atender às necessidades dos colaboradores da organização, especialmente no tocante ao bem-estar, à qualidade de vida, à segurança e ao desenvolvimento individual e social (ELKINGTON; ZEITZ, 2014; SAVITZ; WEBER, 2013). É maior a rentabilidade de organizações que implementam a sustentabilidade por meio de uma gestão

comprometida com o desenvolvimento sustentável, informando e multiplicando essa estratégia aos colaboradores da organização (GALLELI; HOURNEAUX, 2019).

O uso adequado dos recursos naturais é a garantia de uma sustentabilidade econômica eficiente, ou seja, utilizar-se dos recursos sem, com isso, esgotar as fontes nem deteriorar o meio ambiente, mantendo as escalas de crescimento no longo prazo com o capital manufaturado a compor as receitas do processo produtivo (STOFFEL; COLOGNESE, 2015). No entanto, o debate sobre sustentabilidade é um desafio, pois é necessário sensibilizar a sociedade sobre a importância do desenvolvimento mais sustentável (TECHIO; GONÇALVES; COSTA, 2016), bem como chamar a atenção dos cidadãos para a ideia de que sustentabilidade não representa apenas preservação ambiental, existindo outros indicadores, como saúde, educação e tecnologia (JACOBI *et al.*, 2011).

E ainda, é possível que a relação entre meio ambiente, economia, saúde e educação tenha ficado mais clara durante a pandemia de Covid-19, destacando a necessidade de conservação de ambientes naturais para o refúgio da fauna, uma vez que o contágio da população humana pelo SARS-CoV-2 se deu pelo contato com pangolins (ZHANG, T.; WU; ZHANG, Z., 2020). Assim, as mudanças e as melhorias no setor da saúde têm conotação econômica, pois há investimento e recursos financeiros para que isso aconteça de modo salutar para atender as com maior eficácia às necessidades da população. Por isso, a economia da saúde já é entendida como um ramo aplicado da análise econômica, com ganho de autonomia e de projeção nos últimos anos (BARROS, 2021).

Por fim, a eficiência é abordada como maneira de aferir os aspectos produtivos e econômicos que uma organização faz dos seus recursos em relação ao alcance dos próprios objetivos e resultados. Com efeito, quanto mais eficiente for uma organização, maior a sua produtividade e economia em relação aos recursos (OZCAN, 2014).

2.2.6 Âmbito da eficiência e eficácia em saúde

A partir da percepção e da necessidade de melhorias nos âmbitos da organização, do trabalho e da produção, iniciou-se uma primeira abordagem teórica sobre a eficiência das atividades desenvolvidas nas empresas. Trata-se dos primeiros esboços da teoria da administração científica, abordada por *Frederick*

Taylor, que investiu em estudos de tempos e de movimentos para aprimorar a eficiência do trabalhador.

A ele corroboram os estudos de *Max Weber*, com sua teoria burocrática, publicada em 1940, que estabelece as questões de eficiência e de eficácia como ferramentas impreteríveis para um modelo organizacional promissor. Assim, a atenção originária da ciência administrativa era com enfoque nos meios e na organização do trabalho, ao passo que a eficiência surgiu posteriormente como um aprimoramento aos resultados desse primeiro momento (MATOS; PIRES, 2006).

No entanto, no avançar dos anos do século XX, foi se percebendo constantes perturbações e certo desequilíbrio do ambiente, em relação à visão clássica da administração. Com isso, a noção de eficiência foi cedendo lugar à eficácia (NAVEIRA, 1998). Por sua vez, a eficácia indica o quanto uma organização é capaz de realizar os seus objetivos, ou seja, uma noção mais orientada ao alcance de resultados. Portanto, quanto mais a empresa atingir as suas metas e os seus objetivos, mais eficaz será considerada (MOUZAS, 2006).

Admite-se que por se tratar de um fenômeno com características complexas e multidimensionais, a eficácia depende de diversos aspectos para acontecer, pois se encontra no cerne das discussões teóricas e práticas de quaisquer processos de gestão (FERNANDES, 2008). Daí que algumas expressões específicas podem facilmente identificar o caráter da eficácia, a saber, foco em resultados, estabelecimento de metas e alcance de objetivos (BRULON; VIEIRA; DARBILLY, 2013).

Portanto, a eficácia está estritamente relacionada ao fim, ao objetivo, à solução, ao resultado, cuja conotação significa fazer as coisas corretas (BILOSLAVO; BAGNOLI; FIGELJ, 2013). Pode-se considerar bom, salutar e satisfatório o desempenho de uma organização quando as respostas aos problemas dos usuários e da sociedade têm uma resolução pautada na correta utilização dos recursos (MAXIMIANO, 2012).

Em se tratando do bom desempenho de uma organização, duas expressões indicam e identificam características para esse fim, ou seja, eficiência e eficácia. A primeira diz respeito aos meios de utilização, ao passo que a segunda se atém aos resultados. O dilema entre esses dois aspectos surge na ideia de que as organizações podem ser eficientes e eficazes ao mesmo tempo, o que é a situação

ideal, porém, podem ser eficazes sem ser eficientes e serem eficientes sem alcançar eficácia (PINTO; CORONEL, 2017).

A eficiência e a eficácia são ferramentas indispensáveis para avaliar o desempenho das organizações, mas também um desafio conseguir atingir de forma conjunta ambas (MOUZAS, 2006). Embora tanto a eficiência quanto a eficácia tratem de critérios internos das organizações, as duas têm focos distintos, dado que a primeira se encarrega dos processos, enquanto a segunda, dos resultados (SAMPAIO, 2004). Mesmo distintas, possuem relações, pois a eficiência pode ser uma condição para a eficácia (MORAN; GHOSHAL, 1999; OZCAN, 2014).

Com efeito, mais que discutir e diferenciar eficiência e eficácia é necessário verificar o que as relaciona. Como tópicos de avaliação do desempenho das organizações e das expectativas dos usuários, bem como das pessoas e dos recursos no processo de produção e de criação dos produtos e dos serviços, a eficiência e a eficácia se divergem, pois não são sinônimos nem têm a mesma conotação na área da gestão e da administração. Isso se verifica paradoxalmente em instituições eficientes e ineficazes ou em outras ineficientes e eficazes. Apesar disso, embora divergentes, possuem estreita relação e o ideal para a gestão da organização é que estejam alinhadas (GUZMÁN, 2003).

Por conseguinte, eficiência e eficácia têm significados diferentes, mesmo podendo ser postas conjuntamente como sinônimos (TAJEDDINI; ELG; TRUEMAN, 2013). Por isso, recomenda-se que ambas devem ser buscadas conjuntamente, pois, desse modo, o seu alcance representa diferenciação e vantagem competitiva em processos, ações, decisões, ou seja, essa conjunção proporciona concorrência dinâmica e aumenta a produtividade, o poder econômico e o bem-estar social, representando, portanto, um grande avanço aos diversos níveis organizacionais (HUNT; DUHAN, 2002).

Isso porque se por um lado a prestação de cuidados de saúde com qualidade contribui para a redução de custos, por outro lado é necessário procurar medidas que possam garantir a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde. Nos últimos anos, tem-se verificado por parte dos cidadãos, uma procura de serviços de saúde de melhor qualidade. A qualidade dos serviços de saúde que eles procuram tem a ver com uma melhor qualidade de vida, em resultado dos progressos tecnológicos, com o acesso a tratamentos especializados e com a eficácia dos cuidados prestados. A procura de cuidados de saúde com eficiência e eficácia tornou-se, hoje

em dia, uma das preocupações dos cidadãos, profissionais de saúde e gestores (DUARTE, 2017).

2.2.7 Âmbito da autogestão em saúde

A autogestão é uma modalidade das mais tradicionais no âmbito da saúde, no Brasil, constituindo-se como segmento não comercial do setor de planos de saúde e se dá por empresas prestadoras de serviços de saúde, excepcionalmente no âmbito da saúde suplementar, com ampla responsabilidade por criar e desenvolver o setor no país. No entanto, embora sua relevância histórica, o segmento vem tendo sérias dificuldades para manter a sua sustentabilidade (OLIVEIRA, 2019).

Nesse sentido, temos o seguinte da Resolução Normativa, nº 137, de 14 de novembro de 2006, art. 2º: a autogestão em planos de saúde como pessoa jurídica de direito privado, que por intermédio do departamento de recursos humanos (RH), opera plano privado de assistência à saúde; autogestão também pode ser a pessoa jurídica sem fins econômicos, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente, ou podendo ser exercida também na forma de associação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2011).

A partir disso, se considera a autogestão em saúde como modalidade heterogênea, com diversas maneiras de criar e manter essas entidades, podendo ser classificada em três tipos, segundo a ANS, a saber, a autogestão por RH, a autogestão com mantenedor e a autogestão sem mantenedor. A autogestão por RH consiste na prestação de serviços de planos de saúde efetuada pelo próprio RH da organização, sem ter de criar, com isso, uma nova pessoa jurídica, nem uma intermediação de serviços de saúde, pois trata como uma atividade própria para melhorar a qualidade de vida de seus colaboradores (OLIVEIRA, 2019).

A autogestão com mantenedor e a autogestão sem mantenedor, ambas são pessoas jurídicas de direito privado de fins não econômicos, com vínculo em entidades públicas ou privadas. A diferença é que a primeira tem um mantenedor que garante os riscos da operação com um específico compartimento financeiro, ao passo que a segunda não tem um mantenedor. Esse tipo de segmentação possui uma patrocinadora que cobre parcialmente as contraprestações dos seus funcionários, sendo a outra parte paga pelo próprio beneficiário (OLIVEIRA, 2019).

Ademais, a modalidade de autogestão de operadoras de planos de saúde é a mais antiga do Brasil, com conotação que a distingue de outras autogestões do mercado. Nesse sentido, através do vínculo entre organizações, empresas e entidades públicas para a prestação de serviços, seja por rede particular ou por restituição a terceiros, foi criada a saúde suplementar (OLIVEIRA, 2019).

Com serviços de uma rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, a fim de atender a demandas dos seus usuários e beneficiários, a modalidade da autogestão deve ter a sua própria administração, com operação e convênios com planos privados de assistência à saúde, bem como deve operacionalizar ações de promoção à saúde (BRASIL, 2006).

Com efeito, considerando a complexa rede de informações que compõem a avaliação de um modelo de gestão, criou-se um modelo teórico. Os modelos teóricos são estruturas conceituais gráficas que permitem compreender melhor os mecanismos de determinação de doenças ou outros desfechos, permitindo uma analogia entre o real e o imaginado, e facilitando que se verifique empiricamente constructos teóricos (FACCHINI, 1993).

O quadro 2, representa a relação entre os objetivos com o referencial teórico e os principais autores que foram pesquisados. Esta relação permitiu dar consistência ao problema de pesquisa proposto.

Quadro 2 - Relação entre os objetivos e o referencial teórico da pesquisa

Objetivos	Referencial teórico	Autores
Caracterizar e descrever os principais fatores de mudanças ocorridos no modelo de gestão em saúde da entidade profissional	Autogestão e análise documental	Oliveira (2019); Brasil (2006); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2011)
Analisar a percepção dos usuários, equipe de profissionais e stakeholders sobre as transformações ocorridas após implantação do modelo de gestão de saúde da entidade profissional	A perspectiva dos profissionais da saúde	Luiz; Caregnato; Costa (2017); Carrapato; Castanheira; Placideli (2018); Santos <i>et al.</i> (2017); Barreto <i>et al.</i> (2019); Ferreira <i>et al.</i> (2019); Pereira; Amorim; Gondim, (2020); Nascimento <i>et al.</i> (2018)
	Os processos de trabalho em saúde	Santos; Mishima; Merhy (2018); Fontana; Lacerda; Machado (2016); Oliveira <i>et al.</i> (2020); Carmo; Penna; Oliveira (2008); Silva <i>et al.</i> (2017); Leitão <i>et al.</i> (2019); Pavoni; Medeiros (2009); Romanow; Cho; Straub, (2012); Santos; Nery; Matumoto (2013); Leal; Melol (2018)
	A perspectiva dos usuários	Silva; Lima; Ruas (2018); Pinheiro; Martins (2009); Passero <i>et al.</i> (2016); Gouveia <i>et al.</i> (2005); Protasio <i>et al.</i> (2017); Grilo (2019); Brasil (2004); Oliveira <i>et al.</i> (2014); Rodrigues (2019); Mallmann <i>et al.</i> (2015); Pinheiro (2020); Medeiros <i>et al.</i> (2010)
	A perspectiva dos stakeholders	Santos <i>et al.</i> (2019); Freeman <i>et al.</i> (2010); Hourneaux Junior <i>et al.</i> (2014); Barney; Harrison (2020); Severgnini; Galdaméz; Moraes (2018); Choong (2013)

Avaliar as mudanças ocorridas após implantação do modelo de gestão em saúde na saúde econômica da entidade confessional	Sustentabilidade econômica	Barros (2021); Aveni (2020); Slawomirski; Auraaen; Klazinga (2017); Moraes <i>et al.</i> (2006); Del Nero (1995); Krugman; Wells; Myatt (2006); Cunha; Nogueira (2019); Carvalho <i>et al.</i> (2015); Rydz-żbikowska (2012); Veiga (2015); Hosen (2021); Feil; Schreiber (2017); Galleli; Hourmeaux (2019); Stoffel; Colognese (2015)
	Eficiência e eficácia	Matos; Pires (2006); Ozcan (2014); Mouzas (2006); Brulon; Vieira; Darbilly (2013); Maximiano (2012); Pinto; Coronel (2017); Moran; Ghoshal (1999); Nuno (2011); Tajeddini; Elg; Trueman (2013)
	Modelos de gestão em saúde	Reblando (2018); Rosa; Vargas; Ferreira (2018); Silva <i>et al.</i> (2020); Alam <i>et al.</i> (2019); Souza (2015); Paim <i>et al.</i> (2011); Maschietto <i>et al.</i> (2016); Oliveira (2020)
	Modelos de gestão em entidades confessionais	Paes (2019); Phaiffer (2020); Oliveira (2014); Aguiar (2017); Meinertz (2019)
Avaliar as oportunidades e desafios de gestão em saúde da entidade confessional	Modelos de gestão em saúde de entidades confessionais	
Propor um <i>framework</i> de modelo de gestão em saúde integrado e preventivo para a entidade confessional	Modelo tradicional de gestão em saúde <i>versus</i> modelo integrado e preventivo de gestão em saúde	Capra (2012); Czeresnia (2003); Prates <i>et al.</i> (2017); Silva <i>et al.</i> (2014); Strouss <i>et al.</i> (2014); Fry; Zask (2017); Brasil (2014); Ali; Katz (2015); Lima <i>et al.</i> (2012)

Fonte: Elaborado pelo autor.

3 MÉTODO

O método é definido como um conjunto sistemático e racional, permitindo que o pesquisador alcance os objetivos da pesquisa de forma segura e verdadeira. Possibilita um caminho que detecta erros e serve de auxílio no processo de decisão do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2017).

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo de caso de abordagem mista quanti-quali, com coleta de dados por meio de análise documental (jornais, e-mails, atas e memorandos), conforme Apêndice O, *survey*, entrevista e grupo focal. Estudos mistos vinculam dados de origem quantitativa e qualitativa, promovendo uma compreensão mais abrangente sobre o fenômeno estudado do que se utilizasse apenas uma das abordagens (CRESWELL; CLARK, 2013).

Com efeito, estudos que usam mais de uma abordagem metodológica podem ser conhecidos pelo uso do método de triangulação. A triangulação pode combinar métodos e fontes de coleta de dados quantitativos (entrevistas, questionários, observação e notas de campo, documentos, entre outros), bem como diferentes métodos de dados de análise (análise de conteúdo, análise do discurso, descritiva e / ou inferencial métodos e estatísticas, entre outros (ABDALLA *et al.*, 2018).

Ademais, a triangulação de dados significa coletar dados em diferentes épocas e de diferentes fontes, de modo a obter uma rica e detalhada descrição dos fenômenos, reduzindo o risco de ter as conclusões de um estudo prejudicadas devido às deficiências e limitações de um único método e, por essa mesma razão, acaba produzindo conclusões mais confiáveis (MAXWELL, 2012).

Por isso, com a coleta de dados quantitativos e qualitativos, a análise dos dados integrou as duas abordagens, identificando as competências específicas e os campos comuns (MINAYO, 2002). Foi tomado como campo de pesquisa as quatro comunidades de saúde de bem-estar da entidade confessional. Os participantes da pesquisa foram usuários, profissionais e *stakeholders*.

Desse modo, os critérios de seleção foram dos participantes usuários e profissionais estarem vinculados às comunidades de saúde e bem-estar no momento do estudo e jesuítas que ocupam cargos estratégicos na instituição.

Foram excluídos do estudo participantes sem autonomia cognitiva que por este motivo estiveram impossibilitados de responderem sozinhos os questionários e entrevistas. Na análise documental o critério de inclusão foi publicações internas da entidade confessional, como documentos, *e-mails*, atas, memorandos e dados econômicos de antes e depois da implantação do modelo de gestão em saúde.

Nesse sentido, para a análise dos dados quantitativos foram utilizados os recursos do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (2018) – versão 25.0 – Chicago, IL, USA para *Windows*. Já para os dados qualitativos foi adotada a análise textual discursiva, com utilização do *software* NVivo 10®.

3.2 Etapas de coleta dos dados da pesquisa

A seguir são apresentadas as etapas que foram seguidas para a realização da pesquisa, combinando as abordagens qualitativa e quantitativa. A diferença entre os métodos quantitativos e qualitativos é quanto à natureza e não quanto à hierarquia (MINAYO, 2009).

Assim, a pesquisa qualitativa permite lidar com a complexidade de determinado problema, pois oportuniza analisar a interação de variáveis de modo a identificar e compreender os processos dinâmicos vividos por grupos sociais a fim de ampliar e aprofundar o entendimento das suas particularidades comportamentais. Já na pesquisa quantitativa, utilizou-se instrumentos que possibilitaram a quantificação, como a *survey* e seu tratamento realizado por meio de técnicas estatísticas, para garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação (RICHARDSON, 2011).

3.3 Etapa 1 - Qualitativa: análise documental

As pesquisas qualitativas têm cada vez mais se utilizado de análises textuais. Seja partindo de textos já existentes, seja produzindo o material de análise a partir de entrevistas e observações, a pesquisa qualitativa pretende aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa desse tipo de informação, isto é, não pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa; a intenção é a compreensão (MORAES, 2003).

A análise documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos, dentre eles, leis, fotos, vídeos, jornais etc. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Pode ser definida como uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência (BARDIN, 2011).

Com efeito, os procedimentos metodológicos previstos para esta etapa qualitativa são:

- a) levantamento dos documentos disponíveis para a análise;
- b) coleta das informações nos documentos;
- c) análise dos documentos em profundidade.

As fontes de dados nesta etapa de análise documental serão notícias publicadas em canais internos da entidade confessional, tais como jornais, *e-mails*, atas e memorandos. O tratamento destes dados se deu por meio da Análise Textual Discursiva (ATD) (MORAES; GALIAZZI, 2016).

3.4 Etapa 2 - Quantitativa: *survey*

A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, traduzindo em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (PRODANOV; FREITAS, 2013). Nesta etapa do estudo, foi utilizado um questionário, por meio de uma *survey*, que envolveu a coleta de dados via *google forms*. Os questionários foram direcionados aos objetivos do estudo proposto.

Foram coletados dados dos usuários (padres e irmãos), profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem, cuidador de idosos e administração) e *stakeholders* padres e irmãos que atuam na gestão local e nacional (Apêndice E, F, G). A aplicação do questionário foi *online*. Nos três questionários aplicados, teve perguntas abertas e estes dados foram usados na análise qualitativa.

3.5 Etapa 3 - Qualitativa: grupo de foco

A etapa 3 se destina à interpretação e compreensão integradora dos resultados das etapas 1 e 2. Por meio do grupo focal, foi possível analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, permitindo maior grau de profundidade na interpretação e na compreensão dos achados (OLIVEIRA, 1999).

Assim, os participantes foram usuários (padres e irmãos) profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem, cuidadores de idosos e administradores) e *stakeholders* (padres e irmãos) que atuam na gestão local e nacional (Apêndice K, L, M). O grupo focal foi presencial, gravado apenas áudio e transcrito posteriormente.

3.6 Etapa 4 - Qualitativa: entrevista

Existem diferentes maneiras de fazer uma entrevista. Podem ser classificadas segundo o seu grau de diretividade ou não, e, por conseguinte, segundo a profundidade do material verbal recolhido (BARDIN, 2011). As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra para texto e categorizadas para serem organizadas e decompostas por meio da técnica de ATD, seguindo as etapas propostas por Moraes e Galiazzi (2016). No tratamento dos dados, foi utilizado o *software* NVivo10®.

Os participantes foram usuários (padres e irmãos) profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem, cuidadores de idosos e administradores) e *stakeholders* (padres e irmãos) que atuam na gestão local e nacional (Apêndice H, I, J). Realizou-se uma entrevista com um senhor aposentado que cuidava dos jesuítas antes de existir as comunidades de saúde e bem-estar.

3.7 Etapa 5 - Análise integrada dos dados e recomendações

Foram discutidos achados quantitativos e qualitativos que, ao serem analisados conjuntamente, apontam resultados a serem destacados neste estudo,

assim como serão indicadas recomendações gerenciais a partir dos resultados obtidos.

3.8 Tratamento dos dados

Para os dados obtidos por meio da análise documental, grupos focais e entrevistas, o tratamento dado foi pela ATD, seguindo as etapas propostas por Moraes e Galiuzzi (2016):

- a) produção do corpus;
- b) unitarização do corpus;
- c) organização por aproximação de sentidos;
- d) categorização inicial;
- e) categorização intermediária;
- f) categorização final;
- g) metatextos.

Após a transcrição das gravações e leitura do material obtido, elaborou-se as categorias e subcategorias, baseando-se nos objetivos e no referencial teórico. Por meio do *software* NVivo10®, foi possível codificar os nós em *cluster* por similaridade, sendo posteriormente tomada de referência na análise dos dados de acordo com as similaridades das subcategorias. Optou-se por fazer esta análise de similaridades, seguindo a etapa “organização por aproximação de sentidos” da análise textual discursiva de acordo com Moraes e Galiuzzi (2016), que permite o cruzamento dos dados, dando sentido à compreensão do conteúdo discursivo por meio da aproximação de significados. A seguir, serão apresentadas as subcategorias por similaridade.

Na etapa dos dados quantitativos, a apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva por meio das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*.

3.9 Considerações éticas

Todos os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, podendo obter qualquer esclarecimento quando desejarem, para poderem decidir livremente sobre a sua disponibilidade de participação. Com isso, foi assegurada a autonomia deles, sendo que eles poderiam desistir de colaborar com a pesquisa a qualquer momento. Os participantes do estudo receberam orientação quanto à participação do grupo focal, entrevistas e do preenchimento do questionário e foram informados quanto ao tempo estimado da participação em cada momento.

Além disso, também ficaram cientes dos riscos que a pesquisa oferece, sendo esses relacionados a possíveis desconfortos provocados por questões a serem respondidas. Se isso acontecesse, poderiam se sentir à vontade para não responder. Foram disponibilizados e-mail e telefone do pesquisador para que os participantes entrassem em contato a qualquer momento. O único ônus previsto foi o tempo dispensado para responder ao instrumento de pesquisa, o que também foi informado aos participantes, conforme já mencionado.

Por conseguinte, foi explicado que a participação na pesquisa consistia em responder a um questionário, participar de uma entrevista e de um grupo focal. Os dados analisados foram confidenciais e a identidade preservada, evitando qualquer exposição. Somente participaram da pesquisa aqueles que compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B, C, D). Foi apresentada a Carta de Anuência (Apêndice A) ao Provincial da Província dos Jesuítas do Brasil, solicitando a autorização para a condução da pesquisa em todas as esferas das Comunidades de Saúde e Bem-Estar, no Brasil.

Nesse sentido, quanto aos procedimentos éticos, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), o qual foi aprovado CAAE: 56922022.9.0000.5344 e está amparado pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão do Ministério da Saúde, que estipula as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos.

4 RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa obtidos por meio da análise documental, questionários, entrevistas e grupo focal, que foram as técnicas utilizadas para a coleta dos dados no campo empírico.

4.1 Resultados dos dados quantitativos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (2018) – versão 25.0 – Chicago, IL, USA para *Windows*. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva por meio das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis). A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Os resultados apresentados referem-se à avaliação de um modelo de gestão em saúde em uma entidade confessional, investigado em três grupos independentes: *stakeholders* (n=22); profissionais (n=48) e usuários (n=15). A caracterização dos três grupos segue apresentada por meio da estatística descritiva.

4.1.1 Stakeholders

Na análise das informações para amostra específica de 22 *stakeholders*, observou-se que a maior parte deles concentrou-se nas faixas etárias de 51 e 60 anos, 54,5% (n=12); e de 41 a 50 anos, 27,3% (n=6). O nível de instrução referente a pós-graduação ocorreu em 77,3% (n=17). Em relação ao tempo de Companhia de Jesus, a média foi de 31,5 (dp = 10,3) anos. A avaliação sobre a gestão da saúde nas comunidades CSBE, concentrou-se nas classificações *muito boa*, 50% (n=11); e *ótima*, 40,9% (n=9).

O acompanhamento das mudanças no modelo de gestão da saúde na província, foi confirmado por 95,5% (n=21). E, sobre este grupo, a grande maioria, 95,2% (n=20), relatou a ocorrência de resultados positivos (Tabela 1). Todos os *stakeholders* relataram perceber diferenças no modelo de assistência adotado pela

nova gestão de saúde, em comparação ao período anterior às alterações propostas, bem como, apontaram o atual modelo como positivo.

Quando questionados sobre como consideravam a gestão da saúde, antes do ano de 2015, 54,5% (n=12) relataram a gestão como *nem ruim nem boa*, no entanto, 40,9% (n=9) consideraram a gestão anterior como *muito boa ou boa*. Todos os *stakeholders* concordaram que o modelo de gestão em saúde, implantado em 2015, impactou na saúde financeira da província.

Sobre os desafios do modelo de gestão em saúde, se destacaram a *comunicação intra e/ou interinstitucional*, bem como, *cultura institucional*, cada um apontado por 54,5% (n=12) dos *stakeholders*. O desafio da *cultura organizacional* foi mencionado por 45,5% (n=10), enquanto os desafios referentes a *adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão em saúde e regionalidades e culturas locais*, cada um foi relatado por 40,9% (n=9) dos casos.

Nas oportunidades, a *sustentabilidade* ficou com 59,1% (n=13), *adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão* com 54,5% (n=12) e *financeiros* com 50% (n=11). Enquanto a *cultura organizacional* ficou com 45,5% (n=10). A *comunicação intra e/ou interinstitucional, liderança e capacitação dos profissionais* se igualaram com 36,4% (n=8). Para *cultura institucional* com 31,8% (n=7) e *regionalidades e culturas locais* com 27,3% (n=6).

Tabela 1 - Caracterização geral da amostra *stakeholders*

(continua)

Variáveis	Total amostra (n=22)	
	N	%
Faixa etária (anos)		
31 a 40 anos	1	4,5
41 a 50 anos	6	27,3
51 a 60 anos	12	54,5
Mais de 60 anos	3	13,6
Escolaridade		
Pós-graduação	17	77,3
Superior completo	4	18,2
Superior incompleto	1	4,5
Tempo de Companhia de Jesus (anos)		
Média \pm desvio padrão (amplitude)	31,5 \pm 10,3 (13-59)	
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil)	30 (26 - 35)	

Variáveis	(conclusão)	
	Total amostra (n=22)	
	N	%
De modo geral, avalia a gestão da saúde nas Comunidades de Saúde e Bem-estar (CSBE) como:		
Boa	2	9,1
Muito boa	11	50
Ótima	9	40,9
Acompanhamento de mudança no modelo de gestão em saúde na província	21	95,5
SE SIM: Você considera que as mudanças na gestão em saúde		
Trouxeram mais resultados positivos que negativos	1	4,8
Trouxeram resultados positivos	20	95,2
Diferenças no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo anterior	22	100
Avaliação positiva do atual modelo de gestão em saúde para os jesuítas	22	100
Avalie como o senhor considera que era a gestão da saúde antes de 2015		
Muito boa ou boa	9	40,9
Nem ruim nem boa	12	54,5
Péssima	1	4,5
Considerou sim que o modelo de gestão em saúde implantado em 2015 impactou na saúde financeira da Província	22	100
Quais são os desafios deste modelo de gestão em saúde		
Adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão e a	9	40,9
Capacitação de profissionais	8	36,4
Comunicação intra e/ou interinstitucional	12	54,5
Cultura institucional	12	54,5
Cultura organizacional	10	45,5
Financeiros	5	22,7
Liderança	8	36,4
Regionalidades e culturas locais	9	40,9
Quais são as oportunidades deste modelo de gestão em saúde		
Sustentabilidade	13	59,1
Adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão	12	54,5
Financeiros	11	50
Cultura organizacional	10	45,5
Comunicação intra e/ou interinstitucional	8	36,4
Liderança	8	36,4
Capacitação dos Profissionais	8	36,4
Cultura institucional	7	31,8
Regionalidades e culturas locais	6	27,3

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.2 Profissionais

Sobre a amostra referente aos 48 profissionais, a maior parte está vinculado a CSBE/MG, 31,3% (n= 15); e de SP, 29,2% (n = 14). Predominou o *gênero* feminino, 68,8% (n=33); bem como, as *faixas etárias* de 31 a 40 anos, 37,5% (n=18). Em relação à *escolaridade*, o ensino médio completo alcançou 45,8% (n=22) dos profissionais, seguido do nível de pós-graduação, 29,2% (n=14). O fato de estar *cursando*, ou já ter *cursado o ensino superior*, se destacaram os cursos de enfermagem, 25,0% (n=12) e fisioterapia, 12,5% (n=6).

A maior parte dos profissionais, 79,2% (n=38), informaram ter concluído o curso superior. E, sobre esse grupo, o tempo mediano que já concluiu o curso foi de 10 anos (12,3±8,5 anos) (Tabela 2). Em relação à *atividade profissional* realizada na CSBE, 52,1% (n=25) são *técnicos de enfermagem* e 12,5% (n=6) *cuidadores de idosos*. Ainda se destacaram as atividades profissionais de *enfermeiro* e *fisioterapeuta*, cada uma representando 8,3% (n=4).

Tabela 2 - Caracterização geral da amostra de profissionais

Variáveis	Total amostra (n=48) ^A	
	n	%
Comunidade de Saúde e Bem-estar (CSBE) que você faz parte		
CSBE/CE	9	18,8
CSBE/MG	15	31,3
CSBE/RS	14	29,2
CSBE/SP	10	20,8
Gênero		
Feminino	33	68,8
Masculino	15	31,3
Faixa etária (anos)		
21 a 30 anos	8	16,7
31 a 40 anos	18	37,5
41 a 50 anos	9	18,8
51 a 60 anos	13	27,1
Escolaridade		

Variáveis	(conclusão)	
	Total amostra (n=48) ^A	
	n	%
Ensino Médio (2º grau) completo	22	45,8
Ensino Médio (2º grau) incompleto	1	2,1
Pós-graduação	14	29,2
Superior completo	3	6,3
Superior incompleto	8	16,7
Está cursando ou já cursou		
Enfermagem	12	25,0
Farmácia	1	2,1
Fisioterapia	6	12,5
Medicina	3	6,3
Nutrição	2	4,2
Psicologia	1	2,1
Já concluiu		
Não	10	20,8
Sim	38	79,2
Tempo que concluiu (anos)^B		
Média ±desvio padrão (amplitude)	12,3±8,5 (0,2 – 34)	
Mediana (1º-3º quartil)	10 (5 – 17))	
Qual sua atividade profissional nesta CSBE		
Administrativo	3	6,3
Cuidador de idosos	6	12,5
Enfermeiro	4	8,3
Farmacêutico	1	2,1
Fisioterapeuta	4	8,3
Fonoaudiólogo	1	2,1
Médico	3	6,3
Nutricionista	1	2,1
Técnico de enfermagem	25	52,1

Nota: A: Percentuais obtidos com base no total de profissionais. B: *Test de Shaprio Wilk* ($p < 0,05$) variáveis com distribuição assimétrica.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Na avaliação dos profissionais sobre as questões referente à *gestão pela CSBE*, verificou-se que, quando questionados sobre a gestão da saúde, 56,3% (n=27), caracterizaram a mesma como ótima, enquanto, 39,6% (n=19) avaliaram a gestão de saúde como muito boa ou boa. A maior parte dos profissionais, 77,1% (n=37) confirmaram o *acompanhamento das mudanças no modelo de gestão*. Sobre a forma de como *consideraram tais mudanças*, 86,5% (n=32) relataram resultados positivos sem prejudicar a rotina, 5,4% (n=2) apontaram resultados positivos com prejuízo na rotina, enquanto os demais 8,1% (n=3) não observaram alterações ou apontaram resultados negativos (Tabela 3).

Considerando a *percepção de diferenças no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo de gestão anterior*, 83,3% (n=40) informaram perceber sim diferenças. *Avaliação positiva para o atual modelo de gestão de saúde para jesuítas*, foi confirmada por 97,9% (n=47) da amostra. A *organização do ambiente de trabalho* foi classificada como ótima por 56,3% (n=27), enquanto, 41,7% (n=23) dos profissionais avaliaram a organização como muito boa ou boa. Sobre a *organização das rotinas de trabalho*, novamente se destacaram as avaliações ótima, 45,8% (n= 22) e muito boa ou boa, 47,9% (n = 23).

A percepção dos profissionais sobre como está a *qualidade da maioria dos serviços prestados à população pela CSBE*, se destacaram as qualidades muito boa ou boa, e a qualidade ótima, cada uma representando 47,9% (n = 23). O *uso de equipamentos como tablets e smartphones, para as atividades profissionais*, foi confirmada por 85,4% (n=41) da amostra. Também prevaleceu entre os profissionais o *uso de algum tipo de protocolo*, 93,8%(n=45). Todos os investigados consideram que os *protocolos assistenciais e os procedimentos operacionais técnicos auxiliam na assistência*.

A maioria, 81,3% (n=39), relatou que a *participação nas capacitações teve sim influência na prática profissional*. Na questão referente a como o profissional *avalia sua qualidade de vida*, 68,8% (n=33) avaliaram como muito boa ou boa, enquanto, 22,9% (n=11) avaliaram como ótima.

Tabela 3 - Caracterização dos profissionais 2

Variáveis	Total amostra (n=48)	
	n	%
Como você avalia a gestão de saúde da CSBE?		
Ruim	1	2,1
Nem ruim nem boa	1	2,1
Muito boa ou boa	19	39,6
Ótima	27	56,3
Você acompanhou a mudança no modelo de gestão?		
Não	11	22,9
Sim	37	77,1
Percebem sim diferenças no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo de gestão anterior?	40	83,3
Avaliação positiva do atual modelo de gestão em saúde para os jesuítas	47	97,9
Como você avalia a organização do ambiente de trabalho?		
Ruim	1	2,1
Muito boa ou boa	20	41,7
Ótima	27	56,3
Como você avalia a organização das rotinas de trabalho?		
Ruim	1	2,1
Nem ruim nem boa	2	4,2
Muito boa ou boa	23	47,9
Ótima	22	45,8
Na sua opinião, como está a qualidade da maioria dos serviços prestados à população nesta CSBE?		
Ruim	1	2,1
Nem ruim nem boa	1	2,1
Muito boa ou boa	23	47,9
Ótima	23	47,9
Para suas atividades profissionais, faz sim o uso de computador, tablet ou smartphone?	41	85,4
Para suas atividades profissionais, utiliza sim algum tipo de protocolo	45	93,8
Você considera que os protocolos assistenciais e os procedimentos operacionais técnicos auxiliam na assistência?		

Variáveis	(conclusão)	
	Total amostra (n=48)	
	n	%
Sim	48	100,0
A participação nas capacitações teve sim alguma influência na prática profissional	39	81,3
Como você avalia sua qualidade de vida?		
Muito boa ou boa	33	68,8
Nem ruim nem boa	3	6,3
Ótima	11	22,9
Ruim	1	2,1

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.1.3 Usuários

O grupo de usuários, composto de 15 investigados, concentrou o maior número de casos nas *faixas etárias* de mais de 60 anos, 46,7%, (n = 7), bem como, sobre as idades de 51 a 60 anos, 33,3% (n = 5). A *escolaridade*, a maior parte, 66,7% (n = 10) apresentavam pós-graduação (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização geral dos usuários (1)

Variáveis	Total amostra (n=15)	
	n	%
Idade (anos)		
31 a 40 anos	2	13,3
41 a 50 anos	1	6,7
51 a 60 anos	5	33,3
Mais de 60 anos	7	46,7
Escolaridade		
Ensino Médio (2º grau) completo	2	13,3
Pós-graduação	10	66,7
Superior completo	3	20,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

No que se refere à *avaliação da qualidade dos serviços prestados*, esta foi analisada por uma escala que variou de 1 e 10 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade alcançada. De acordo com os resultados apresentados pela Tabela 5, todos os atributos avaliados alcançaram pontuações médias acima do escore 9,0, indicativo de elevada qualidade dos serviços prestados pelas CSBE (Tabela 5).

Tabela 5 - Medidas de tendência central e de variabilidade para as questões de “qualidade dos serviços”

Avaliações de qualidade ^B	Média	DP	Quartis		
			Mediana	1º	3º
Número de profissionais no atendimento da CSBE	9,8	0,4	10,0	10,0	10,0
Facilidade para acessar os serviços que a CSBE oferta	9,9	0,4	10,0	10,0	10,0
Clareza das informações sobre sua saúde	9,9	0,4	10,0	10,0	10,0
Explicação sobre medicamentos, tratamentos e exames prescritos	9,7	0,6	10,0	10,0	10,0
Disponibilidade do profissional	9,9	0,3	10,0	10,0	10,0
Atenção prestada pelo profissional	9,9	0,4	10,0	10,0	10,0
Pontualidade dos profissionais no atendimento	9,7	0,6	10,0	10,0	10,0
Agilidade no atendimento	9,7	0,7	10,0	10,0	10,0
Pontualidade na entrega dos exames	9,7	0,6	10,0	10,0	10,0
Consultas com especialistas externos	9,8	0,6	10,0	10,0	10,0
Tempo de espera pelo atendimento	9,4	0,8	10,0	9,0	10,0
Resolução do problema que levou ao atendimento	9,4	1,0	10,0	9,0	10,0
Competência das equipes interdisciplinares	9,9	0,3	10,0	10,0	10,0
Confiança transmitida pelas equipes interdisciplinares	9,9	0,3	10,0	10,0	10,0
Respeito por parte dos funcionários	10,0	0,0	10,0	10,0	10,0
Demonstração de interesse no caso	9,9	0,3	10,0	10,0	10,0
Capacidade de escuta dos profissionais	9,9	0,4	10,0	10,0	10,0
Equipamentos disponíveis para cuidados dos jesuítas	9,9	0,3	10,0	10,0	10,0
Qualidade dos serviços de nutrição	9,8	0,4	10,0	10,0	10,0
Qualidade dos serviços de higienização	9,9	0,3	10,0	10,0	10,0
Qualidade de infraestrutura e ambiência (conforto)	9,9	0,4	10,0	10,0	10,0

Nota: B: *Test de Shappiro Wilk* ($p>0,100$) variáveis com distribuição simétrica.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os usuários ainda foram questionados em como *avaliam a questão de saúde da CSBE* e 66,7% (n = 10) apontaram como sendo ótima. O fato de terem *acompanhado a mudança no modelo de gestão de saúde*, a maioria, 80,0% (n=12), confirmou este acompanhamento. E, sobre estes investigados, todos (n=12) relataram que as mudanças na gestão trouxeram resultados positivos. Considerando a *percepção de diferença no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo de gestão anterior*, 93,3% (n=14) informaram perceber essa diferença. E todos os usuários avaliaram positivamente o *modelo de gestão e saúde para os jesuítas* (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização dos usuários (2)

Variáveis	Total amostra (n=15)	
	n	%
Como você avalia a gestão de saúde da CSBE?		
Muito boa ou boa	5	33,3
Ótima	10	66,7
Você acompanhou a mudança no modelo de gestão de saúde?		
Não	3	20,0
Sim	12	80,0
SE SIM: Você considera que as mudanças na gestão		
Trouxeram resultados positivos	12	80,0
Você percebe diferença no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo de gestão anterior?		
Não	1	6,7
Sim	14	93,3
Como você avalia o atual modelo de gestão em saúde para os jesuítas?		
É positivo	15	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor.

A análise que envolveu as questões comuns aos três grupos de investigação, seguem apresentadas na Tabela 7. Foi realizada a comparação de cada uma das questões entre os grupos por meio do teste Exato de Fisher. De acordo com os resultados obtidos, foi detectada diferença estatisticamente significativa na forma de avaliação da gestão da saúde nas Comunidades de Saúde e Bem-Estar (CSBE),

($p=0,037$), indicando que, os *stakeholders* mostraram-se relacionados a avaliação *muito boa ou boa*, enquanto que, com a avaliação *ótima* a associação ocorreu com os profissionais e usuários.

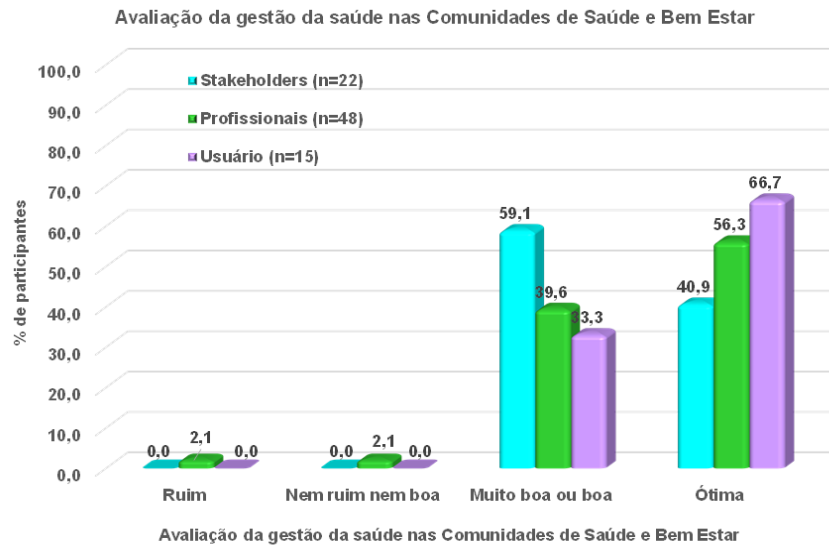
Tabela 7 - Distribuição absoluta e relativa para as questões comuns aos três grupos investigados

Variáveis	Grupos						p ^D
	Stakeholders (n=22)		Profissionais (n=48)		Usuário (n=15)		
	N	%	n	%	n	%	
Como o senhor avalia a gestão da saúde nas Comunidades de Saúde e Bem-Estar (CSBE)?							0,037
Ruim			1	2,1			
Nem ruim nem boa			1	2,1			
Muito boa ou boa	13	59,1	19	39,6	5	33,3	
Ótima	9	40,9	27	56,3	10	66,7	
O senhor acompanhou as mudanças no modelo de gestão em saúde na Província?							0,041
Não	1	4,5	11	22,9	3	20,0	
Sim	21	95,5	37	77,1	12	80,0	
O senhor percebe diferenças no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo de gestão anterior?							0,067
Não	0	0,0	8	16,7	1	6,7	
Sim	22	100,0	40	83,3	14	93,3	
Como você avalia o atual modelo de gestão em saúde para os jesuítas?							>0,999
Negativa	0	0,0	1	2,1			
Positiva	22	100,0	47	97,9	15	100,0	

Nota: D: Teste Exato de Fisher (Simulação de Monte Carlo).

Fonte: Elaborada pelo autor.

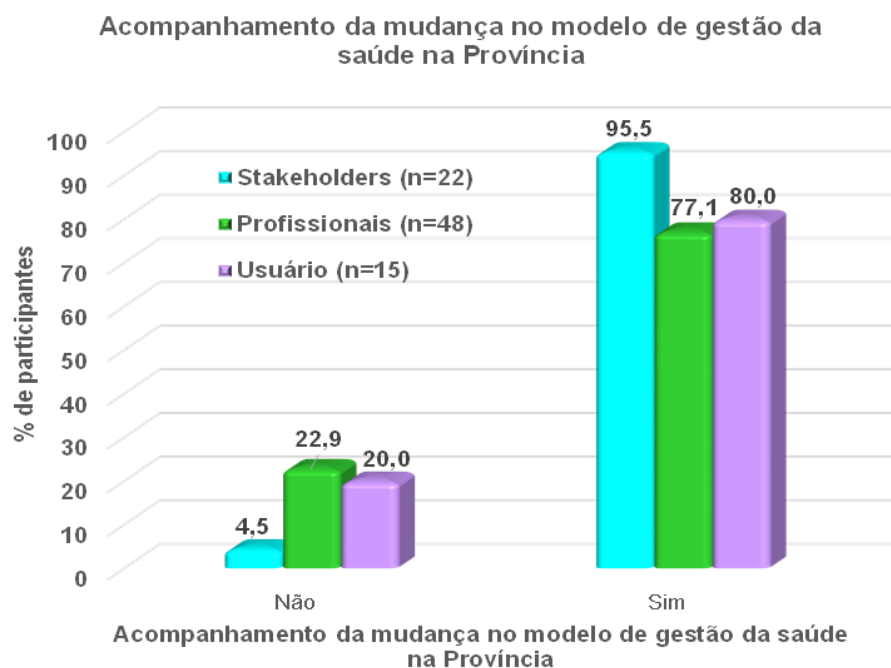
Gráfico 1 - Distribuição relativa para as avaliações realizadas para a gestão da saúde nas Comunidades de Saúde e Bem-estar por grupo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A questão referente ao acompanhamento de mudanças no modelo de gestão em saúde na província, também, apontou diferença significativa entre os grupos ($p=0,041$), de forma que, os *stakeholders* e os usuários mostraram-se significativamente relacionados a ter acompanhado estas mudanças, enquanto os profissionais associaram-se ao não acompanhamento (Gráfico 1).

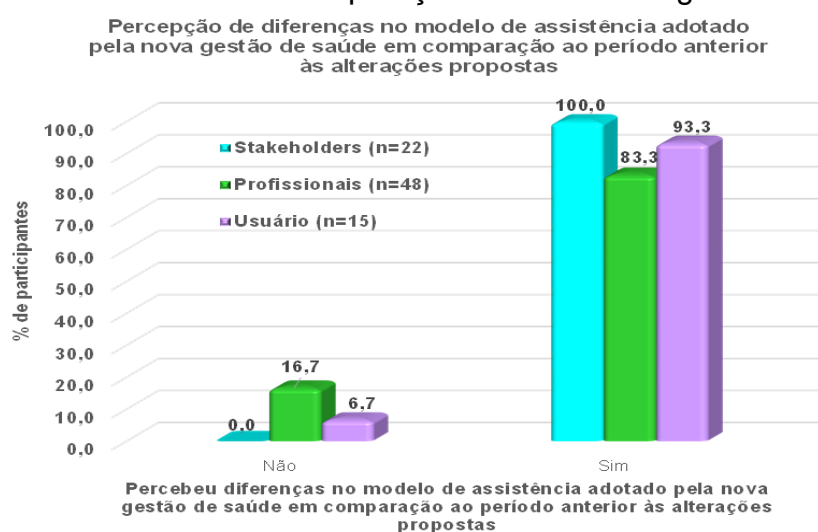
Gráfico 2 - Distribuição relativa para o acompanhamento das mudanças no modelo de gestão em saúde da província por grupo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à percepção de diferenças no modelo de gestão em saúde em comparação ao modelo de gestão anterior, os três grupos não diferiram de forma significativa ($p=0,067$) *stakeholders*, no entanto, destaca-se a proporção ligeiramente mais elevada para a não percepção de diferenças entre os profissionais, 16,7% ($n=8$). No entanto, predominou de forma representativa a percepção e diferenças nos três grupos (Gráfico 2).

Gráfico 3 - Distribuição relativa para a percepção de diferenças no modelo de gestão em saúde em comparação ao modelo de gestão



Fonte: Elaborado pelo autor.

A forma como a amostra avalia o atual modelo de gestão em saúde para os jesuítas, mostrou-se estatisticamente semelhante nos três grupos, sendo que a avaliação positiva prevaleceu de forma representativa (Gráfico 3).

Nas questões comuns aos três grupos, percebe-se uma proporção ligeiramente mais elevada de não percepção dos profissionais, quando comparado com os usuários e *stakeholders*. Essa proporção de diferenças no modelo de gestão observada nos profissionais pode estar relacionada com a entrada na instituição durante e após o modelo ser implantado, ou seja, esses profissionais não conheceram o modelo de gestão anterior.

4.2 Resultados dos dados qualitativos

Por meio da análise documental, caracterizou-se o modelo de gestão em saúde e descreveu-se os principais fatores de mudanças ocorridos no modelo de gestão em saúde, conforme Apêndice N. Na descrição foram classificados os

documentos de acordo com a cronologia da implantação do modelo de gestão com seus respectivos ciclos: movimentos pré-implantação, ações de implantação e procedimentos de manutenção.

Para cada momento do ciclo, os documentos foram atribuídos às unidades de análise de estratégia organizacional, estratégia de campo e estratégia de manutenção. Na estratégia organizacional, reuniu os documentos acerca da apresentação institucional do novo modelo de gestão, discussão sobre estrutura de atendimento, cargos e funções, deliberação sobre subordinação, e orientação para a concentração do comando para os estabelecimentos de saúde de todo o Brasil. Para a estratégia de campo, foram reunidos os documentos que mostravam a forma como a coordenação das ações de implantação eram acompanhadas em cada estabelecimento, incluindo ajustes de equipe, a reorganização de processos de trabalho e a construção de canais de comunicação. E por último, na estratégia de manutenção, estão agrupados os documentos que apresentam o controle, monitoramento e avaliação do modelo de gestão em saúde, seu seguimento no tempo, bem como as correções de trajeto ao longo da gestão dos estabelecimentos.

Quanto às entrevistas, foram realizadas 20 com os *stakeholders*, 27 com os profissionais, 14 com usuários e 04 grupos focais.

- a) *Stakeholders*: quanto ao local, 01 de Roma, 06 São Leopoldo, 01 Porto Alegre, 02 de Teresina, 02 Fortaleza, 02 Rio Janeiro, 01 João Pessoa, 02 São Paulo, 01 Recife e 01 de Salvador. Todos possuem acima de 10 anos de Companhia de Jesus, ensino superior e do gênero masculino. Quanto às funções, 02 são Reitores de universidade, 02 Diretores de colégio, 01 Provincial dos Jesuítas do Brasil, 01 Administrador Provincial, 01 Diretor centro social, 01 Diretor de casa de formação, 02 Professores universitário, 01 Psicólogo, 01 Superior de núcleo apostólico, 02 Superiores de Comunidades de Saúde e Bem-estar, 01 Administrador de Comunidade de saúde e bem-estar, 01 Delegado saúde e bem-estar, 01 Reitor de santuário, 01 Diretor de centro de espiritualidade e 01 Vigário paroquial;
- b) Profissionais: quanto ao local, 06 da comunidade de saúde e bem-estar de Belo Horizonte, 06 da comunidade de saúde e bem-estar de Fortaleza, 07 comunidade de saúde e bem-estar de São Leopoldo, 08 comunidade de saúde e bem-estar de São Paulo e 01 Pareci Novo. Tempo de empresa, 02

menos de um ano, 05 01 a 03 anos, 10 03 a 10 anos e 08 mais de 10 anos. No quesito função, 02 administradores, 01 auxiliar de administração, 02 cuidadores de idosos, 04 enfermeiros assistenciais, 01 farmacêutico, 04 fisioterapeutas, 01 fonoaudiólogo, 03 médicos, 01 nutricionista e 09 técnicos de enfermagem. Formação, 07 com ensino médio completo, 13 pós-graduação e 08 com ensino superior. Na idade, 04 21 a 30 anos, 08 31 a 40 anos, 08 41 a 50 anos, 05 51 a 60 anos e 03 mais de 60 anos. No gênero, 17 feminino e 11 masculino;

- c) Usuários: quanto ao local, 04 Belo Horizonte, 02 Fortaleza, 04 São Leopoldo e 04 de São Paulo. Na idade, 01 51 a 60 anos e 13 mais de 60 anos. Todos do gênero masculino e com ensino superior. Tempo de residência, 03 menos de um ano, 08 01 a 05 anos e 03 acima de 05 anos.
- d) Grupos focais: na CSBE/RS participaram 04 profissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, administração), 02 usuários e 02 *stakeholders*;
- b) na CSBE/SP participaram 05 profissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar de administração e técnico de enfermagem), 03 usuários e 01 *stakeholders*;
- c) na CSBE/BH participaram 04 profissionais (enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e técnico de enfermagem), 02 usuários;
- d) e na CSBE/CE participaram 03 profissionais (médico, enfermeiro e fisioterapeuta), 02 *stakeholders*. Por motivos de alguns profissionais estarem de férias ou de atestado e de jesuítas viajando, não foi possível reunir em algumas das CSBE os participantes *stakeholders*, profissionais e usuários nas conversas.

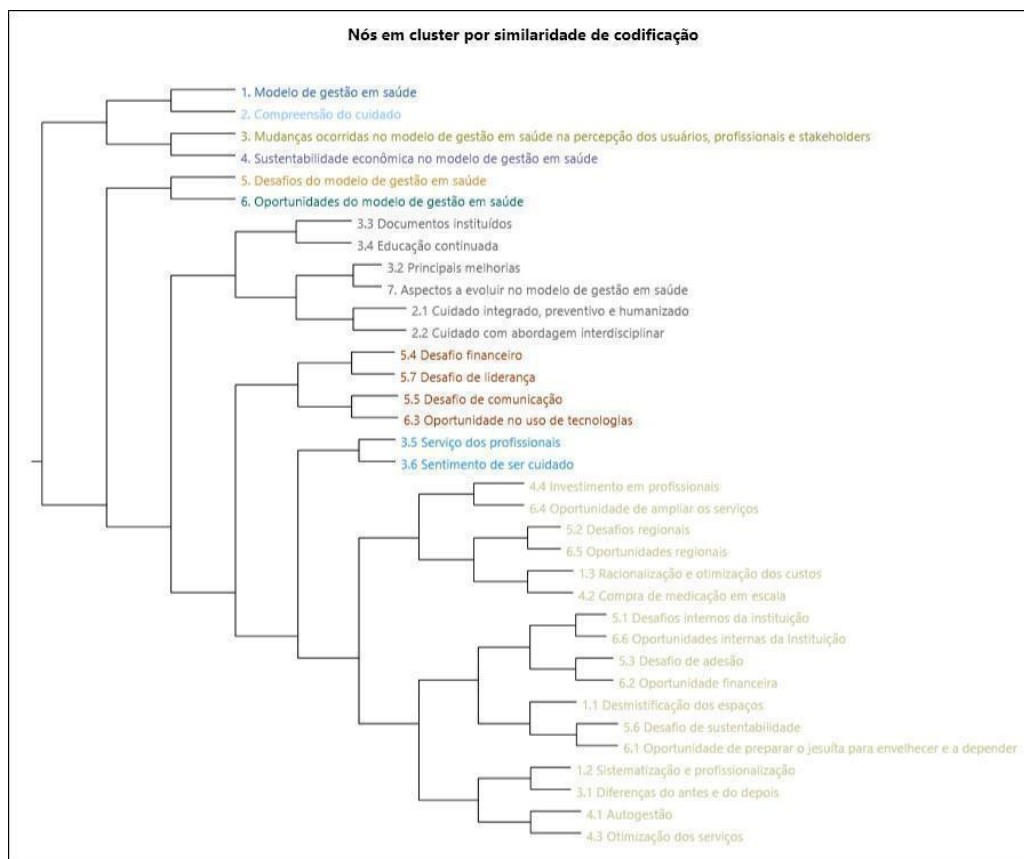
Após a transcrição das gravações e leitura do material emergente das entrevistas, grupo focal, questões abertas dos questionários e análise documental, iniciou-se a elaboração das categorias e subcategorias, baseando-se nos objetivos e no referencial teórico desta tese. Terminada esta etapa, inseriu-se o material no *software* NVivo10®, conforme o Figura 3.

Figura 3 - Categorias e subcategorias no NVivo10®

Nós			
Nome	Fontes	Referências	
1. Modelo de gestão em saúde	0	0	
1.1 Desmistificação dos espaços	14	23	
1.2 Sistematização e profissionalização	25	62	
1.3 Racionalização e otimização dos custos	9	23	
2. Compreensão do cuidado	0	0	
2.1 Cuidado integrado, preventivo e humanizado	16	28	
2.2 Cuidado com abordagem interdisciplinar	7	14	
3. Mudanças ocorridas no modelo de gestão em saúde na percepção dos usuários, profissionais e stakeholders	0	0	
3.1 Diferenças do antes e do depois	49	83	
3.2 Principais melhorias	23	29	
3.3 Documentos instituídos	6	8	
3.4 Educação continuada	8	11	
3.5 Serviço dos profissionais	20	23	
3.6 Sentimento de ser cuidado	18	22	
4. Sustentabilidade econômica no modelo de gestão em saúde	0	0	
4.1 Autogestão	13	19	
4.2 Compra de medicação em escala	14	16	
4.3 Otimização dos serviços	16	31	
4.4 Investimento em profissionais	10	16	
5. Desafios do modelo de gestão em saúde	0	0	
5.1 Desafios internos da instituição	19	48	
5.2 Desafios regionais	9	21	
5.3 Desafio de adesão	12	22	
5.4 Desafio financeiro	9	16	
5.5 Desafio de comunicação	7	21	
5.6 Desafio de sustentabilidade	10	20	
5.7 Desafio de liderança	5	17	
6. Oportunidades do modelo de gestão em saúde	0	0	
6.1 Oportunidade de preparar o jesuíta para envelhecer e a depender	10	22	
6.2 Oportunidade financeira	15	24	
6.3 Oportunidade no uso de tecnologias	9	18	
6.4 Oportunidade de ampliar os serviços	9	12	
6.5 Oportunidades regionais	10	13	
6.6 Oportunidades internas da Instituição	25	71	
7. Aspectos a evoluir no modelo de gestão em saúde	17	21	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Por meio do *software* NVivo10®, foi possível codificar os nós em *cluster* por similaridade de conteúdo, conforme Figura 4, que foi tomado como referência na análise dos dados de acordo com as similaridades das subcategorias. A categoria “aspecto a evoluir no modelo de gestão em saúde”, após os nós em *cluster* por similaridade de codificação, tornou-se uma subcategoria, assimilando-se com a subcategoria “principais melhorias”.

Figura 4 - Codificação em nós de *cluster* por similaridade de conteúdo

Fonte: Elaborada pelo autor.

As categorias elencadas estão relacionadas com a proposta do modelo de gestão implantado em 2015, tendo como propósito desmistificar os espaços, sistematizar e profissionalizar os processos, racionalizar e otimizar os custos. O cuidado, exercê-lo de forma integrada, preventiva e humanizada por meio de equipes interdisciplinares. Nas mudanças ocorridas no modelo de gestão em saúde, avaliar a percepção dos usuários, profissionais e *stakeholders*. Perceber as diferenças do antes e do depois, quais as principais melhorias, documentos que foram instituídos, a implantação da educação continuada no serviço, como é o serviço dos profissionais e o sentimento de ser cuidado.

Quanto à sustentabilidade econômica, a autogestão é apontada como um fator, a compra das medicações em escala, a otimização dos serviços e o investimento em profissionais. Nos desafios, aparecem os internos da instituição, regionais, adesão dos jesuítas ao modelo de gestão, financeiros, comunicação, sustentabilidade e de liderança. Nas oportunidades, preparar o jesuíta para

envelhecer, financeiras, uso de tecnologias, ampliar os serviços, regionais e internas da instituição.

4.2.1 Subcategorias por similaridade: documentos instituídos X educação continuada

Concomitante à implantação do modelo de gestão em 2015, foi-se instituindo alguns documentos e o incentivo à educação continuada, como forma de sistematizar e profissionalizar a assistência dentro das comunidades de saúde e bem-estar. Em 2010, no estudo realizado por Bonicoski, foi constatada a necessidade de sistematização e profissionalização do cuidado em saúde dos jesuítas.

“Elaboração e implantação dos protocolos assistenciais (ANÁLISE DOCUMENTAL). Os protocolos assistenciais contribuem para maneira correta dos procedimentos de forma organizada, oferecem dados reais da assistência e como ela deve ser de acordo com a individualidade de cada um, ajudam na execução das tarefas diárias, desenvolvem um trabalho de boa qualidade para os jesuítas, acesso às informações referentes aos idosos, são ferramentas orientadoras que auxiliam a melhoria contínua de processos internos (QUEST_PROFISSIONAIS). Voltado para a prevenção (ENTREVISTADO PROF 03_RS). Nos direciona a não ficar tão dependente de um médico, têm nos ajudado bastante na pandemia (ENTREVISTADO PROF 10_SP). São ações operacionais e assistenciais, e quando junta operação com assistência, ganha-se bastante nos processos” (ENTREVISTADO PROF 11_SP).

Os protocolos assistenciais contribuem na orientação, organização na execução da assistência ao jesuíta, proporcionando segurança e prevenindo eventos. O protocolo é definido como documento normativo que estabelece critérios e padrões em determinada condição ou patologia. São instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas (BRASIL, 2020). São recomendações estruturadas com o propósito de orientar decisões de profissionais de saúde a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas (CATUNDA *et al.*, 2017).

No evento da pandemia, teve-se poucos casos de COVID-19 nas quatro comunidades de saúde e bem-estar, isso pode ser justificado pelo seguimento dos protocolos implantados. A sincronia entre os dois documentos instituídos, os protocolos assistenciais e os procedimentos operacionais padrão, influenciam nos processos diários na assistência aos jesuítas.

“Elaboração e implantação dos procedimentos operacionais padrão (POP) (ANÁLISE DOCUMENTAL). São documentos que padronizam o atendimento, enriqueceram de

informações importantes, como agir em determinada situação, ajudam na comunicação entre os profissionais, conhecimento, aprendizado, serviço mais centrado, ágil e com qualidade, promovendo conduta mais assertivas e constante, autonomia para a equipe, desempenho e resolução das funções, eficiente no atendimento aos jesuítas, auxiliam a assistência, na organização do trabalho, rapidez no atendimento, menos burocracia, orientando e respaldando os profissionais em suas condutas e alinhamentos, linha de raciocínio clínico mais assertivo, prevenindo eventuais intercorrências, equipe mais ágil e eficaz, melhor fluidez, direciona o profissional a execução do trabalho com mais segurança na tomada de decisões” (QUEST_PROFSSIONAIS).

Os procedimentos operacionais padrão, auxiliam na padronização, comunicação, conhecimento, aprendizado, qualificação, autonomia, resolutividade, assertividade, prevenção, eficácia, fluidez e segurança na tomada de decisão. Objetivam alcançar a uniformidade na execução de uma tarefa prática, descrevendo passo a passo as atividades executadas em um setor da organização, sendo esse o modelo mais antigo utilizado pela enfermagem (MACHADO *et al.*, 2020). É usado para padronizar a assistência, objetivando a redução de custos nas instituições de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2021).

“Na implantação do modelo de gestão em saúde foi institucionalizada a educação continuada em serviço, avaliações periódicas e processo seletivo (ANÁLISE DOCUMENTAL). A educação continuada aprimora as habilidades técnicas, acesso a atualizações profissionais, ajuda a entender e respeitar cada um, importante para o conhecimento, influencia muito em decisões tomadas diariamente, otimizar e uniformizar as condutas, atualizações de conteúdos e novos aprendizados, capacita na execução dos procedimentos, melhor desempenho das funções atribuídas, entender melhor o envelhecimento saudável, maior a qualidade do cuidado, novos conhecimentos para nosso dia, promovem e incentivam a equipe, na saúde com idosos estar sempre por dentro das melhoras práticas em assistência, qualidade do trabalho, profissionais mais qualificados e capacitados, desenvolver o trabalho com maior segurança” (QUEST_PROFSSIONAIS).

A educação continuada influencia diretamente na rotina de trabalho, seja no aprimoramento das técnicas, de novos conhecimentos adquiridos e na atualização desses, na tomada de decisões, na compreensão do envelhecimento saudável, isso torna os profissionais mais preparados, seguros, qualificados e capacitados. Para elaborar e implantar documentos, estes precisam ser socializados com os demais profissionais que compõem os serviços em saúde. Por meio dessa dinâmica ocorre o que podemos chamar de educação continuada. A promoção da capacitação dos profissionais como meta de atualizar seus conhecimentos (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

A saúde é elaborada de maneira coletiva, buscando vivências para novos instrumentos de trabalho e desse modo potencializar a capacitação dos profissionais

por meio das necessidades assim descobertas (PEIXOTO *et al.*, 2013). Uma atividade coletiva, valoriza as oportunidades vividas, buscando novos meios de inovação ao setor de saúde, proporciona aos profissionais certos conhecimentos que os leva a adquirirem novas competências (AZEVEDO *et al.*, 2015). Uma execução dinâmica por meio do ensino aprendizagem com o fim de aperfeiçoar, atualizar e capacitar os profissionais de saúde, frente às inovações e as necessidades relacionadas aos setores (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

4.2.2 Subcategorias por similaridade: principais melhorias (mudanças) x aspectos a evoluir no modelo de gestão em saúde

Entre as mudanças ocorridas com a implantação do modelo de gestão em saúde estão as institucionais e gerenciais. Constata-se que mesmo tendo ocorrido muitas mudanças, alguns aspectos são apontados e que precisam evoluir no modelo de gestão.

“Conceito de comunidade de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO STAK_11). Nos espaços de cuidados (ENTREVISTADO STAK_06). Aproximação das equipes e ações de promoção de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO PROF 14_BH). Reunião mensal com a equipe interdisciplinar, acompanhamento próximo e de prevenção (ENTREVISTADO PROF 16_SP). A forma de cuidar, ouvindo os relatos (ENTREVISTADO PROF 22_CE). Cuidado com as medicações (ENTREVISTADO PROF 07_RS). Olha para o indivíduo na sua particularidade (ENTREVISTADO PROF 03_RS). Os jesuítas fazem as consultas e vão embora (ENTREVISTADO PROF 04_RS). Sai da do tratar patologias para promover saúde e bem-estar (ENTREVISTADO PROF 14_BH). Registros em prontuário eletrônico (ENTREVISTADO PROF 19_CE). Os processos mais ágeis (ENTREVISTADO PROF 21_BH). Fornecimento de medicações e parceria com hospitais (ENTREVISTADO PROF 25_BH). Implantação de protocolos e o acompanhamento integrado (ENTREVISTADO PROF 26_BH). Acesso às informações, otimizando a rotina de trabalho (ENTREVISTADO PROF 23_BH). Financeiro” (GF_RS).

Como melhorias apontadas, percebe-se a mudança do conceito e dos espaços das comunidades de saúde e bem-estar, este ponto será apresentado na subcategoria desmistificação dos espaços, abordada mais adiante. A importância de trazer este recorte, diz respeito ao significado simbólico desta mudança para a entidade confessional. Quanto às ações de promoção de saúde e bem-estar, promover a saúde e o bem-estar é uma prioridade para envelhecer bem, melhorar os estilos de vida, tornar-se fisicamente ativo, participar em atividades sociais e de lazer, manter hábitos de alimentação saudável e ter objetivos ao longo da vida (HALAWEH *et al.*, 2018). O bem-estar é considerado como constructo multifacetado

e amplo, é um termo que abrange a maneira como os indivíduos avaliam e experienciam as suas vidas de forma positiva (TOV, 2018).

Outras dimensões de mudanças é a aproximação das equipes de profissionais com reuniões mensais e atuação interdisciplinar, a aproximação do profissional com o jesuíta, a escuta ativa, o cuidado integral por meio da dispensação segura das medicações, o vínculo dos jesuítas externos que buscam os serviços das comunidades de saúde e bem-estar, a agilidade dos processos, a aquisição dos medicamentos, as parcerias com hospitais, clínicas e laboratórios, o acompanhamento integrado por meio do protocolos, a acessibilidade nas informações clínicas, a economia e os registros por meio de um prontuário eletrônico. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), tornou-se a principal ferramenta com a qual médicos e equipes precisam lidar em suas atividades diárias (RONDINA; CANÊO; CAMPOS, 2016).

“Escutando mais os jesuítas (ENTREVISTADO PROF 13_SP). Envolve-los mais, ter uma horta, um jardim, um viveiro (ENTREVISTADO PROF 16_SP). Passear mais com eles, levar para refeições fora (ENTREVISTADO PROF 17_SP). Na compreensão dos cuidados paliativos (ENTREVISTADO PROF 10_SP). A aceitação de todos na equipe de agirem conforme o modelo de gestão (ENTREVISTADO PROF 14_BH). Otimizar e demandar mais do trabalho dos profissionais e da infraestrutura que se oferece (ENTREVISTADO PROF 18_CE). Melhorar a conexão de internet, em prol das informações que são inseridas via prontuário eletrônico (ENTREVISTADO PROF 19_CE). Atendimento dos jesuítas externos de forma mais centralizada e efetiva (ENTREVISTADO PROF 02_RS). Na gestão de pessoas (ENTREVISTADO PROF 23_BH). Atualizar os protocolos assistenciais, bem como a criação de outros (ENTREVISTADO PROF 24_CE). Facilitar o acesso aos serviços de odontologia para os jesuítas com dificuldade de locomoção (ENTREVISTADO PROF 27_BH). Na adesão ao tratamento medicamentoso de uso contínuo e antibióticos, fazer ações de conscientização mais efetiva e esclarecimentos sobre a saúde do homem (ENTREVISTADO PROF 03_RS). Evoluir na questão cultural, na qualidade de vida, vinculado ao envelhecimento” (ENTREVISTADO PROF 06_RS).

Uma das perguntas feita para os profissionais foi em que aspectos o atual modelo de gestão de saúde ainda precisa evoluir. De acordo com as falas, percebe-se que precisa evoluir na escuta, no envolvimento dos jesuítas em atividades laborais, em passeios e refeições externas, na compreensão dos cuidados paliativos, na adesão mais efetiva dos profissionais ao modelo de gestão, na otimização e demandarem do trabalho dos profissionais e da infraestrutura, na melhora em conexão com internet, no vínculo com os jesuítas externos, na gestão de pessoas, na atualização dos protocolos assistenciais e a criação de outros, no serviço de odontologia para os jesuítas dependentes, na dificuldade de adesão ao

tratamento medicamentoso, na conscientização e esclarecimentos sobre a saúde do homem, na dimensão cultural e na qualidade de vida em prol de envelhecimento saudável.

Na dimensão das atividades lúdicas, essas contribuem para a melhoria da autoestima, na redução de fatores estressores, minimizando a ansiedade e a angústia presentes no cotidiano, pois esse tipo de atividade permite a expressão de sentimentos e a comunicação é favorecida por meio da formação de grupos (GUIMARÃES *et al.*, 2016). Quanto às ações para a atenção da saúde do homem, o Ministério da Saúde propõe uma política de atenção à saúde do homem no Brasil, estimulando-os para o autocuidado (BRASIL, 2008). É fundamental informar as pessoas da sua condição de saúde, para melhor preveni-la e gerenciá-la por meio do autocuidado (MENDES, 2012).

Referente aos cuidados paliativos, estima-se que mais de 885 mil pessoas morreram com necessidade cuidados paliativos no Brasil, evidenciando um contingente gigantesco de pessoas morrendo em sofrimento não aliviado (BRASIL, 2019). Existe uma negação cultural da morte e do processo de morrer e os cuidados paliativos, constituem a primeira linha de resposta para estes problemas. No Brasil, os cuidados paliativos começam a ser reconhecidos pelos profissionais de saúde, por alguns legisladores estaduais e pelos poderes executivos estaduais. No entanto, muito ainda precisa ser feito para a implementação de uma política consolidada de cuidados paliativos no país (RODRIGUES; SILVA; CABRERA, 2022).

4.2.3 Subcategorias por similaridade: cuidado integrado, preventivo e humanizado x cuidado com abordagem interdisciplinar

O modelo de gestão em saúde implantado em 2015 foi pensado tendo como foco o cuidado integrado, preventivo e humanizado, atuando por meio de equipes de profissionais com diferentes olhares na assistência.

“Novo olhar de assistência aos idosos jesuítas, buscando não separar o cuidado por partes, proposição de medidas e ações que corroborem para uma saúde de cunho mais humanizado, integrado e preventivo (ANÁLISE DOCUMENTAL). Uma assistência integral, preventiva e humanizada (GF_RS). Um cuidado integrado e humanizado, não só de tratar doenças, mas a preocupação com a espiritualidade e o lazer (GF_SP). O cuidado é mais humanizado, personalizado, voltado para a saúde integral da pessoa (ENTREVISTADO PROF 3_RS). É um atendimento humanizado, direcionado para a individualidade de cada jesuíta (ENTREVISTADO PROF 9_RS). Compreensão de saúde mais ampla, vai além do biológico e do cuidado diário, é cuidar da saúde mental e

espiritual do jesuíta (ENTREVISTADO STAK_13). *O cuidado como um processo integral da pessoa* (ENTREVISTADO STAK_7).

Na compreensão do cuidado, aparecem os termos integral, preventivo e humanizado. Cuidar significa compadecer-se de alguém, ajudá-lo a ser autônomo, convidar a compartilhar sua responsabilidade e sua angústia (ROSELLÓ, 2009). Como seres afetivos e de sentimentos, depende-se do cuidado uns dos outros. Na intimidade de cada ser humano, habita o cuidado e a necessidade de cuidados, indispensáveis à efetivação e reciprocidade do bem entre os humanos (WALDOW, 2008). Todos os seres têm inscritos em si a condição ou tendência de exercer o cuidado (OLIVEIRA; CARRARO, 2011). Quanto ao cuidado integral, a integralidade carrega em si a essência do cuidar (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Evita a fragmentação e proporciona o cuidado de melhor qualidade (KLABUNDE *et al.*, 2017).

No que se refere ao cuidado humanizado, significa considerar a essência do sujeito, o respeito à particularidade bem como a necessidade da criação de um entendimento que legitime o ponto de vista humano de todas as pessoas envolvidas na assistência (PUSH, 2010). É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde estão inerentes o respeito e a compaixão para com o outro. O cuidado humanizado se revela como arte, pois pressupõe a interação permanente entre o profissional que cuida e a pessoa que é cuidada (MENDES, 1994). É o ato de afirmar o humano dentro do processo do cuidado (WALDOW; BORGES, 2011). Exige que se preste atenção nos pacientes e nos seus universos simbólicos, preocupações, medos e crenças (GARCIA JR; STEIL; MIRANDA, 2018). Impacta significativamente no processo de hospitalização, de modo a gerar bem-estar ao paciente (NAVARRETE-CORREA; FONSECA-SALAMANCA; BARRÍA, 2021).

No cuidado integrado, o princípio da prevenção é evitar doenças e prolongar a vida com qualidade (AGREST, 2009). A evolução da medicina, especialmente atrelada aos avanços microbiológicos e epidemiológicos do século XX, propiciou uma maior possibilidade de interferir no curso das doenças transmissíveis e intransmissíveis, consolidando o conceito de medicina preventiva. Esta tem como função se contrapor a um modelo biomédico clássico, centrado no diagnóstico e cura das doenças, sem levar em consideração o meio em que o indivíduo vive, as

relações sociais, o meio ambiente e o saber do enfermo sobre sua própria doença (JAMOULLE, 2015).

“Atuação no cuidado por meio de equipe interdisciplinar (ANÁLISE DOCUMENTAL). Um cuidado com abordagem interdisciplinar (GF_RS). A equipe interdisciplinar atende todos os aspectos de saúde dos jesuítas (ENTREVISTADO PROF 22_CE). Com o trabalho interdisciplinar, os jesuítas se sentem mais seguros (ENTREVISTADO PROF 4_RS). As equipes integram de uma forma interdisciplinar e essa integração ela multiplica ações (ENTREVISTADO PROF 11_SP). Com a equipe interdisciplinar consegue-se ofertar mais prevenção, qualidade de vida e bem-estar (ENTREVISTADO PROF 18_CE). Favorece um acompanhamento de forma personalizada aos jesuítas internos e externos e conquista a confiança” (ENTREVISTADO STAK_03).

O cuidado realizado aos jesuítas por meio de uma equipe interdisciplinar, no compartilhamento de diferentes saberes. A prática interdisciplinar surge como uma alternativa para concretização de uma proposta de assistência mútua. Consiste na gestão do cuidado correlacionado entre as diversas áreas ofertadas, visando uma troca contínua de informações e o compartilhamento de atividades (NASCIMENTO *et al.*, 2021). A participação de vários profissionais da saúde em uma equipe permite que aconteçam trocas de conhecimentos entre servidores e usuários tanto relacionados com a área de atuação de cada especialista como também sobre a patologia, facilitando a conduta e avaliação (SANTOS *et al.*, 2018). O trabalho interdisciplinar compõe-se nos diversos âmbitos da atenção ao cuidado que se complementam e vão além das atribuições, envolvendo a atuação tanto dos profissionais como também do paciente e familiares (BESS *et al.*, 2014).

A interdisciplinaridade constitui-se de uma equipe, no compartilhamento de experiências e trocas de conhecimentos de suas respectivas especialidades, sendo importante as particularidades de cada componente desta equipe. É notório que esse tipo de serviço na prática é pouco aplicado, mesmo sendo algo muito discutido e necessário para os profissionais (JAFELICE *et al.*, 2018). As redes interprofissionais são ainda bases importantes para uma investigação inovadora, sendo que as tendências demográficas globais exigem a integração dos serviços de saúde e sociais (VELIKONJA, 2020).

O cuidado quando abordado por uma visão interdisciplinar gera ações de saúde para quem é cuidado e proporciona a autonomia do conhecimento para o profissional. Essa sincronia, esse compartilhamento de conhecimento entre os profissionais é que forma a interdisciplinaridade no cuidado. Por outro lado, ainda se

constata que esse tipo de cuidado carece de mais pesquisas e de quebra de paradigmas, principalmente na forma vertical de atuação médica.

4.2.4 Subcategorias por similaridade: desafio financeiro x desafio de liderança

Esta similaridade se justifica porque em algumas comunidades de saúde e bem-estar, alguns profissionais por terem uma formação mais técnica não exercem um perfil de liderança. O mesmo pode ocorrer com jesuítas que assumem como responsáveis, impactando financeiramente a instituição.

“Levando em consideração o número de jesuítas para a quantidade de colaboradores, se faz necessário adequar o quantitativo, uma vez que vem impactando financeiramente na folha mensal, orienta-se dimensionar de acordo com a demanda (ANÁLISE DOCUMENTAL). Se poderia economizar em funcionários (ENTREVISTADO USU 13_BH). Somos em muito poucos, para tantos funcionários (ENTREVISTADO USU 10_BH). Poucos doentes e muita gente (ENTREVISTADO USU 11_BH). Cuidadores e enfermeiros aqui temos em dobro (ENTREVISTADO USU 13_BH). Atender da melhor forma, impacta no financeiro. Os altos custos em saúde, a escassez de recursos da Companhia de Jesus (QUEST_STAKHOLDERES). Até quando terá fundos financeiros para sustentar esse modelo de gestão? (ENTREVISTADO STAK_05). Cada vez menos jesuítas, com isso, menos recursos vai para o fundo saúde (ENTREVISTADO STAK_16). As demandas financeiras para a saúde ainda são altas, o envelhecimento gradual da província, com isso mais doenças, mais necessidades de atendimentos e isso aumenta os custos (ENTREVISTADO STAK_01). É um custo muito elevado, como é que se faz no futuro para não ficar sem recursos, com o aumento do número de idosos? O alto custo com os medicamentos” (ENTREVISTADO STAK_07).

Os dados da análise documental corroboram com as falas dos usuários, onde se constata o quantitativo de profissionais, impactando financeiramente a instituição. A dimensão qualitativa do dimensionamento de pessoal existe pela previsão da quantidade de pessoal ajustada proporcionalmente à categoria (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) profissional necessário para atender, direta ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem da clientela assistida nas instituições de saúde (COFEN, 2017). O dimensionamento é um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo (número) e qualitativo (categoria) dos profissionais, sendo necessário para promover a assistência de acordo com a singularidade dos serviços de saúde (FUGULIN; GAIDZINSKI; LIMA, 2016).

Uma boa assistência envolve altos custos, seja em recursos humanos, infraestrutura, entre outros, e a preocupação da instituição de encontrar austeridade. Outra preocupação evidenciada é com a sustentabilidade financeira, tendo em vista

que são poucas as entradas de novos integrantes jesuítas e o envelhecimento gradativo dos componentes e as consequências disso para a entidade confessional.

O custo pode ser definido como qualquer recurso usado para atingir um propósito ou um objeto específico (FERREIRA *et al.*, 2014). Quanto a reduzir custos em saúde não pode ser um ato de mero corte nos gastos, mas antes de se escolher de entre as diversas opções para determinado objetivo, aquela que representa menor consumo de recursos (BARROS, 2013). O Brasil gasta em saúde tanto quanto a média entre os países da OCDE e mais do que seus pares econômicos e regionais. As projeções estatísticas para 2050 apontam que o Brasil será a sexta maior população de idosos no mundo, com mais de 32 milhões de pessoas, representando 16% da população brasileira (IBGE; 2017, 2015).

O envelhecimento populacional aumentará os gastos totais em saúde em 4% do PIB até 2050 (GRAGNOLATI *et al.*, 2011). O setor da saúde no Brasil se confronta com o país organizado para atender demandas de população jovem, entretanto que ao mesmo tempo esbarra com a necessidade de remodelar a estrutura e organização com o elevado número de doenças crônicas não transmissíveis que vêm com o envelhecimento. Essa já é uma realidade em outros países como Canadá, resultado de muita preocupação com os agravos que o envelhecimento pode ocasionar, em decorrência da falta de sustentabilidade dos sistemas de saúde (DAMASCENO; CHIRELLI, 2019).

O envelhecimento populacional, o crescente peso das doenças crônicas e a inovação terapêutica e tecnológica, constituem fortes agentes de pressão. Assim, o grande desafio da gestão em saúde reflete-se na capacidade de criação de estratégias de resposta a esses desafios, sem prejuízo dos compromissos previamente estabelecidos, os quais visam melhoria da equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2018). Nas últimas duas décadas, o envelhecimento adquiriu expressão relevante enquanto paradigma de políticas públicas para fazer face aos desafios colocados pelo envelhecimento demográfico (ANTÓNIO, 2020). O processo de envelhecimento das congregações religiosas tem gerado a necessidade de ressignificar o modo de ser e agir frente às limitações que o envelhecimento impõe ao grupo (SANTOS *et al.*, 2018b).

“A escala de serviço da rotina de enfermagem o profissional enfermeiro poderia fazer, isto lhe dá autonomia, liderança e organização nas tarefas diárias. A casa precisa ainda criar um espírito de equipe na assistência aos idosos (ANÁLISE DOCUMENTAL).

Dificuldade de relacionamento entre os profissionais, falta de liderança (ENTREVISTADO USU 10_BH). Precisa-se de formação para liderança (QUEST_STAKHOLDERES). Falta liderança dos superiores jesuítas em divulgar mais a gestão da saúde nas reuniões (ENTREVISTADO STAK_05). Descentralizar a figura do médico, para que outros profissionais possam desenvolver a liderança. Existe uma lacuna na linha de orientação e de liderança no setor de enfermagem” (GF_MG).

Nos excertos, percebe-se que existem dois tipos de desafios de liderança, um mais direcionado aos superiores que representam a instituição e o outro que envolve o profissional enfermeiro, profissional que intermedia o cuidado diariamente nas comunidades de saúde e bem-estar. Cabe salientar que este profissional tem para a instituição muita importância, respeito e confiança, pois assim como o médico, ele é mencionado nos escritos do fundador, onde se diz: “Tenha-se muito cuidado com os doentes. O enfermeiro logo que saiba da sua indisposição, se julgar que se trata de coisa de importância, deve avisar o superior e chamar o médico” (CONSTITUIÇÕES..., 2004).

A liderança é reconhecida como competência gerencial imprescindível ao trabalho de diversos profissionais, entre eles o enfermeiro (RODRIGUES, 2021). É importante e fundamental para o cuidado em saúde, na busca por resultados positivos na assistência (RIBEIRO *et al.*, 2022). É apontada como competência essencial para superar os desafios da gestão em saúde, principalmente para o enfermeiro. Esse profissional precisa ter conhecimentos, habilidades e atitudes na arte e na ciência de resolver problemas junto ao grupo de trabalho, bem como no gerenciamento do cuidado, baseado, principalmente, em um modelo de liderança inovador (HAYASHIDA *et al.*, 2019).

A liderança demanda não apenas habilidades técnicas e científicas, mas abrange uma série de aptidões emocionais como flexibilidade para lidar com os conflitos que surgem entre os membros da equipe de trabalho, sensibilidade para reconhecer e administrar talentos e determinação para conduzir o grupo em direção aos resultados esperados (SANTOS *et al.*, 2021a). O enfermeiro líder é peça fundamental na dinâmica entre as equipes do cuidado afirma Ribeiro *et al.* (2022) e prepondera no estabelecimento de ambientes de trabalho saudáveis e de apoio, o que ocorre por meio do relacionamento entre os pares e com o paciente. Logo, o enfermeiro líder tem papel primordial na implantação buscando alcançar resultados positivos. Não basta às organizações de saúde investirem em profissionais altamente capacitados e competentes, como garantia para o sucesso da qualidade

do serviço. É imprescindível que também os seus líderes sejam qualificados e dinâmicos (ANDRÉ, 2020).

Ao profissional de saúde, especialmente o médico, é conferido o poder de decidir o que merece ser atendido e qual o horário oportuno para que essa atenção seja prestada, estabelecendo-se, assim, uma relação de dominação, em que os dominados aderem ao imposto e o elegem como plausível e justificável. Embora haja todo um esforço para modificar as práticas e os arranjos institucionais, com o intuito de propiciar maior integralidade dentro dos serviços e da rede de atenção, permanecem os resquícios autoritários do modelo biomédico (RIBEIRO; FERLA, 2016).

Ressalta-se que o modelo de gestão implantado busca a interdisciplinaridade e tendo como intermediador do cuidado, o profissional enfermeiro. Por meio dos autores acima citados, percebe-se que a liderança deste profissional é importante e fundamental para o cuidado em saúde. Entretanto, os dados empíricos apontam que a comunidade de saúde e bem-estar de Belo Horizonte, não segue a mesma dinâmica de interdisciplinaridade, sistematização e profissionalização das demais comunidades de saúde e bem-estar, concluindo-se que o modelo que se segue é ainda o modelo biomédico com atuação vertical. Chama atenção as falas dos usuários referentes aos desafios financeiros que são da mesma comunidade de saúde e bem-estar, o que revela que não está tendo uma gestão estratégica de pessoas neste local.

4.2.5 Subcategorias por similaridade: desafios de comunicação x oportunidades no uso de tecnologias

A comunicação é apontada pelos participantes do estudo como um desafio no modelo de gestão e como estratégia para este desafio, apresenta-se a oportunidade do uso dos meios tecnológicos.

“A gestão da saúde BRA comunicar o que tem feito e quais benefícios são oferecidos aos jesuítas, onde a comunicação deveria ser uma constante. Há pouca comunicação para os jesuítas sobre o funcionamento e organização da saúde. Pouca divulgação interna da saúde BRA. Uma boa comunicação ajuda os jesuítas a entenderem o modelo e aderirem a ele (QUEST_STAKHOLDERES). Aprofundar um relacionamento maior entre as comunidades de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO STAK_14). Consigo pontuar dois desafios, um de comunicação entre a equipe de enfermagem e outro entre a equipe interdisciplinar (GF_MG). Os que resistiam para ir para uma comunidade de saúde e bem-estar, hoje armam uma guerra para não sair mais, e isso é publicado? Isso

é transmitido para os nossos jovens? As devolutivas dos jesuítas são muito importantes, permite a gente avaliar os serviços (GF_RS). Aqueles jesuítas que passam por algum tempo nas comunidades de saúde e bem-estar poderiam ser os multiplicadores do modelo de gestão e ajudaria no processo de desmistificação dos espaços” (GF_SP).

Conforme se observa no recorte das falas, a instituição estudada deveria divulgar nos seus veículos de comunicação interna o modelo de gestão, o que ajudaria inclusive a melhorar a adesão entre os jesuítas. Outra observação é a pouca interação que existe entre as quatro comunidades de saúde e bem-estar. Quanto à dificuldade de comunicação entre os profissionais, o modelo de gestão busca empoderar cada profissional dentro das suas atribuições, tendo o diálogo como baliza. Por uma questão que ainda é um paradigma cultural, infelizmente ainda ocorre a sobreposição de categorias em algumas comunidades de saúde e bem-estar, o que não contribui para a interdisciplinaridade no cuidado aos jesuítas.

No que se refere ao medo, a resistência de alguns jesuítas em aceitarem de ir as comunidades de saúde e bem-estar e a mudança de percepção que ocorre após conhecerem melhor esses espaços. Questiona-se se isso é comunicado, transmitido ou documentado. As devolutivas dos jesuítas, após usarem dos serviços oferecidos nas comunidades de saúde e bem-estar, ajudam na disseminação do modelo de gestão, na avaliação dos serviços e a desmistificar o imaginário desses lugares.

A comunicação interna pode ser compreendida como a forma de sistematizar informações, fazendo com que haja uma constante interação entre os colaboradores de uma determinada organização. Dentre tantas atividades que a comunicação no ambiente organizacional realiza, certamente, a comunicação interna é uma das mais importantes, porque, por meio dela ocorre a integração entre os processos de gestão e, também, a troca de conhecimentos e de informações entre líderes e colaboradores (DALCOL; GRAZIADEI; MÜLLER, 2019).

Quanto à comunicação entre os profissionais, a precariedade se deve, em certo nível, à escassez de papéis bem definidos para os profissionais envolvidos no atendimento do paciente (EASLEY *et al.*, 2017). A comunicação é um processo fundamental para que as relações interpessoais aconteçam e representa uma habilidade essencial aos profissionais de saúde, podendo ser vivenciada de forma verbal e não verbal, utilizando a fala, a escrita, os gestos, as expressões corporais e faciais (SILVA, 2002, 2010a).

No que tange a avaliar os serviços em saúde, ressalta-se que o contato do usuário com os serviços de saúde, inclui considerar diversas relações interpessoais,

da recepcionista ao médico, passando pela sua reação às amenidades do cuidado, sua percepção sobre a qualidade da consulta e o acesso a insumos em geral, entre eles os medicamentos (BOURDIEU, 2006). A satisfação do usuário, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares (GILL; WHITE, 2009). Representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, considerando ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado a eles para repensar as práticas profissionais e a forma de organização dos serviços (MISHINA et al., 2010).

“Os meios de comunicação com a internet, poderiam ajudar os jesuítas externos no contínuo processo de saber envelhecer. Realizar encontro virtual em reuniões com os jesuítas como forma de apresentar o modelo de gestão (QUEST_STAKHOLDERES). As ferramentas de tecnologias que foram adquiridas, intermediarem as reuniões com os profissionais, envolvendo as quatro comunidades de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO STAK_02). Banco de dados sobre cada jesuíta para que o médico e a gestão da saúde possam acompanhar e orientar (ENTREVISTADO STAK_10). O prontuário eletrônico permite a integração das informações de saúde dos jesuítas entre as comunidades de saúde e bem-estar (GF_SP). Ferramentas que facilitam no cuidado com os jesuítas (ENTREVISTADO PROF 27_BH). A implantação da telemedicina, reduziria ainda mais os custos e melhoraria o acompanhamento dos jesuítas mais idosos e em regiões mais remotas” (ENTREVISTADO STAK_05).

O auxílio da *internet* como um meio de comunicação interna, poderia ser uma estratégia de divulgar aquilo que se realiza internamente nas comunidades de saúde e bem-estar aos jesuítas externos, ajudando-os na desmistificação dos espaços e a prepará-los para o envelhecimento saudável e bem-sucedido. Os recursos tecnológicos podem auxiliar na intermediação e aproximação com as equipes interdisciplinares, seja por meio de grupos de *WhatsApp*, reuniões remotas etc. Quanto à integração das informações clínicas dos jesuítas, estas se dão por meio do prontuário eletrônico, sincronizando as quatro comunidades de saúde e bem-estar. No que se refere à implantação da telemedicina, uma oportunidade de reduzir custos e melhorar o acompanhamento daqueles jesuítas mais idosos e outros que se encontram em regiões mais remotas.

Dados empíricos, tal como a revisão da literatura, mostram que a internet e seus recursos têm mudado o trabalho e a vida de pessoas, de profissionais e de empresas nos mais diversos segmentos, inclusive o da saúde (BARBOSA; SENNE, 2016). Desde a década de 1950, há registros do uso de tecnologias aplicadas aos

cuidados e atenção à saúde, ganhando cada vez mais espaço e fazendo grandes transformações (OMS, 2019). Os prontuários eletrônicos são grandes avanços tecnológicos (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010). Trouxeram vantagens para a otimização e armazenamento das informações, centralizando e integrando as informações sobre o paciente. É importante ressaltar a importância da capacitação dos profissionais da saúde para a sua utilização, buscando aperfeiçoar a comunicação entre os profissionais. Desta forma, proporcionando um atendimento mais humanizado, integrado e permanentemente atualizado (SCHÜTZ; OLIVEIRA, 2020).

A saúde digital, termo utilizado pela OMS para referir-se ao uso multiprofissional das tecnologias digitais aplicadas à saúde, tem expandido largamente sua utilização, por meio de novas tecnologias e novas formas de interação com pacientes ao redor do mundo. Dentro da saúde digital encontra-se a telemedicina (OMS, 2019). A telemedicina consiste na aplicação de tecnologias de informação na saúde com objetivo de ampliar a oferta de serviços básicos, principalmente quando a distância entre o paciente e o centro de saúde procurado é um fator crítico. Ela surgiu como uma alternativa complementar à medicina tradicional, com o objetivo de facilitar e ampliar a cobertura dos serviços de saúde (ZANOTTO, 2020a).

Com o aumento dos investimentos em equipamentos e em capacitações para os profissionais de saúde nesse âmbito, a telemedicina poderá solucionar desafios recorrentes no sistema de saúde, a partir da ampliação da cobertura de serviços especializados para todas as regiões, a melhoria da qualidade da atenção, redução do tempo de diagnóstico e terapia, diminuição de custos com deslocamento e de exposições desnecessárias e a facilidade em realizar o acompanhamento clínico efetivo de pacientes com enfermidades crônicas (UESUGI *et al.*, 2022).

4.2.6 Subcategorias por similaridade: serviço dos profissionais x sentimento de ser cuidado

Com o modelo de gestão, novos profissionais foram sendo incorporados, selecionados por meio de processo seletivo e para alguns profissionais que já estavam atuando, foi aumentada a carga horária. Para as rotinas assistenciais,

receberam orientações dos documentos internos instituídos e o constante incentivo para a educação continuada com atuação por meio de equipes interdisciplinares.

“A maneira que trabalhamos é mais horizontal, em equipes interdisciplinares, ganha-se eficiência e do ponto de vista de quem trabalha, o trabalho passa a ser engajado e prazeroso (ENTREVISTADO PROF 11_SP). Foca-se no conforto dos jesuítas (ENTREVISTADO PROF 13_SP). Fazer o trabalho do jeito e do tempo dos jesuítas, com cuidado, cautela e respeito (ENTREVISTADO PROF 08_SP). Se sentem seguros com o trabalho oferecido (ENTREVISTADO PROF 01_RS). Relação de confiança entre profissionais e jesuítas (ENTREVISTADO STAK_03). Qualidade do atendimento (ENTREVISTADO STAK_10). Na pandemia poucos jesuítas faleceram, o modelo dá segurança, com experientes no cuidado (ENTREVISTADO STAK_02). Os profissionais assistem os jesuítas como seres humanos, que precisam de carinho e esse apoio de qualidade gera confiança (ENTREVISTADO STAK_11). Pode-se confiar no trabalho dos profissionais” (ENTREVISTADO STAK_08). Profissionais qualificados e humanos (ENTREVISTADO STAK_04).

Nas falas, percebe-se que os serviços entre os profissionais ocorrem de forma horizontalizada, garantindo a eficiência do processo e a satisfação de quem cuida, ou seja, dos profissionais. Outra forma de perceber os serviços dos profissionais é pelo conforto que oferecem aos jesuítas, o cuidado, a cautela, o respeito, isso gera segurança para os jesuítas. Existe uma relação de confiança entre os profissionais e jesuítas, onde se alega que o atendimento oferecido é humanizado e de qualidade. No evento da pandemia houve poucos casos e óbitos, causando entre os jesuítas o sentimento de segurança. A instituição estudada valoriza os seus colaboradores, proporcionando remuneração justa, com boa estrutura de trabalho e com apoio da gestão em suas atividades.

Garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica de cuidado integral, exige um esforço para além de suas formações acadêmicas básicas, sendo necessário o desenvolvimento de competências colaborativas para a superação de um labor individual e hierarquizado no interior dos serviços. Tais mudanças não se dão de maneira rápida, pois os profissionais que compõem as equipes foram formados em uma lógica de predomínio do poder do nível superior sobre o nível médio e da categoria médica sobre as demais. Trabalhar em equipe demanda relações efetivas, com ênfase na comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018). Quando o profissional é valorizado, bem remunerado, com estrutura boa de trabalho e apoio da gestão, a probabilidade de estar insatisfeito e transferir essa insatisfação aos cuidados com os pacientes, certamente diminui, levando a uma relação com o usuário mais saudável (PALHETA; OLIVEIRA; LIMA, 2020).

“O serviço dos profissionais é muito bom (ENTREVISTADO USU 03_RS). Se esforçam para aprender e chamar pelo nome, é bem acolhido, bem tratado. A troca de turno no final da tarde com a passagem de informações dos jesuítas (GF_RS). O cuidado é focado nas necessidades de cada um (GF_SP). Capacidade de empatia (ENTREVISTADO USU 01_RS). São carinhosos e dedicados (ENTREVISTADO USU 12_BH). Sempre disponíveis (ENTREVISTADO USU 14_SP). A gentileza no cuidado (ENTREVISTADO USU 02_RS). O serviço atinge as pessoas como um todo (ENTREVISTADO USU 04_RS). Atenciosos e pacientes (ENTREVISTADO USU 05_SP). São alegres e felizes (ENTREVISTADO USU 07_CE). Demora de atender, não resolvem a necessidade dos jesuítas, falta de profissionalismo (ENTREVISTADO USU 10_BH). Se não recordar o médico das coisas, ele não toma à frente” (ENTREVISTADO USU 08_CE).

Os usuários avaliam como bom os serviços dos profissionais, algumas dimensões são apontadas que justificam esta avaliação, como aprender e chamar o jesuíta pelo nome, a acolhida e o bom trato. A troca de plantão entre os profissionais, o cuidado direcionado às necessidades, a empatia, o carinho, a dedicação, a disponibilidade, a gentileza, a integralidade, a atenção, a paciência, a alegria e a felicidade, medidas indispensáveis para um cuidado preventivo, integrado e humanizado. Entretanto, constata-se a insatisfação quanto aos serviços de alguns profissionais, no que tange à morosidade no atendimento, falta de resolutividade e profissionalismo.

O acolhimento não é apenas uma atividade de recepção nas instituições de saúde, ele é uma atitude e uma técnica de conversa que pode ocorrer em qualquer momento do atendimento e por qualquer profissional de saúde. Trata-se de ouvir, escutar as demandas e dar respostas efetivas às necessidades demandadas pelos usuários (PALHETA; OLIVEIRA; LIMA, 2020). O interesse do profissional em estar presente, dialogar e escutar o que a pessoa assistida tem a dizer, demonstra uma postura acolhedora e destaca o indivíduo enquanto singular, gerando sentimentos de bem-estar, segurança e satisfação, estreitando a relação supracitada e favorecendo uma assistência pautada na perspectiva da humanização (MATSUOKA *et al.*, 2019).

Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como a ação terapêutica, adequação nas formas de organização dos serviços de saúde e a humanização das relações em serviços (BRASIL, 2010). A humanização hospitalar, possibilita a ampliação do bem-estar tanto de pacientes como dos profissionais, contribuindo para a minimização do tempo de internação e absenteísmo (DE CARLO *et al.*, 2018).

A passagem de plantão procura estabelecer comunicação objetiva e clara, a respeito das intercorrências com os pacientes, além dos assuntos referentes à gestão em enfermagem, sendo geralmente subsidiada por protocolos que organizam este processo e proporcionam segurança (HOLLY; POLETICK, 2014). É uma atividade fundamental, sendo um mecanismo estratégico para a organização do trabalho. Por meio desta atividade é possível assegurar a continuidade da assistência aos pacientes nos diferentes turnos de trabalho, independente das mudanças de equipes (SILVA *et al.*, 2016).

A empatia na área da saúde é um instrumento indispensável de fim diagnóstico e terapêutico e envolve a escuta ativa, identificação de problemas e de emoções vinculadas a eles e expressão de linguagem corporal. Os autores mencionam ainda desdobramentos da capacidade empática sobre o sentimento de segurança do paciente, tanto em quesitos técnicos quanto humanizados (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017). A relação com o profissional de saúde é valorizada na duração do tempo disponibilizado à consulta para poder conversar sobre seus problemas e tirar dúvidas (PROTÁSIO *et al.*, 2017).

A avaliação da assistência à saúde sob a perspectiva do usuário é uma ferramenta de grande importância para identificar aspectos e situações que interferem positivamente no atendimento à população, bem como identificar os principais fatores geradores de insatisfação (MELO *et al.*, 2021). O julgamento do usuário com relação à sua experiência em um serviço de saúde depende do seu *habitus*, sistema de disposições que orientam suas percepções (BOURDIEU, 2006).

Nas entrevistas realizadas com os usuários, envolvendo as quatro comunidades de saúde e bem-estar, perguntou-se como se sente cuidado nesta CSBE, conforme se observa nas falas abaixo.

“Me sinto ótimo, não falta nada, os remédios são dados na hora certa, tudo é preparado de acordo com a saúde de cada um (ENTREVISTADO USU 01_RS). Me sinto muito bem cuidado e acolhido (ENTREVISTADO USU 12_BH). Tratam bem a gente, os profissionais valorizam a vida da pessoa (ENTREVISTADO USU 13_BH). Somos cuidados até demais, a comida é pensada de acordo com a idade e a situação clínica de cada um (ENTREVISTADO USU 14_SP). Me sinto muito bem, os profissionais perguntam, tem interesse de saber como que a gente está (ENTREVISTADO USU 02_RS). Me sinto seguro e cuidado de todas as maneiras (ENTREVISTADO USU 03_RS). No atendimento pessoal, não tenho queixa nenhuma, pelo contrário, são até exageradamente preocupados (ENTREVISTADO USU 05_SP). Vejo tudo organizado, as pessoas nos respeitam e fazem o trabalho com muito amor e dedicação (ENTREVISTADO USU 06_SP). Me sinto muito bem, tratam todos igual, providenciam tudo que não falta nada” (ENTREVISTADO USU 07_CE).

São vários os fatores que contribuem para que os usuários se sintam bem cuidados. Pode-se destacar o profissionalismo, a valorização da vida humana, a alimentação pensada de acordo com a situação de saúde de cada um, o interesse dos profissionais em saber como o jesuíta está, a organização, o respeito, a dedicação, a humanização e o amor. São atitudes que os usuários avaliam como positivas no processo do cuidar. O acolhimento enquanto momento e enquanto atuação singular de encontro com o outro no cuidado em saúde, precisa proporcionar, tanto para técnicos, quanto para usuários do serviço, ainda que se considere que os papéis de usuários e técnicos são distintos, um ambiente de cuidado, respeito e acolhida (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

O acolhimento pode ser compreendido como forma de criar um vínculo com o usuário. Este é caracterizado pela escuta sensível das queixas do paciente, em qualquer momento do seu atendimento. O vínculo, por sua vez, se mostra na atenção humanizada prestada no serviço, na convivência e nas trocas de saberes não apenas com o paciente, mas também durante todo convívio com a equipe (ARRUDA; SILVA, 2012). Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como a ação terapêutica (BRASIL, 2010).

O vínculo apresenta-se articulado aos conceitos de humanização, responsabilização e da integralidade do cuidado, por meio do envolvimento entre os diferentes sujeitos envolvidos é capaz de fazer uma aproximação mútua entre estes indivíduos (ILHA *et al.*, 2014). Constitui uma importante estratégia de cuidado da prática profissional no que tange à reorganização dos serviços assistenciais de saúde direcionados ao paciente, no sentido da garantia dos direitos do acesso universal, o atendimento humanizado e a resolutividade dos serviços (BACKES *et al.*, 2015). A responsabilização, acesso, autonomia, acolhimento, confiança, afetividade na relação terapêutica e continuidade são vínculos considerados importantes e indispensáveis aos usuários jesuítas.

4.2.7 Subcategorias por similaridade: investimento em profissionais x oportunidade de ampliar os serviços

O modelo de gestão em saúde na Província dos Jesuítas Brasil, investiu na contratação de novos profissionais, como enfermeiros, nutricionista, farmacêutico,

médicos, fisioterapeutas, entre outros, com o propósito de deixar as quatro comunidades de saúde e bem-estar no mesmo patamar.

“Propõe-se um profissional de nutrição que oriente a dieta de acordo com a situação de saúde de cada jesuíta. Rever a carga horária e salário do profissional fisioterapeuta, devido a muitos jesuítas acamados e dependentes. Um profissional enfermeiro e médico está sendo pensado, para melhor atender os jesuítas (ANÁLISE DOCUMENTAL). Os jesuítas procuram as equipes interdisciplinares por meio das comunidades de saúde e bem-estar, onde se busca resolver a maior parte dos problemas (GF_CE). Com o trabalho das equipes interdisciplinares, houve redução dos exames (GF_RS). Reduziu-se em custos com laboratórios e hospitais (ENTREVISTADO STAK_11). Diminuiu as consultas médicas, o tempo de internação e melhorou no acompanhamento das medicações (ENTREVISTADO STAK_13). A contratação de um médico foi uma coisa muito boa, consegue-se resolver muitas coisas, sem precisar levar para o hospital (ENTREVISTADO STAK_19). A procura pelos serviços das comunidades de saúde e bem-estar, cresceu enormemente pelos jesuítas (ENTREVISTADO PROF 22_CE).

Por meio dos dados da análise documental, percebe-se que ocorreu a proposição de um nutricionista no período em que o modelo de gestão em saúde estava sendo implantado, o aumento da carga horária e salarial do profissional fisioterapeuta, levando em consideração a realidade da comunidade de saúde e bem-estar e a proposta de contratar um profissional enfermeiro e um médico. São ações que envolvem investimento em profissionais para melhorar o atendimento aos jesuítas. Em outras falas, observa-se que os jesuítas estão buscando mais os serviços de saúde por meio das comunidades de saúde e bem-estar e que as equipes interdisciplinares, conseguem resolver no local a maioria das situações apresentadas, trazendo economia à instituição. Aponta-se que os investimentos em profissionais impactam financeiramente, evitando exames desnecessários e hospitalizações prolongadas.

A interdisciplinaridade tem sido considerada uma metodologia próxima do princípio da integralidade, denotando interação, reciprocidade, diálogo e conseqüentemente transformação, além de efetuar resolução de problemas de maneira articulada (FAZENDA; VARELLA; ALMEIDA, 2013). Como um caminho para ampliar conhecimento sobre determinado assunto, considerando conceitos sociais, integração cultural, forças sociais, conceitos disciplinares como psicologia, economia, antropologia, levantando novas questões no âmbito de paradigmas de determinados conceitos, sobre determinado assunto (SAGY; MANA, 2016).

A base do cuidado interdisciplinar é não somente o acordo de ideias entre membros de uma equipe, mas as relações de comunicação e negociação clínica contínua que delibera estratégias para o cuidado e controle de doenças (ASSEIN et

al., 2016). Evidências produzidas no Canadá, Suécia, Reino Unido e Austrália chamam atenção para investimentos e incentivos direcionados à melhoria da comunicação entre profissionais de saúde com reuniões regulares que oportunizem a tomada de decisão em equipe, pois se repercute com sucesso na melhoria do atendimento, das funções, metas e visão compartilhada (O'REILLY *et al.*, 2017).

“O estudo pode se projetar para comunidades nacionais e internacionais dos jesuítas, para outras congregações religiosas e para o sistema de saúde brasileiro (ANÁLISE DOCUMENTAL). Esse modelo deve e poderia ser ampliado, inclusive na saúde pública. A ideia é de ampliar em diferentes regiões do Brasil, falando aqui em parcerias com hospitais, clínicas, laboratórios para os jesuítas que estão fora das comunidades de saúde e bem-estar (GF_RS). Ampliar os espaços das comunidades de saúde e bem-estar para as comunidades externas (ENTREVISTADO STAK_12). Ter uma abertura de criar um sistema nacional multiplicado (ENTREVISTADO STAK_15). Temos uma organização continental como no nosso país, que pode iluminar outra experiência de um outro lugar (ENTREVISTADO STAK_09). O modelo de gestão pode ser ampliado para outros estados, principalmente em regiões remotas onde o acesso à saúde ainda é precário (ENTREVISTADO PROF 01_RS).

O modelo de gestão em saúde, aplicado aos jesuítas do Brasil, tem a oportunidade de ser ampliado em outros países onde a instituição está presente, como também para outras congregações religiosas e para o sistema de saúde brasileiro. A autogestão poderia ser ampliada para outros estados, principalmente em regiões remotas onde o acesso à saúde ainda é precário. Pensar em formas de ampliar os espaços das comunidades de saúde e bem-estar para atender mais jesuítas externos e a abertura de criar um sistema nacional multiplicado.

4.2.8 Subcategorias por similaridade: desafios regionais x oportunidades regionais

Quanto aos desafios e oportunidades regionais para o modelo de gestão, contata-se as diferenças culturais regionais existentes no Brasil. A população brasileira foi constituída com contingentes originários de várias partes do mundo. É importante considerar a diversidade cultural interna, para compreender melhor o país (SANTOS, 2006).

“São contextos e culturas diferentes, tem-se o desafio de um modelo único a considerar as especificidades de cada jesuíta e região na multifacetada diversidade brasileira (ANÁLISE DOCUMENTAL). Onde estão alocadas as comunidades de saúde e bem-estar eram regiões das antigas províncias (GF_SP). O principal desafio é a questão cultural do jesuíta, porque o jesuíta do Nordeste, tem uma percepção cultural diferente da do Sul, como é diferente do centro do Brasil (GF_RS). As regionalidades e culturas locais, o deixar-se cuidar em outros lugares ainda é um desafio. Não é simples oferecer de maneira organizada um trabalho que tem de considerar a cultura local, institucional e

organizacional. Toda nova gestão traz uma nova cultura. O respeito às regionalidades são componentes importantes (QUEST_STAKHOLDERES). Sabe-se que por uma questão cultural e de contextos, nem todas as comunidades de saúde e bem-estar, seguem um mesmo ritmo (ENTREVISTADO STAK_01). O modelo de gestão traz uma crítica a outros modelos e esse pensado para dentro de um Brasil tão grande. A questão cultural é importante para os idosos, porque o idoso tem a memória do vivido e do vivido mais antigo. Como que o idoso vai conviver com uma realidade que é afetiva, corporal e cultural? (ENTREVISTADO STAK_15). No Brasil são muitas culturas, então não é fácil a gente uniformizar uma linguagem com culturas tão díspares, com culturas tão diferentes” (ENTREVISTADO STAK_08).

Na análise documental, percebe-se que havia a consciência das nuances culturais na proposição do modelo de gestão de abrangência nacional. Outros pontos elencados, pode-se destacar a localização geográfica em que as comunidades de saúde e bem-estar estão alocadas, regiões essas que faziam parte das antigas províncias, e é natural que os jesuítas que pertenciam a essas províncias, apresentarem preferências para serem cuidados nestas regiões, por vários motivos, entre elas a cultural. O respeito às regionalidades é algo que deve ser considerado no modelo de gestão. E o entendimento e compreensão que por fatores culturais, o modelo de gestão se concretiza em ritmos e dinâmicas diferentes.

Os jesuítas influenciaram fortemente no desenvolvimento social, cultural e linguístico do Brasil, tendo contribuído fortemente para o nascer da nação e da identidade do Brasil (FURLONG,1994). A influência que a Companhia de Jesus exerceu na formação da memória brasileira é um fato conhecido à exaustão que quase todas as fontes do Brasil colonial estão ligadas aos jesuítas (KARNAL, 1998). A cultura é um conjunto de princípios herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade, princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como se comportar em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural (HELMAN, 2003). A cultura é uma arte, é um sistema de símbolos e significados, envolvendo diferenças e semelhanças. Contemporaneamente, existe uma multiplicidade de culturas, de povos, de classe social, etnia, religião, clima, economia, diferenças sociais e culturais. A multiplicidade de culturas e as diferenças sociais sempre existiram no Brasil (OLIVEIRA, 2017).

A diversidade das culturas humanas está atrás de nós, à nossa volta e à nossa frente. A única exigência que podemos fazer a seu respeito é que cada cultura contribua para a generosidade dos outros (LÉVI-STRAUSS, 1985). A

diversidade pode significar variedade, diferença e multiplicidade. A diferença é a qualidade do que é diferente, o que distingue uma coisa da outra, a falta de igualdade ou de semelhança (ABRAMOWICZ, 2006). A diversidade cultural faz parte da história do Brasil, o qual é composto por um território amplo, extenso e diversificado, sendo que os principais disseminadores da cultura brasileira são primeiramente os povos indígenas, em seguida, os colonizadores europeus e os escravizados, e posteriormente, os imigrantes italianos, japoneses, alemães, poloneses, árabes, entre outros (OLIVEIRA, 2017).

No que se refere à compreensão e diferenciação da cultura organizacional, regional e jesuítica. A cultura organizacional pode ser analisada em diferentes níveis, como os aspectos visíveis e tangíveis, os invisíveis e os valores (RAPOSO, 2020). Enquanto a cultura regional se distingue das outras culturas pelas suas tradições e costumes, podendo ser rural ou urbana. A cultura dos jesuítas se distingue das demais por se caracterizar pelo espírito de serviço e pela busca do melhor. Essa busca não é só quantitativa, mas também qualitativa, servindo sobretudo os mais frágeis, os que foram marginalizados ou deserdados, resgatando sua dignidade e seu sentido de valor. Algumas frentes de serviços são a educação em colégios e universidades, a espiritualidade por meio dos exercícios espirituais e de acompanhamento, o trabalho missionário junto às pessoas menos favorecidas. As pessoas que são atendidas pelos jesuítas têm um elo comum, uma linguagem.

A cultura de uma sociedade é formada pela produção de bens e valores, que por meio das coordenadas de tempo e espaço, caracterizam as identidades de seus membros, construindo memórias afetivas (MOURÃO; OLIVEIRA, 2021). A função humana de memória é a capacidade de adquirir, armazenar e recuperar informações e fatos obtidos por meio de experiências observadas ou vividas e repassá-las às novas gerações (BARROS, 1999). O ser humano está afetivamente presente no mundo, tanto nas relações com os outros, quanto com os artefatos e os espaços que o cercam (LÍRIO, 2010). A memória afetiva permite que as pessoas possam reviver o passado pelo conjunto de imagens, sons, sabores e cheiros, em busca de momentos emotivos (OLIVEIRA, 2017).

“A unificação do cuidado nas diferentes regiões do Brasil (GF_SP). Considerar o percurso de cada jesuíta com as nuances culturais. Acolher a particularidade de cada jesuíta, com sua história e suas diferenças geográficas (QUEST_STAKHOLDERES). As comunidades de saúde e bem-estar estão abertas para acolherem os jesuítas de todas as partes do Brasil e preparadas com as mesmas condições (ENTREVISTADO

STAK_18). *A Companhia de Jesus tem a oportunidade de poder sistematizar práticas diferentes com um mesmo propósito a nível nacional* (ENTREVISTADO STAK_02). *Aos poucos vai se percebendo algumas mudanças culturais nos jesuítas, seja no processo de aceitação e compreensão dos espaços de cuidados, entre outras* (ENTREVISTADO STAK_01). *Há a oportunidade de traduzir diferentes linguagens em prol de um objetivo em comum*” (ENTREVISTADO STAK_08).

A dimensão nacional do cuidado, a consideração e a acolhida aos jesuítas, considerando as nuances culturais, o preparo das comunidades de saúde e bem-estar para receberem jesuítas de qualquer parte do Brasil, a sistematização de práticas e a tradução de linguagens com um mesmo objetivo e as mudanças culturais iniciais apresentada pelos jesuítas, são apontadas como oportunidades regionais para o modelo de gestão. Um país com dimensão continental como é o Brasil e com suas nuances culturais, apresenta-se o desafio cultural, que pode ser uma oportunidade, levando em consideração as riquezas e os aprendizados que se apresentam.

A definição de cultura e as dimensões culturais não se aplicam somente a divisão de países, mas também devem se aplicar a diferentes regiões de um país. No caso do Brasil, apresenta diferenças geográficas, climáticas, econômicas, linguísticas e de composição étnica (HOFSTEDE *et al.*, 2010). O Brasil é um país rico em conhecimentos, saberes e diversidade cultural. As diferenças culturais são essenciais em todas as sociedades, pois são as diferenças que fazem a diferença, é a diversidade que oferece oportunidade de conhecer o outro, de respeitar, entender, analisar e estudar os conhecimentos culturais passados, na busca de enriquecer as diversas culturas do presente (OLIVEIRA, 2017).

O processo de regionalização deve ser compreendido, como um modo de organização das ações e dos serviços de saúde em uma região cujo objetivo é assegurar a integralidade da atenção, propiciar a racionalidade dos gastos, bem como a equidade e a otimização dos recursos (MORAIS; CHAVES, 2016). Se imaginarmos um mundo sem diversidade, deveríamos pensar num mundo sem abrangência, e sem a variedade de conhecimento que temos, pois seríamos todos um povo da mesma cultura, e nesse contexto, não haveria as diferenças para complementar as relações entre as pessoas e o mundo (SOARES, 1986). É necessário conviver com as diferenças, a fim de reconhecê-las, respeitá-las, como também, crescer pessoalmente e profissionalmente através das diferenças, da diversidade (CANDAU, 2002).

4.2.9 Subcategorias por similaridade: racionalização e otimização dos custos x compra de medicação em escala

Concomitante ao modelo de gestão implantado em 2015, iniciou-se o planejamento estratégico a curto, médio e a longo prazo, a elaboração anual dos orçamentos para as quatro comunidades de saúde e bem-estar e para o setor da gestão da saúde BRA, a compra de medicamentos em escala para todos os jesuítas do Brasil, garantindo a todos os jesuítas, independente do estado, receber suas medicações periodicamente. Investiu-se em ter um profissional farmacêutico e espaço de infraestrutura na comunidade de saúde e bem-estar de São Leopoldo/RS, criando uma central de distribuição. O fluxo se dá pelo envio periodicamente das receitas médicas dos jesuítas ao farmacêutico. É nessa comunidade de saúde e bem-estar que estão alocados o gestor e o gerente da saúde dos jesuítas do Brasil.

“As ferramentas de gestão e de controle das ações e serviços devem acompanhar o incremento de qualidade de modo a possibilitar que os recursos disponíveis sejam racionalmente distribuídos e utilizados. A adoção de metodologias de controle e de negociação por instrumentos científicos é imprescindível para a manutenção do equilíbrio orçamentário no cuidado aos jesuítas, trarão também redução de custos hospitalares e com especialistas externos. Medicamentos que estiverem com valor melhor do que a tabela da distribuidora, serão adquiridos pela comunidade de saúde e bem-estar (ANÁLISE DOCUMENTAL). É um gerenciamento de custos otimizado (GF_RS). Evitar ter que refazer exames, que tem um custo alto (ENTREVISTADO STAK_9). O modelo de gestão racionalizou os processos (ENTREVISTADO STAK_2). Melhor racionalização dos recursos (ENTREVISTADO STAK_13). Uma boa gestão dos recursos poderá significar um melhor atendimento para os jesuítas no futuro” (QUEST_STAKHOLDERES).

Na análise documental, percebe-se a proposição de ferramentas de gestão e de controle como meio de acompanhar os serviços e racionalizar os processos. Dentro das ferramentas de gestão estratégica, ocorre a elaboração dos orçamentos anuais na saúde, sendo apresentado os dados mensalmente. Como forma de racionalização e otimização dos custos, iniciou-se a aquisição das medicações em escala. O conhecimento que se tem da saúde do jesuíta, por meio dos profissionais, consegue-se otimizar os serviços, evitando exames desnecessários, racionalizando os processos e reduzindo custos.

O orçamento como ferramenta de gestão está presente no convívio do ser humano desde a idade das cavernas, quando já era necessário estabelecer previsões de alimentos com base em informações e cenários internos e externos. É uma forma de expressão do planejamento estratégico em números, uma expressão

quantitativa e formal dos planos da organização (ZANOTTO, 2020b). O planejamento estratégico vem colaborar com a alta direção da instituição para programar seus recursos e diagnosticar, onde devem ser aplicados conforme sua missão (JUCÁ; GOMES, 2021).

A racionalização de gastos e redução de custos é um aspecto importante na adoção da atenção domiciliar como alternativa de assistência à saúde (SILVA *et al.*, 2014). O efeito do programa melhor em casa, reduziu os gastos com internações hospitalares em aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013 (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019). Alguns mecanismos para a redução dos custos, como a utilização da atenção domiciliar, a abreviação da internação domiciliar e a desospitalização (ANDRADE *et al.*, 2013). O foco nos profissionais de saúde, tecnologia, reorganização dos serviços e desperdício, destacam-se como sendo quatro pilares de atuação fundamentais para uma eficiente redução de custos sem prejuízo da qualidade (ANDRÉ, 2020).

A seleção de medicamentos é a base sob a qual se desenvolve o ciclo da assistência farmacêutica, levando em consideração critérios tais como a eficácia, segurança, conveniência para o paciente, a qualidade, e o custo dos medicamentos, permitindo assim a escolha daqueles que possuam a melhor relação custo-benefício (WANNMACHER, 2010). Os medicamentos são considerados insumos essenciais à garantia da atenção em saúde, sendo importantes ferramentas com as quais se desenvolvem ações assistenciais de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

“Com a compra direta com os fornecedores, financeiramente, sem dúvida há uma questão enorme de economia e de qualidade (GF_RS). Os medicamentos não faltam para os jesuítas (GF_BH). A economia no controle de material de enfermaria (STAK_18). A gestão centralizada dos medicamentos está significando uma redução de custos (ENTREVISTADO STAK_11). A distribuição dos medicamentos feito de forma organizada (ENTREVISTADO STAK_12). Fica mais barato a compra das medicações em escala (ENTREVISTADO PROF 15_BH). A compra conjunta dos medicamentos diminui os custos (ENTREVISTADO STAK_13). A economia na compra dos medicamentos (ENTREVISTADO STAK_18). A aquisição centralizada fica mais barato (ENTREVISTADO STAK_03). No passado se gastava muito em medicamentos (ENTREVISTADO STAK_05). Se acompanha o histórico dos medicamentos dos jesuítas (ENTREVISTADO STAK_08). Acertou-se na contratação do profissional farmacêutico que permite essas negociações com diminuição de custos (ENTREVISTADO STAK_09).

A compra das medicações em escala traz economia, qualidade, segurança, redução de custos, organização e acompanhamento personalizado. A centralização, o controle e a organização dos processos, trazem segurança e satisfação ao jesuíta.

Os enfermeiros de cada comunidade de saúde e bem-estar, enviam para o farmacêutico mensalmente as receitas atualizadas. O local de cotação e aquisição dos medicamentos fica na comunidade de saúde e bem-estar de São Leopoldo, onde também está a gestão da saúde BRA. Percebe-se nas falas dos entrevistados, que havia um custo elevado com as medicações.

A eficiência está associada a critérios de economicidade e pode ser obtida na gestão, na operacionalização, na utilização dos recursos e em todas as atividades administrativas e financeiras. Ter eficiência na aquisição de produtos com qualidade assegurada e em quantidades apropriadas por um preço razoável, viabiliza a economicidade dos recursos e no caso específico da aquisição de medicamentos, ampliando a eficácia da assistência farmacêutica (PETERS; CASTRO; CAVALCANTI, 2022). Os cuidados com saúde apresentam custos elevados e são um grande desafio para os gestores. Boa parte dos custos é oriunda das aquisições de medicamentos, e recorrer às formas que auxiliem na redução dos custos, equalizando a maximização entre benefícios de saúde e acesso aos medicamentos, torna-se cada vez mais relevante (ARAÚJO, 2015).

Outros fatores também podem contribuir para a redução dos gastos com medicamentos, como realizar compras programadas e de medicamentos genéricos, conhecer o fornecedor, conhecer o produto, estabelecer regras claras com os fornecedores e cumpri-las e constituir um sistema de compras em que os compradores sejam facilmente identificados (PICOLINI *et al.*, 2016). Comprando em grande escala e incrementando o poder de barganha, possibilita a redução no preço dos medicamentos (AMARAL; BLATT, 2011). Um dos ganhos na compra em escala de medicamentos é a racionalidade dos processos (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

Anteriormente, cada jesuíta comprava as suas medicações em diferentes farmácias e isso gerava altos custos e não havia o acompanhamento da atualização das receitas e farmacoterapêutico, como ocorre atualmente. Para chegar nesse processo de centralização, a instituição investiu em profissionais responsáveis técnicos que garantam diante da legislação a compra direta das distribuidoras, chegando a economizar até 30% no valor final e trazendo uma economia de quase 400 mil anualmente (RELATÓRIO INTERNO DA INSTITUIÇÃO, 2022).

4.2.10 Subcategorias por similaridade: desafios internos da instituição x oportunidades internas da instituição

Nesta similaridade são apresentadas algumas dimensões que são consideradas como desafios internos para a instituição, o que pode ser uma oportunidade, conforme Apêndice S. Entre os desafios elencados estão a hierarquização do poder na instituição, a relação da igreja com o corpo, a ausência de uma cultura preventiva em saúde, a desmistificação dos espaços das comunidades de saúde e bem-estar, o envelhecimento populacional da instituição, a preocupação com a saúde mental dos jesuítas, a falta de um responsável pela saúde dos jesuítas em missão, a acomodação de alguns jesuítas que ainda poderiam contribuir na missão, o uso excessivo dos recursos em saúde pelos jesuítas mais jovens e o questionamento quanto a felicidade no processo terminal de um jesuíta.

O poder quando não dialogado e compartilhado pode interferir nos processos internos da instituição. A hierarquização da igreja é estruturada verticalmente, a autoridade é exercida por um poder eclesial, organizado hierarquicamente, distinguindo o poder de ordem e o poder de jurisdição. O Papa detém a jurisdição suprema sobre a igreja universal, sua autoridade é ilimitada e não depende de nenhum outro órgão de governo (LACOSTE, 2004). A hierarquia da Companhia de Jesus é constituída com o Superior Geral, eleito pela Congregação Geral para governar toda a ordem dos jesuítas em caráter vitalício, residindo na Cúria Generalícia em Roma. Junto ao seu governo conta com os provinciais e os provinciais em cada país, contam com o auxílio dos superiores locais (COMPANHIA DE JESUS, 2021).

Quanto à relação da Igreja com o corpo, relaciona-se com a história da instituição, uma vez que a Igreja deu mais ênfase para o transcendente e pouco para o imanente, ou seja, uma separação do corpo, visto como matéria e para o espírito, a alma. A relação da Igreja com o corpo, herdou-se da Idade Média as tradições culturais antigas, as concepções e separações entre corpo e alma. Para Platão a alma seria eterna, não criada e o corpo seria sua habitação, havendo uma clara desvalorização do corpo, que deveria obedecer aos impulsos da alma.

O cristianismo medieval recebeu tal concepção de corpo e alma, porém modificando a ideia da alma não criada. Para o cristianismo a alma seria eterna e

criada, criada por Deus. Durante a idade média, houve um esforço em hierarquizar corpo e alma, tendo a alma superior ao corpo, sendo esse apenas uma prisão carnal e imperfeita. O cristianismo transformou o corpo em vilão, alterando o pecado original, de um pecado da alma, o pecado original passou a ser um pecado do corpo (SCHMITT, 2006).

Em nossos dias assistimos a uma evidenciação do corpo, não sem ambiguidades, por um lado, assistimos a um culto do corpo e à sua mercantilização, incluindo a gama de produtos que isso supõe para adequá-lo ao padrão corporal ocidental, por outro lado, experimentamos a necessidade de superação da dicotomia corpo-espírito, muito arraigada na cultura e na espiritualidade. O corpo fala, escutemos a sua linguagem, seus gritos, seus sussurros e seus silêncios (OLIVEIRA, 2022). O corpo é um objeto de análise muito importante, pois se trata de um componente intrínseco do processo de produção da saúde-doença, ao ponto que também se configura enquanto biológico e social (PEDROSO; GUIMARÃES, 2017).

Vive-se numa sociedade que supervaloriza o corpo, estereotipando a imagem do corpo da pessoa idosa. O preconceito em relação aos idosos decorre da supervalorização da juventude como única forma de beleza e dinamismo (GAETA; MELLO, 2021). Com o novo cenário que emerge sobre a longevidade, a sociedade precisa tratar de forma mais respeitosa esses sujeitos, considerando a oportunidade de envelhecer como um fator positivo (MINÓ; MELLO, 2021). A Igreja não pode nem quer conformar-se com uma mentalidade de impaciência, e muito menos de indiferença e desprezo, em relação à velhice (FRANCISCO, 2015). Nas estratégias de diálogo sobre envelhecer, devem estar presentes a reflexão sobre a hospitalidade, o cuidado e a paciência, para que haja mais motivação das pessoas em relação à humanização (FRANCISCO, 2020).

Quanto à conscientização interna voltada para uma cultura preventiva em saúde, em que o envelhecimento saudável é um fator importante para o jesuíta ficar mais tempo em missão. O envelhecimento na antiguidade é um direito para poucos, ao longo do tempo com o desenvolvimento da humanidade, houve um alongamento no tempo de vida, atualmente não é mais um privilégio chegar a uma idade avançada (VERAS; OLIVEIRA, 2018). O envelhecimento saudável é concebido como um processo que se mantém relevante ao longo da trajetória de vida, e deixa de ser considerado como uma condição de saúde de determinada pessoa de certa

idade (OMS, 2015). É necessária uma mudança no estilo de vida, nos hábitos alimentares e físicos, e acompanhamento periódico com uma equipe de saúde, para que haja um envelhecimento saudável (DAWALIBI *et al.*, 2013).

Assim como na vida religiosa em geral, a instituição apresenta o desafio do envelhecimento populacional e da entrada de novos componentes. O processo de envelhecimento das congregações religiosas, tem gerado a necessidade de ressignificar o modo de ser e agir frente às limitações que o envelhecimento impõe ao grupo (SANTOS *et al.*, 2021). Diante da crise de credibilidade da Igreja, a vida religiosa, mais diminuída nos membros, mais envelhecida, mais desgastada pelo peso da instituição, está determinada a responder com novidade e, por isso, não deixa de se formar com a consciência de que são necessárias melhores testemunhas, não poupa esforços para refletir, em discernir onde se encontram os horizontes da novidade e da ressignificação (MODINO, 2022).

Na preocupação com a saúde mental dos jesuítas, considerada parte integrante e essencial da saúde, corresponde a um estado de bem-estar, em que o indivíduo percebe seu próprio potencial, sabe lidar com as tensões habituais da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir para a sua comunidade. Todos os indivíduos e sociedades devem preocupar-se em promovê-la, protegê-la e acima de tudo recuperá-la, pois o adoecimento mental acarreta incapacidade e sofrimento, devido às inúmeras perturbações mentais que causam, podendo ser resultado de causas biológicas, genéticas e psicológicas, do uso abusivo de substâncias psicoativas, assim como de fatores sociais e ambientais adversos (VIEIRA; BARROS; FIRMINO, 2020).

As pessoas que desempenham papéis sociais de ajuda têm o nível de estresse bastante aumentado, pois essas profissões são emocionalmente desgastantes, chegando a levar, frequentemente, a estados de pânico e depressão. São pessoas que em seu dia a dia se relacionam intensamente com outras, como é o caso de médicos, policiais, sacerdotes, enfermeiros, professores e assistentes sociais. O religioso que deve ser fonte de refúgio e de apoio para todos os que buscam ajuda, a qualquer hora, e que não tenha ninguém a quem se dirigir quando tem um problema pessoal, é também ele um sujeito que está em perigo. A observação na prática clínica não raras vezes, constata que um bom número dos padres e religiosos apresentam queixas de uma progressiva perda de energia,

esgotamento, irritação, desmotivação pelo trabalho pastoral, ao lado de vários sintomas de ansiedade, pânico e depressão (MORAIS, 2008).

No uso excessivo dos recursos em saúde pelos jesuítas mais jovens, aparece a preocupação do desenvolvimento da hipocondria, deixando essa faixa etária vulnerável a esse comportamento. Percebe-se nas falas que os jovens estão usando mais os serviços de saúde em comparação às outras faixas etárias. A hipocondria é uma doença que se caracteriza pelo sentimento de angústia com o corpo e com o adoecimento, gerando manifestações em qualquer idade, prevalecendo os casos entre 20 e 30 anos (BOCCHI, 2020). Se manifesta por meio de uma preocupação excessiva e exagerada com o adoecimento, com remédios sempre à vista e sendo ingeridos, sintomas de patologias que não estão presentes no corpo e alta troca de médicos (SOUZA, 2020). Há muito mais homens tratando a hipocondria do que mulheres (SILVA *et al.*, 2019).

No que tange à felicidade no processo terminal de um jesuíta, e o significado disso como incentivo para que outras pessoas queiram ser jesuítas ou não. O ato de se questionar acerca da felicidade, revisita uma avaliação global da própria vida ou de um domínio específico, desencadeia a atuação de fatores que servem como base para o julgamento do próprio bem-estar (SHIMMACK, 2008). A consistência da felicidade é mais profunda e segue relação com as questões pessoais, como projetos de vida, o cuidado de si, a autoestima, o autoconhecimento, a satisfação racional dos desejos e prazeres, participação familiar, em grupos de convivência, saúde integral, autonomia, dignidade, sexualidade, espiritualidade, paz etc. Compreender seu significado é poder transcender o conceito de bem-estar psicológico ou subjetivo, é poder pensar, que a complementação entre eles, traz experiências recorrentes e duradouras de prazer presente, aliadas à construção de sentidos genuínos e gratificantes ao longo do tempo (REICHERT, 2019).

Desde os tempos mais antigos a humanidade aspira por uma vida diferente dos desafios e incômodos aos quais experimenta, algo que seja melhor, distante daquilo que faz sofrer, ou seja, está à procura de uma vida mais satisfatória, uma vida feliz. Essa busca está impressa em desenhos, contos, mitos, poemas e canções de diversos povos, em diferentes idiomas e dialetos, em distintos momentos da história. A felicidade, enquanto busca universal, é ensinada de acordo com cada tradição sobre sua forma, requisitos e considerações para alcançá-la. Sendo assim, as nuances, eventuais contradições, influências sociais e econômicas

no interesse da humanidade por felicidade são registradas em letras garrafais ao longo do curso da história (PEREIRA; ARAÚJO, 2018).

Para os jesuítas que pertencem às comunidades de saúde e bem-estar, há um delegado de saúde como responsável, enquanto os jesuítas que estão em missão, não se têm um responsável imediato. Em 2014 com a unificação das Províncias, as estruturas de governo se modificaram, tomando um caráter nacional e não mais regional, e que inclui a indicação de um delegado para saúde, demonstrando a preocupação da instituição nesta dimensão. De acordo com o Companhia de Jesus (2021), o delegado para a saúde e bem-estar é o responsável pelas comunidades de saúde e bem-estar e acompanha os processos pessoais de saúde dos jesuítas adscritos a elas, conforme estabelecido no programa de saúde da província.

No desafio de conscientizar os seus integrantes na compreensão dos espaços das comunidades de saúde e bem-estar, como um lugar de cuidado, passa pela mudança de paradigma, onde se construiu uma imagem negativa de espaços fechados, regras minuciosas que são colocadas em prática de limitar e homogeneizar as atividades diárias (GOFFMAN, 1974). O modelo de gestão por meio do cuidado, proporciona confiança, conforto e segurança, o que pode ser um risco para alguns jesuítas que ainda poderiam contribuir na missão, se acomodarem nas comunidades de saúde e bem-estar.

Quanto às oportunidades elencadas estão o fluxo que se dá nos atendimentos aos jesuítas facilita a missão dos superiores, a reflexão com o cuidado com o corpo, que precisa ser despertado, tocado, respeitado nas suas necessidades e não censurado, a elaboração da autobiografia dos jesuítas, o preparo continuado para um envelhecimento saudável, ativo e inserido na missão, a conscientização dos jesuítas jovens para a prevenção em saúde, o cuidado como uma política da instituição, uma atitude preventiva de atividade física e de uma alimentação balanceada, os jesuítas tomarem consciência da importância da saúde preventiva, em vista da missão. A compreensão de que cuidar da saúde é cuidar da Companhia de Jesus, passar anualmente em uma das comunidades de saúde para um *check-up*.

Preparar os jesuítas para envelhecerem, aceitarem a dependência e acolherem a destinação para as comunidades de saúde bem-estar. Os jesuítas entenderem e visualizarem as comunidades de saúde e bem-estar, como um lugar

diferenciado de cuidado e de acompanhamento médico. Por meios digitais, continua apoiando, tendo contato com o público externo e sendo assistido pelos profissionais. Alguns jesuítas que precisam de cuidados e apresentam lucidez, poderiam continuar colaborando com a Igreja e com as editoras, processo de escrita, correção e tradução de textos, ajudaria inclusive na saúde mental. O modelo de gestão em saúde segue em direção à medicina do futuro, do médico da família. Poderia melhorar nas cores nas infraestruturas, a aplicação dos sentidos no envelhecimento e na estrutura do governo, um responsável direto pela saúde dos jesuítas externos.

A instituição precisa dos seus integrantes saudáveis para desenvolver bem a sua missão e o quanto essa falta de prevenção, impacta financeiramente a instituição. Essa conscientização deveria iniciar já nas etapas iniciais da formação do jesuíta. É uma tendência entre o público masculino, buscar menos os serviços de saúde e quando buscam são para situações pontuais. Uma política voltada para o autocuidado, ajudaria a instituição a superar questões que atualmente poderiam ser evitadas, por exemplo, doenças crônicas, obesidade, entre outras. Percebe-se que a concepção dos jesuítas referente aos espaços das comunidades de saúde e bem-estar vem mudando. Quanto ao uso da tecnologia nesses lugares, pode ser um auxílio e um incentivo ao jesuíta de poder continuar sendo útil e produtivo, mesmo com algumas limitações físicas.

Quanto à preservação da memória por meio da elaboração das autobiografias dos jesuítas, entendendo como um patrimônio para a instituição. A memória é escrita num tempo, um tempo que permite deslocamento sobre as experiências. (SOUZA, 2007). No que tange à autobiografia, o seu significado enquanto escrita ou registro da vida, por sua vez está para escrever, desenhar e gravar, sugerindo formas de relato que vão além da linguagem em sua face verbal (MITIDIÉRI, 2010).

Na aplicação dos sentidos, uma prática presente nos exercícios espirituais de Santo Inácio de Loyola, pode ser uma forma de vivenciar e de aplicar também no processo do envelhecimento dos jesuítas. O ser humano percebe o mundo por meio dos seus cinco sentidos (PONTE, 2011). A aplicação dos sentidos é um método de oração realizado pelos cinco sentidos imaginativos ou espirituais, o primeiro é ver, o segundo é ouvir, o terceiro é cheirar, o quarto é gostar e o quinto é tocar (KÖVECSES, 2006).

O uso da internet pode trazer benefícios aos idosos no processo de comunicação nas relações interpessoais, reduzir o isolamento, estimular a mente e

melhorar a sensação de bem-estar (LECHAKOSKI; WILDAUER, 2013). As mudanças tecnológicas acompanham o envelhecimento da população e criam oportunidades como a ligação contínua com a família, orientações para o autocuidado e monitorização e cuidados de saúde (OMS, 2015). A tecnologia reflete nos ganhos de vida dos idosos, numa procura por novos conhecimentos com maior participação ativa e social (PIRES; MARQUES, 2022). As tecnologias digitais móveis transformam a rotina do idoso com uma comunicação intensificada, resultando em um processo de aprendizagem autônomo e colaborativo (SANTOS, 2021b). Os idosos estão ávidos por conhecimento. Sabem e podem utilizar o *Smartphone* como meio de comunicação e de interação. Oportunidade de exercitar a mente, a memória e aumentar a autoestima (SANTOS, 2014).

A utilização adequada das cores pode favorecer a criação de ambientes terapêuticos e estimular o fluxo de energia curativa, potencial do ser humano (SANTIAGO; DUARTE; MACEDO, 2009). Quanto aos médicos de família, marcam presença no imaginário social de várias épocas e costumam estar associados a uma prática menos tecnológica e mais interpessoal (BONET, 2014). Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural deles, respeitando sempre a sua autonomia. Desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos de acompanhamento e paliativos (WONCA, 2002).

4.2.11 Subcategorias por similaridade: desafio de adesão x oportunidades financeiras

Quanto mais adesão ao modelo de gestão, maior o potencial de barganha com os fornecedores, sendo assim, um ganho econômico para a instituição. O contexto e a organização dos cuidados, influenciam no processo de adesão, tendo o empenho dos profissionais, o interesse, a simpatia e a confiança que se estabelece com a pessoa uma importância preditiva na adesão. Os conceitos de adesão são díspares, contudo, unânimes na importância atribuída ao envolvimento da pessoa no processo de adesão (FERNANDES; CRUZ, 2018).

“Aumentar o número de jesuítas que buscam as CSBE (ANÁLISE DOCUMENTAL). Toda mudança de gestão exige empenho na comunicação das vantagens em aderir ao novo. Os jesuítas ainda têm dificuldades para confiar e aderir. A adesão dos jesuítas é

fundamental para que o modelo vigore com eficácia (QUEST_STAKHOLDERES). Resistiu-se para aderir à tecnologia (GF_MG). Ainda não se aderiu a todos (GF_RS). Percebe-se muita resistência dos jesuítas em irem às comunidades de saúde e bem-estar (GF_SP). Convencer alguns jesuítas de que modelo de gestão garante melhor acompanhamento na saúde (ENTREVISTADO STAK_10). O desafio de integrar todos os jesuítas no modelo de gestão e superar as resistências pessoais (ENTREVISTADO STAK_17). Tomada de consciência que temos um modelo de gestão pensado a nível de Brasil, mas tem muitos jesuítas que não têm essa consciência” (ENTREVISTADO STAK_09).

É apontado como desafio de adesão, o quantitativo de jesuítas que aderem aos serviços de saúde ofertado por meio das comunidades de saúde e bem-estar e a comunicação clara, fluida e constante que atinja a todos os jesuítas. A resistência em alguns jesuítas e profissionais em aderirem ao novo, como no uso da tecnologia. A conscientização de maior adesão ao modelo de gestão como forma de economia, sustentabilidade e de cuidado por meio de um plano terapêutico singular.

A comunicação é considerada um fator importante no processo de adesão aos serviços de saúde. Pode ser compreendida como um instrumento de trabalho dos profissionais de saúde, visto que intermedeia os encontros e contribui para o estabelecimento de relações entre profissionais e sujeitos (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014). A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos, e, principalmente, atinge os objetivos definidos na interação com o paciente. Para que uma comunicação seja considerada adequada, ela precisa ser apropriada à situação, à pessoa, ao tempo, e deve atingir um objetivo definido. (SILVA, 2011).

Quanto ao uso da tecnologia e às resistências criadas com a transformação digital na implantação do prontuário eletrônico. No contexto da transformação digital, as mudanças na estrutura, bem como na cultura de uma organização levam os funcionários a assumirem papéis que tradicionalmente estavam fora de suas funções (YAOW; SOH; HANSEN, 2017). A transformação digital, envolve mudanças na dinâmica organizacional e como o trabalho é feito, o que exige mais foco nas pessoas do que na tecnologia. Aspectos humanos e organizacionais da transformação digital são muitas vezes mais importantes do que os aspectos tecnológicos (KANE *et al.*, 2019).

As tecnologias digitais são altamente interconectadas, permitindo e melhorando as capacidades de processamento de informações (BICAN *et al.*, 2020). Mesmo com os inúmeros avanços pelos quais o prontuário eletrônico do paciente passou nos últimos anos e, apesar de todos os investimentos realizados, ainda hoje,

muitos profissionais de saúde não utilizam sistemas eletrônicos, porque na maioria dos casos os sistemas não agregam o valor esperado (SILVA, 2021).

O plano terapêutico singular se caracteriza como conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007). Os idosos se sentem seguros quanto à assistência prestada e mais confiantes e empoderados quanto ao seu tratamento, reconhecendo seu papel dentro do contexto terapêutico do cuidado (SOUSA *et al.*, 2019).

“Compras em escala (ANÁLISE DOCUMENTAL). É um investimento inicial que vai ter uma estabilidade financeira a médio e longo prazo (GF_CE). Se consegue resolver a maioria dos problemas na comunidade de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO PROF 24_CE). Maior racionalidade no manejo dos recursos com compras diretas de serviços médicos hospitalares (QUEST_STAKHOLDERES). Evita-se consultas desnecessárias e a prevenção antecipa problemas (QUEST_STAKHOLDERES). Compra em escala das medicações para as comunidades em missão (ENTREVISTADO STAK_13). O modelo de gestão trouxe economia, eficiência e sustentabilidade (ENTREVISTADO STAK_20).

Como oportunidades financeiras, consta-se a compra das medicações em escala que pode ainda evoluir com mais comunidades em missão. Os investimentos que foram feitos, visavam-se a estabilidade financeira a médio e a longo prazo. Os investimentos que foram feitos em profissionais, onde consegue-se resolver a maioria das demandas nas comunidades de saúde e bem-estar, evitando exames e internações desnecessárias. A racionalidade no manejo dos recursos por meio da autogestão. A prevenção é um fator de economia, pois evita problemas crônicos na saúde.

Todos os projetos de investimento devem garantir uma racionalidade econômica, uma análise que suporte essa racionalidade e conduza à melhor decisão de investimento se torna indispensável em qualquer organização (PAES, 2019). Para que um investimento seja viável, é necessário que exista uma expectativa de recuperação dos valores investidos e, a longo prazo, dos resultados obtidos justificarem o seu custo, conseguindo gerar retorno do investimento (MARQUES, 2014). As decisões de investimento dependem do estado das expectativas de longo prazo, que por sua vez, dependem tanto da formulação de um prognóstico mais provável como da confiança nessa predição (ANDRADE, 2011).

Em 2015, o mercado farmacêutico brasileiro era constituído por 209 indústrias farmacêuticas, que comercializam 13.523 apresentações de medicamentos e

tiveram faturamento de R\$53,9 bilhões (BRASIL, 2017). A preocupação com o aumento do gasto com saúde e com medicamentos não se concentra apenas em países de baixa e média renda, mas é também uma realidade para os países desenvolvidos (VOGLER *et al.*, 2017). Nos últimos 20 anos, a indústria farmacêutica conheceu um crescimento substancial, que se refletiu em lucros bastante superiores aos lucros médios do mercado. Estes decorreram da combinação de diversos fatores, desde um grande aumento no consumo de medicação a subida generalizada de preços (SPITZ; WICKAM, 2012).

O profissional farmacêutico tem um papel valioso na orientação ao paciente para o uso correto do medicamento. A dispensação é uma atividade farmacêutica que não pode se restringir apenas à entrega do medicamento. O farmacêutico deve promover as condições para que o paciente faça uso do medicamento da melhor maneira possível, pois é nesse momento que o paciente recebe as orientações primordiais do medicamento, dosagem, tempo de tratamento, riscos e benefícios (SOTERIO; SANTOS, 2016).

4.2.12 Subcategorias por similaridade: desafios de sustentabilidade x oportunidade de preparar o jesuíta para envelhecer

O modelo de gestão em saúde apresenta alguns desafios, entre eles está o de sustentabilidade. Quanto ao ser idoso religioso, o processo de envelhecimento segue características específicas de um público masculino, se preparar para um envelhecimento saudável é uma forma de permanecer mais tempo de vida ativa em missão.

“A sustentabilidade financeira é um desafio permanente, sabendo que os recursos são finitos. Dificuldade de encontrar jesuítas e leigos compatível com o modelo de gestão atual. Os desafios de qualificar os processos de atendimento, dado que os recursos financeiros são menores. Preparar bem os profissionais com capacitações (QUEST_STAKHOLDERES). Preparar outros jesuítas que entendam de gestão em saúde (GF_RS). Contar com gestores capacitados e muito bem qualificados (ENTREVISTADO STAK _11). Garantir que o modelo de gestão permaneça efetivo. Delegar o cuidado a pessoas com sensibilidade religiosa. Ter competência técnica na área da saúde (ENTREVISTADO STAK _09). Será que vamos ter força de multiplicar esse modelo a outros parceiros? (ENTREVISTADO STAK _15). Encontrar pessoas com percepção de humanização. (ENTREVISTADO STAK _03). O modelo de gestão pode ficar refém do mercado, porque um bom profissional nesta área, pode ser contratado por outra empresa que paga mais. E como manter esses profissionais? O modelo vai demandar pessoas muito qualificadas, competentes, interdisciplinares, ágeis, e que sejam responsáveis pela gestão do processo. O que vai garantir o modelo é a

competência dos profissionais envolvidos. (ENTREVISTADO STAK _02). Com estratégias de retenção de profissionais qualificados” (ANÁLISE DOCUMENTAL).

O modelo de gestão vai precisar contar com gestores capacitados, qualificados, competentes, interdisciplinares, ágeis, e que sejam responsáveis pela gestão do processo. Um gestor preparado apresenta aspecto positivo, demonstra a autoconfiança necessária em suas capacidades, tornando suas ações assertivas mesmo em situações adversas independente do resultado alcançado, assumindo as responsabilidades por elas (MARINELLI, 2022).

Apresenta-se o desafio de ficar refém do mercado na retenção de bons profissionais. A retenção de bons profissionais não é fácil, a busca por profissionais qualificados tem sido disputada, e o não aproveitamento dos mesmos passa a ser perdas incomparáveis (SOUZA; BARRETO, 2015). Uma vez atraídos os colaboradores adequados, o desafio passa a ser retê-los. Ora a retenção ou turnover é atualmente uma das questões mais críticas nas organizações pois o seu sucesso dependerá da sua capacidade de atrair e reter forças de trabalho inovadoras, criativas e flexíveis (SCHÖNEBECK, J.; SCHÖNEBECK, M., 2016). O talento do ser humano está presente nas organizações e é algo de grande importância, promovendo o desenvolvimento do capital intelectual, conhecimentos, habilidades e até mesmo a personalidade de cada colaborador, peça chave nas organizações (SOUZA; BARRETO, 2015).

Um dos maiores desafios atuais é a atração e a retenção de pessoas adequadas à cultura da empresa. Perante um cenário de acirrada disputa pelos talentos, é necessário desenvolver capacidade de atrair candidatos não em quantidade, mas sim em qualidade e que preferencialmente se identifique com a respectiva missão, visão, valores e cultura (SOARES, 2021). Cada vez mais, os empregadores precisam identificar e agir de acordo com os fatores que tornam a sua empresa mais atraente para os seus potenciais candidatos, sobretudo quando se trata da geração *Millennial*, o grupo que representa atualmente a maior geração da população ativa. Esta geração procura por empregos que melhor se alinham com as suas necessidades, objetivos de vida e interesses. O cuidado com os colaboradores, a empatia entre os profissionais com atuação horizontal em que todos são ouvidos é uma forma de estratégia para a retenção de profissionais na instituição (RIGONI; ADKINS, 2016).

Quanto ao aspecto financeiro, está relacionado com a diminuição de entradas de novos integrantes e a população envelhecida atualmente da instituição. É um desafio encontrar jesuítas e leigos que sejam compatíveis com o modelo de gestão. A qualificação dos processos de atendimento e a capacitação dos profissionais são necessários para que o modelo de gestão permaneça efetivo. Importante a instituição saber delegar os serviços de gestão com leigos, pois nem sempre terá jesuítas para assumir todas as frentes e compartilhar essa função pode ser uma estratégia de sustentabilidade do modelo de gestão. O fato de ter pessoas preparadas em diferentes postos de gestão, pode somar forças para que esse modelo de gestão seja multiplicado. A retenção e a qualificação dos profissionais fazem parte do modelo de gestão em saúde, entendido como uma estratégia de sustentabilidade. A instituição incentiva a formação dos seus colaboradores, com bolsa auxílio para estudos, custeia a participação em congressos e cursos de capacitações.

“O ser humano religioso envelhece de forma natural e individual que precisa ser entendido nas suas características específicas, prevenindo possíveis patologias e promovendo a autonomia, de maneira que seja ativa a sua missão até o crepúsculo da sua vida (ANÁLISE DOCUMENTAL). Não estamos preparados para apreciar bem a velhice (ENTREVISTADO STAK_04). Conscientizar e ajudar o jesuíta para deixar-se cuidar (ENTREVISTADO STAK_14). Ajudar o jesuíta para acolher a destinação de ir para as comunidades de saúde e bem-estar (QUEST_STAKHOLDERES). Preparar os jesuítas psicologicamente para ter uma velhice sadia (GF_RS). Repensar a forma de como os jesuítas estão envelhecendo” (GF_SP).

Saber envelhecer e a depender dos serviços de saúde, ainda é um desafio para os integrantes da instituição. A consciência do processo de envelhecimento quando assumida, tendo em vista seus limites, pode se tornar uma sabedoria, como aponta o Papa Francisco em seu livro Sabedoria das Idades. Essa conscientização poderia ser algo instituído quando o jesuíta inicia seu processo para entrar na instituição, podendo no futuro levar uma vida mais longa e saudável em prol da missão.

O preparo do jesuíta seja na dimensão psicológica ou espiritual é importante no processo de destinação para as comunidades de saúde e bem-estar. A mudança de lugar, distanciando-se dos amigos, de seus afazeres, se não trabalhado pode ser um processo doloroso. Divulgar mais o conceito das comunidades de saúde e bem-estar, pode ser uma oportunidade para que o jesuíta vá se preparando e conhecendo mais os espaços onde futuramente serão cuidados.

Se faz necessário refletir sobre o tipo de vida que vale a pena. A ideia de vida longa implica viver mais e viver bem. Mas viver bem não é só chegar a uma idade mais avançada com qualidade material de vida, é também adquirir a capacidade de olhar esta trajetória. Porque a vida não é só o agora, é o percurso. Ela é a soma de todos os momentos numa extensão de tempo (CORTELLA; RIOS, 2013). O envelhecimento saudável como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).

4.2.13 Subcategorias por similaridade: sistematização e profissionalização x diferenças do antes e do depois

A Comunidade de Saúde e Bem-estar de São Leopoldo/RS até 2014, fazia parte da Província Brasil Meridional, assim denominada, que desde 2010 vinha passando por um processo de sistematização e profissionalização no cuidado. Com a unificação das Províncias do Brasil no final de 2014, novas funções foram desenhadas, entre elas no setor de saúde. Com a indicação de um gestor em saúde para todos os jesuítas do Brasil, foi oportuno levar esta comunidade de saúde e bem-estar como referência para as demais comunidades de saúde e bem-estar, levando em consideração os contextos e culturas, recordando que a de São Paulo foi transformada em comunidade de saúde e bem-estar em 2017. O modelo de gestão em saúde implantado em 2015, propôs melhorias nos processos, com implantação de protocolos, indicadores, incorporação de profissionais, infraestrutura, equipamentos, prontuário eletrônico, capacitações aos colaboradores, atividades lúdicas, entre outras. Isso deu aos espaços mais visibilidade de organização e profissionalização.

“Foi neste período que se iniciou a organização e a profissionalização do cuidado, sistematizar e profissionalizar a oferta de ações e serviços para o cuidado integral aos jesuítas do Brasil a partir das comunidades de saúde e bem-estar, começando as atividades uma enfermeira, e em breve, um médico. Ações que têm transformado os serviços para melhor atender os jesuítas ao longo de toda sua vida. Um técnico de enfermagem era o responsável pela equipe de enfermagem. A casa ainda caminha por um caráter doméstico no seu funcionamento” (ANÁLISE DOCUMENTAL).

A sistematização e a profissionalização nas comunidades de saúde e bem-estar, fazem parte do processo de implantação do modelo de gestão, tendo como foco as transformações das rotinas assistenciais. A profissionalização é o termo

usado para descrever um grupo ocupacional que alcançou o *status* profissional, ou seja, é um processo de reconhecimento social de uma atividade ou ocupação. (MAESTRIPIERI, 2016). Pode ser entendida como um processo que transforma uma atividade desenvolvida no mundo do trabalho mediante a circunscrição de um domínio de conhecimentos e competências específicas, como o processo que é calcado nas características de profissões (WEBER, 2003). O profissionalismo é reconhecido a partir do momento em que um grupo organizado de trabalhadores obtém o poder de determinar quem pode acessar a profissão, impede outras pessoas de realizar atividades semelhantes e controla os parâmetros de medição de um bom trabalho (FREIDSON, 2001).

No que refere às diferenças ou mudanças do antes e do depois, conforme Apêndice P, constata-se que anteriormente o cuidado era realizado nas próprias comunidades em missão entre os jesuítas, de forma isolada, sem planos de saúde e com o mínimo de qualificação profissional. Não havia organização e profissionalização dos serviços. A forma de gestão que se seguiu, foi caseira, focada no tratamento curativo. A forma de trabalho se dava por meio do poder médico e com restrições no acesso às informações.

A nomenclatura usada para os profissionais era de empregados. Os jesuítas não tinham confiança no modelo de saúde praticado e se sentiam desvalorizados. Não se previam os custos, cada comunidade seguia de forma autônoma na busca por serviços médicos hospitalares e isso gerava altos custos. Tinha-se pouca infraestrutura, internava-se constantemente e no processo terminal o hospital era tomado como referência. Quanto aos repasses que sustentam o fundo saúde, as comunidades repassavam o que estava sobrando. Havia muitos planos de saúde com alto custo e com baixa eficiência.

No modelo de gestão atual, cada comunidade de saúde e bem-estar conta com um espaço para cuidados continuados, pensado e assistido por meio de uma equipe interdisciplinar, isso permite desospitalização e cuidado terminal humanizado. Outras dimensões apontadas que envolvem a abordagem por meio das equipes interdisciplinares são a readequação, interação, coesão, reuniões mensais, comunicação, profissionalismo, qualificação, assistência integral, promoção de saúde e bem-estar, gerando segurança e adesão ao modelo de gestão.

A aquisição e a implantação do prontuário eletrônico nas quatro comunidades de saúde e bem-estar, permite o acompanhamento remoto dos dados de saúde dos

jesuítas à nível nacional, proporcionando segurança no processo de tomada de decisão clínica. A integração das quatro comunidades de saúde e bem-estar, ocorre por meio da estratégia de saúde e bem-estar, implantada em 2015 com seus respectivos documentos direcionadores. Esse modelo de gestão tem o propósito de atender a todos os jesuítas do Brasil, independente da região que está alocado.

As comunidades de saúde e bem-estar são referências para receber o cuidado, proporcionando ao jesuíta qualidade de vida. O cuidado visto como preventivo, humanizado, priorizado, atencioso, eficaz e de interesse pelo ser humano, permite uma abordagem integral da pessoa humana. O ato de prevenir implica redução de exames e consultas médicas. A preocupação, acolhimento, conforto, atenção individualizada e humanizada e a organização são apontadas como dimensões do cuidado.

Um olhar focado na saúde e não na doença, ambiente humanizado, valorização do ser humano, cuidado integral, ajuda a envelhecer com alegria e serenidade, a forma de encaminhar exames, auxílio especializado, dedicação qualificada, paciência, compreensão, atenção, escuta, acolhida, tratamento humano, profissionais preparados e qualificados, respeito e eficiência gera um ambiente saudável e de confiança no processo de cuidado. O termo colaborador e não empregado ou funcionário é uma forma agradável de tratar quem exerce o trabalho diariamente e valoriza os profissionais.

O cuidado com os colaboradores implica no empoderamento e reconhecimento das atividades desenvolvidas, independente do setor. O modelo de gestão se caracteriza pela organização, profissionalismo, eficiência, proatividade, empatia, trabalho em equipe, colaboração, descentralização, ativo, efetivo, atendimento prático, centrado e comunicação interprofissional. A sistematização e a profissionalização dos processos em busca da excelência no atendimento, proporciona aos jesuítas segurança e confiança. Entre os documentos instituídos estão os protocolos e os procedimentos operacionais padrão, que padronizam as orientações no cuidado. Os indicadores de saúde implantados também são uma forma de acompanhamento e de gestão estratégica.

Os investimentos realizados envolvendo as infraestruturas das comunidades de saúde e bem-estar e em recursos humanos possibilitam que a instituição gaste menos com hospitalizações e o jesuíta receba os cuidados por meio de uma equipe interdisciplinar qualificada. A compra direta de serviços médicos hospitalares,

praticada por meio da autogestão, tem-se melhorado nos processos burocráticos, eficiência e agilidade nos encaminhamentos, otimização dos recursos financeiros e criou-se confiança entre os jesuítas. A compra das medicações em escala, abrangendo as quatro comunidades de saúde e bem-estar e para comunidades em missão, envolvendo todo o território brasileiro, trouxe economia significativa à instituição.

A inteligência sistêmica envolvendo a racionalização dos processos ajudou a instituição a reduzir custos. Fatores que contribuíram foram a racionalidade no manejo dos gastos, estudos de cenários, unificação da administração, opção por plano de saúde pós-pago, compartilhamento dos processos, atendimento profissional nas casas e o acompanhamento das pessoas e de suas necessidades. O mapeamento de demandas, analisar custos, propor ajustes, poder de negociação, atendimento humano aos idosos, parcerias com hospitais e laboratórios, aquisição de medicamentos, fluxo de atendimento, elaboração do orçamento anual, acompanhamento dos processos administrativos e otimização dos recursos financeiros são ações estratégicas do modelo de gestão em saúde vigente.

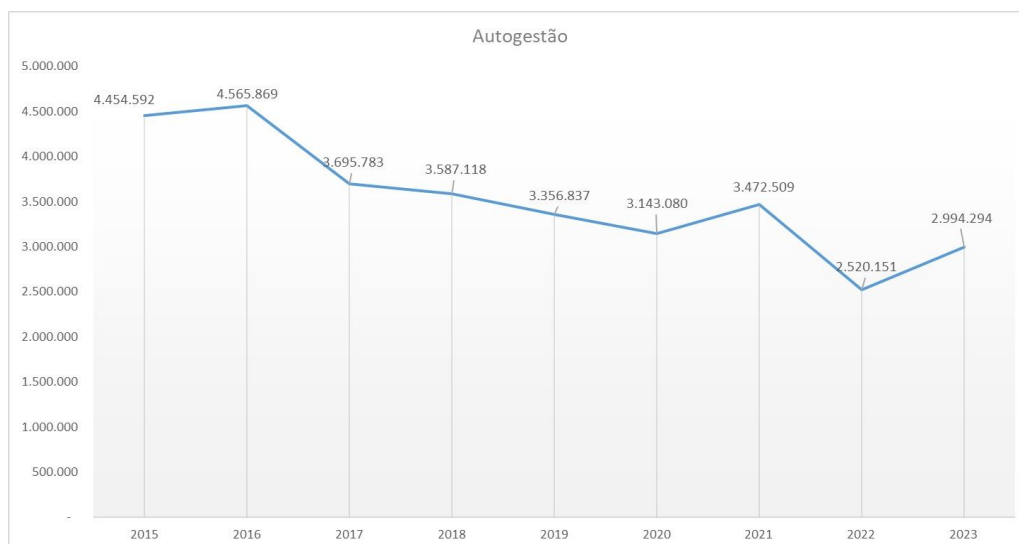
A avaliação periódica dos colaboradores é realizada duas vezes por ano, sendo um espaço formal de diálogo com o profissional. Entre as mudanças nas atividades periódicas está o aumento da carga horária de alguns profissionais e a contratação de outros, constituindo assim as equipes interdisciplinares com diferentes olhares no cuidado. A figura do gestor e do delegado da saúde, surgem com as novas reconfigurações da Província dos Jesuítas do Brasil em 2014.

4.2.14 Subcategorias por similaridade: autogestão x otimização dos serviços

Com o modelo de gestão em saúde implantado em 2015, iniciou-se as tratativas de autogestão como proposta da instituição gerir seus próprios recursos financeiros, sem depender de operadoras de saúde, conforme o Gráfico 4. As informações contidas no gráfico foram adquiridas por meio da controladoria da Província dos Jesuítas do Brasil. Os jesuítas quando procuram os serviços de saúde ofertados por meio das comunidades de saúde e bem-estar, não precisam depender das burocracias dos planos de saúde, trazendo satisfação no que tange ao tempo resposta e economia. São duas dimensões contempladas, pois já existe um fluxo de acordo e de precificação. A instituição estudada tem condições de fazer a gestão

dos seus recursos financeiros, porque existe uma centralização administrativa nacional e internacional, o que lhe permite não depender da burocratização das operadoras de saúde.

Gráfico 4 - Evidências da redução econômica de 2015 a 2023 da autogestão na Província dos Jesuítas do Brasil.



Fonte: Elaborado pelo autor.

O gráfico apresenta a trajetória de 2015 a 2023, ou seja, desde quando se iniciou o processo de autogestão na Província do Jesuítas do Brasil até o momento presente. Percebe-se que do ano de 2015 a 2016 os valores são mais elevados pelos investimentos que foram feitos em profissionais que constituem as equipes interdisciplinares em cada CSBE, com os espaços de desospitalizações, ambiência, e em equipamentos como camas hospitalares, entre outros. No ano de 2020 a 2021 teve acréscimo nos custos, esse pode ser justificado pelo fator pandêmico em que se vivia.

A Comunidade de Saúde e Bem-estar de São Leopoldo/RS foi tida como piloto, após ser parâmetro para as demais. Também faz parte do modelo de gestão, buscar parcerias por meio da autogestão em regiões onde não há comunidades de saúde e bem-estar. No plano estratégico – 2015-2020, fez parte os três projetos da saúde da Província dos Jesuítas do Brasil, com seus respectivos indicadores assistenciais, como estratégia de otimizar os serviços por meio das quatro comunidades de saúde e bem-estar.

“Com o médico foi discutida a possibilidade de autogestão, seguindo piloto realizado em São Leopoldo/RS na compra direta de serviços médicos hospitalares. Plano estratégico – 2015-2020, projeto n.1.2.3 da saúde da Província dos Jesuítas do Brasil com seus respectivos indicadores assistenciais avaliados em 2020 (ANÁLISE DOCUMENTAL). É uma inovação para a província (ENTREVISTADO STAK_01). Trouxe economia (ENTREVISTADO STAK_10). Eficiência, eficácia e sustentabilidade (ENTREVISTADO STAK_13). Um case de sucesso, consegue-se resolver a grande maioria dos problemas dentro da Comunidade de Saúde e Bem-estar sem um custo mais expressivo (GF_CE). Não se depende das burocracias das operadoras de saúde (GF_RS). Com os hospitais credenciados, não precisa depender das agendas dos médicos via operadora (ENTREVISTADO PROF 15_BH). Já é praticado por grandes empresas (ENTREVISTADO PROF 24_CE). Gera segurança aos profissionais e jesuítas (ENTREVISTADO STAK_14). Possibilita o contato direto com os responsáveis, agilizando o processo do cuidado e na tomada de decisões (ENTREVISTADO STAK_05). Ganhou-se na estrutura de profissionais que se investiu, podendo dar uma excelente assistência com menor custo (ENTREVISTADO USU 14_SP). Uma excelente resolutividade nos processos (ENTREVISTADO USU 09_BH).

Entre os indicadores assistenciais implantados estão o de queda, lesão por pressão, registros no prontuário eletrônico, eventos de urgência e emergência e serviços especializados. Estes indicadores estão contemplados na pesquisa de Lacerda (2020), tendo como objetivo construir um *framework* de indicadores para monitorar, controlar e avaliar a gestão de eficiência assistencial e financeira dentro de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), baseado nas melhores práticas de cuidado e de gestão. Diante dos indicadores selecionados, foi possível monitorar, controlar e avaliar a eficiência assistencial e financeira da instituição.

A proposta de autogestão aparece como um indicador de segurança, facilitador de processos, economia, agilidade nos encaminhamentos, tomada de decisão, investimento em profissionais. Os indicadores de saúde são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor. Por meio deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas (FRANCO, 2010). Os indicadores de saúde, associados aos econômicos, financeiros, de produção, de recursos humanos, de qualidade da assistência propriamente dita, relacionados a determinadas doenças, auxiliam na avaliação de programas e de serviços, evidenciando assim, os padrões relacionados à estrutura, processo e resultado desejáveis de um sistema (MORAES, 2018).

A autogestão é um campo novo dentro da instituição que aos poucos vai ganhando espaço e reconhecimento. O consumidor quer cocriar valor em serviços

de saúde, quer fazer a autogestão, tem expectativas e quer melhorar de condição e para isso não mede esforços. Como autogestor, participa ativamente, sabe que existem várias formas de fazer o serviço de saúde para conseguir integrar processos e melhorar os resultados. Por meio da autogestão os indivíduos se comprometem não apenas a cocriar valor aos serviços de saúde, como também coproduzir saúde, cumprindo rigorosamente todas as recomendações relativas à melhoria de saúde (SATUR; BASTOS; ABREU, 2020).

Como se percebe, a prática na modalidade de autogestão já acontece em algumas empresas, onde se assume o tratamento de maior custo, deixando os de menor custo com valores em tabelas definidas. Tendo em vista que a instituição estudada tenha investido em equipes de profissionais, a maioria das situações de saúde conseguem ser resolvidas no próprio local, é uma estratégia de otimizar os serviços. A autogestão é totalmente diferenciada das demais operadoras de saúde, atuando com real preocupação com a qualidade de vida e saúde de seus beneficiários, que vai muito além do consumo de serviços de saúde. Um contraponto à visão mercantilista da saúde. O que corrobora com os valores da instituição, buscando em sua filosofia e cultura, olhar o ser humano na sua integralidade (PAIM, 2011).

“Consegue-se centralizar a maioria dos atendimentos nas comunidades de saúde e bem-estar, reduzindo custos (ENTREVISTADO PROF 02_RS). Melhor uso possível dos recursos disponíveis para atender aos jesuítas (ENTREVISTADO PROF 23_BH). A construção de sala de desospitalização, evitando internações e reduzindo o tempo de permanência hospitalar (ENTREVISTADO PROF 24_CE). Não encaminha mais tanto os jesuítas para exames e consultas externas (ENTREVISTADO PROF 04_RS). A aquisição de ferramentas e máquinas (ENTREVISTADO STAK_18). Melhorou-se na infraestrutura, com camas, aparelhos e equipamentos (ENTREVISTADO STAK_05). A estrutura trouxe otimização dos serviços (ENTREVISTADO STAK_01). Otimiza-se alguns recursos (ENTREVISTADO STAK_07). Começou-se a ter outro tipo de jesuíta com situações mais complexas e pode-se cuidar na comunidade de saúde e bem-estar” (ENTREVISTADO PROF 17_SP).

É importante dizer que as quatro comunidades de saúde e bem-estar contam com equipes interdisciplinares. Por meio da atuação desses profissionais é possível reduzir exames, buscando resolver os problemas internamente, evitando consultas, exames e internações desnecessárias, o que justifica o investimento por esses profissionais, trazendo qualidade na assistência e economia para a instituição. O atendimento integral, por meio de um olhar sistêmico e humanizado, com maior eficácia das ações de saúde, se dá pela constituição de relações mais

horizontalizadas, com cuidados múltiplos pautados em uma integração sistêmica entre os diversos serviços, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Os investimentos que foram feitos nas infraestruturas das comunidades de saúde e bem-estar, permitem que os jesuítas sejam cuidados nos próprios espaços, evitando hospitalizações. A desospitalização tem sido um fator motivacional para implantação da atenção domiciliar por reduzir os custos advindos de uma hospitalização desnecessária, existindo, dessa forma uma perspectiva econômico-financeira de otimização de leitos hospitalares a partir da atenção domiciliar (SILVA *et al.*, 2014).

Quando se refere a pacientes mais complexos, implica em investimentos que a instituição fez em infraestruturas para construir espaço para cuidados continuados e em profissionais, possibilitando que o jesuíta seja cuidado por uma equipe interdisciplinar dentro das comunidades de saúde e bem-estar, evitando internações prolongadas que podem ser acompanhadas nas comunidades de saúde e bem-estar. A assistência domiciliar favorece a redução dos custos operacionais dos serviços, na medida em que proporciona recuperação mais rápida e diminuição de complicações infecciosas (MESQUITA *et al.*, 2005).

4.2.15 Subcategoria: desmistificação dos espaços

Os espaços que compreendem o que são atualmente as comunidades de saúde e bem-estar, no passado foram denominadas “casas de saúde”, interpretada como um asilo e isso gerou entre os jesuítas uma imagem negativa de resistência e preconceito contra estes espaços. O foco que se dava era curativo, dentro de um olhar direcionado para a doença, a enfermidade. Muitos idosos se sentem presos nas instituições asilares, pois têm que cumprir as normas e rotinas existentes nos asilos, os horários para alimentação, saídas e outros, e para idosos independentes, isso é uma interferência em suas vidas, em seus hábitos, tornando-as pessoas limitadas, gerando conflitos e insatisfação. A vida institucional como regra, é marcada pela monotonia e pelo tédio, pela solidão e depressão, pelo isolamento e desconsolo, pela rotina e falta de perspectivas, características essas que ganham uma expressão mais acentuada e cruel (OLIVEIRA, 2006).

“O desafio de desmistificar o que são as comunidades de saúde e bem-estar, fazer desses espaços um espaço de prazer e lazer e não um ponto final (ANÁLISE DOCUMENTAL). O receio, o medo dos jesuítas de precisarem ir para esses espaços de extrema-unção, se prepararem para morrer (ENTREVISTADO STAK_04). Quando pensar em uma destinação de um jesuíta para uma comunidade de saúde bem-estar, ajudá-lo a entender que não é o fim (ENTREVISTADO STAK_11). Preparar os jesuítas para compreenderem os espaços das comunidades de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO STAK_07). No passado era muito forte os que vinham para cá, achavam que era o fim, que vinham para morrer (GF_CE). Tinha o ditado entre os jesuítas, não quero ir para lá, para nossa Senhora do fim da estrada (GF_RS). Anteriormente no imaginário dos jesuítas era, vai para lá quem já está morrendo (ENTREVISTADO STAK_1). A conscientização entre os jesuítas de que estes espaços não são um espaço de museu (GF_SP). É muito difícil um familiar encontrar uma casa de bem-estar para o idoso, ainda tem aquele modelo de asilo” (ENTREVISTADO STAK_15).

O modelo de gestão proposto em 2015 aos jesuítas do Brasil tinha na sua essência a transformação do olhar para os espaços de cuidados, prezando pelo bem-estar dos jesuítas e dos colaboradores, favorecendo meios para que esses ambientes possam ser promotores de prevenção e de qualidade de vida. A mudança da nomenclatura de casa de saúde para comunidades de saúde e bem-estar, passa por uma nova forma de pensar, entender e fazer saúde, buscando quebrar o paradigma construído até então sobre estes espaços.

O conceito proposto de saúde e bem-estar, direciona o cuidado ao jesuíta de forma integral, preventiva e humana. Quanto ao medo e à resistência que alguns jesuítas apresentam em relação aos espaços das comunidades de saúde e bem-estar, no imaginário está a figura de um espaço de morte, sofrimento e dor. Esse mesmo desafio também acontece na sociedade de uma forma geral, porque a compreensão de muitos em relação a esses espaços é de um modelo de asilo.

Saúde e bem-estar são conceitos distintos, porém relacionados com os mesmos fatores, a ausência de doenças e a satisfação com a vida. O bem-estar de uma maneira geral, está relacionado com o bem-estar objetivo e com o subjetivo. O bem-estar objetivo está diretamente ligado com fatores sociais e econômicos, enquanto o bem-estar subjetivo está ligado com as experiências de vida de uma pessoa (JANINI; COSTA; FREITAS, 2019).

O bem-estar vai além de simplesmente não estar doente, implica se sentir inteiro, fortalecido, autorrealizado, feliz, satisfeito com a vida, ou como se estivesse vivendo a vida ao máximo (HOWELL *et al.*, 2016). O conceito de saúde como completo bem-estar, embora sujeito a variadas interpretações e críticas do ponto vista estritamente filosófico, representou uma ideia-chave que, ao longo dos anos

que se seguiram ao fim da Segunda Grande Guerra, ajudou a tornar mais claros os objetivos prioritários das políticas públicas internacionais de saúde em sua relação com o desenvolvimento econômico-social (NOGUEIRA, 2020).

O termo asilo carrega sentidos socialmente depreciativos relacionados ao abandono, à pobreza e a condições precárias de saúde e higiene, o que perpassa a construção e a reprodução de mitos, estigmas e estereótipos relacionados a essas instituições, originando diversos preconceitos (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010). A ideia largamente difundida em nosso país, de que as instituições são “depósitos de idosos” foi construída a partir da concepção de que nesses locais há pessoas solitárias e privadas de laços familiares, que ali vivem devido à solidão, ao desprezo e ao abandono (FREITAS; NORONHA, 2010).

Muitos idosos encaram a institucionalização como perda da liberdade, abandono e aproximação inevitável da morte. O processo de institucionalização constitui-se de uma situação estressante e potencialmente desencadeadora de quadros de depressão. As instituições de longa permanência apresentam um poder disciplinar e são marcadas por regras rígidas e rotina diária regida por horários determinados (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS (2013).

“O conceito dos jesuítas referente às comunidades saúde e bem-estar vem mudando positivamente (GF_CE). Se pensa no bem-estar dos jesuítas (GF_RS). Uma mudança simbólica, no imaginário do jesuíta ele está em uma comunidade sendo cuidado e não em um hospital (ENTREVISTADO STAK_07). Hoje existe o conceito de vida e missão nesses espaços (ENTREVISTADO STAK_1). Um lugar de bem-estar, onde paira no ar serenidade e tranquilidade. Não tem ar de hospital, nem cheiros, tudo bem cuidado (ENTREVISTADO STAK_4). As comunidades saúde e bem-estar passaram e ser referência a todos os jesuítas do Brasil (ENTREVISTADO STAK_1). Esses ambientes são um alento, saber que depois de anos em missão, teremos um espaço para ser cuidados, isso traz segurança” (ENTREVISTADO STAK_09).

Mesmo que ainda seja incipiente, percebe-se o entendimento, a compreensão e o imaginário dos jesuítas referentes aos espaços das comunidades de saúde e bem-estar vem mudando, que esses espaços geram vida. São ambientes que contam com vários profissionais, mas não é um hospital, mas sim a comunidade dos jesuítas, onde cada um pode ter seus afazeres, com um quarto confortável disponível e conviver num espaço de família religiosa.

Atualmente as quatro comunidades de saúde e bem-estar, alocadas em diferentes regiões se tornaram pontos de referência para os jesuítas do Brasil. O sentimento do jesuíta externo em relação a esses espaços é de alento, segurança,

profissionalismo e de acompanhamento. Essas são dimensões que ajudam a diminuir o medo e o preconceito que ao longo dos anos foram sendo criados.

Elementos como comunicação e a interação entre a equipe e os residentes são chaves para definição dos cuidados centrados no indivíduo, indicando a dimensão do diálogo e das relações como processos terapêuticos (MENDONÇA, 2021). Os cuidados centrados no indivíduo ou na pessoa partem de abordagens que consideram, a manutenção da autonomia, exercício de escolha da pessoa idosa e manutenção do seu bem-estar, os processos de humanização dos cuidados que envolvem domínios, como a comunicação, o acolhimento, a interação entre profissionais e residentes, e melhoria dos processos dos cuidados e de gestão da atenção ao indivíduo idoso (SILVA; GUTIERREZ, 2018).

“Uma coisa que para mim foi como um processo de conversão que para muitos ainda é um tabu, é a compreensão do que é o espaço comunidades de saúde e bem-estar. Eu sofri muito com este processo de aceitação. É preciso você entender que não vão esquecer do teu nome que não é o fim da picada. É um preconceito, uma luta para superar esta visão. Como fazer que haja menos resistências? Isso é um processo pessoal que cada um deveria começar a fazer. Ter essa ideia de que aqui temos amigos, contatos com os familiares, espaço para convivência, horários de oração e missa. Aqui a gente continua atendendo as pessoas de forma remota, é uma forma de se manter útil e ajudar as pessoas. As novas gerações dos jesuítas deveriam conhecer um pouco mais as nossas comunidades de saúde e bem-estar” (ENTREVISTADO USU 05_SP).

O relato envolve um usuário que atualmente é residente e narra sua experiência pessoal no processo de aceitação de fazer parte de uma comunidade de saúde e bem-estar. Interessante que ele traz essa imagem do preconceito que se criou em relação a estes espaços e as resistências que surgem e como isso influencia no processo de aceitar-se, depender e deixar-se cuidar. O processo de autoconhecimento para um envelhecimento saudável, deveria ser uma dinâmica durante o ciclo da vida.

A desmistificação começa na medida em que se vai conhecendo e usufruindo dos serviços desses ambientes, percebendo que existe vida, afeto e cuidado humanizado. É importante observar que ele provoca as novas gerações a conhecerem mais as comunidades de saúde e bem-estar. Poder-se-ia se dizer que esse é um exercício que se inicia cedo na vida de um jesuíta.

A conversão coloca no horizonte do homem moderno a possibilidade de tornar-se outro, isto é, de afastar-se de um conjunto axiomático de valores ou de determinada visão de mundo e engajar-se em outra. Ela indica que, em princípio,

toda e qualquer pessoa pode romper com o seu passado, exilar-se de sua cultura de origem, transitar para outra comunidade de pertencimento e tornar-se, enfim, um novo sujeito, uma nova pessoa (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

5 DISCUSSÃO INTEGRADA DOS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES

Nesta seção, serão discutidos achados quantitativos e qualitativos que, ao serem analisados conjuntamente, apontam resultados a serem destacados neste estudo, assim como serão indicadas recomendações gerenciais a partir dos resultados obtidos.

Os participantes apontam como mudanças no modelo de gestão, o conceito que se criou das comunidades de saúde bem-estar, envolvendo seus respectivos espaços. O modelo de gestão em saúde implantado tinha como propósito a desmistificação dos espaços, ou seja, tornar os lugares onde os jesuítas são cuidados em espaços que geram saúde, qualidade de vida e bem-estar aos jesuítas e colaboradores. Mudou o relacionamento entre os profissionais, atuando de forma interdisciplinar, com reuniões periódicas e propondo-se ações de promoção de saúde e bem-estar.

Outras dimensões de mudanças observadas é o vínculo entre profissional e jesuíta por meio da escuta ativa e do cuidado integral. Os jesuítas externos buscando e demandando mais dos serviços das comunidades de saúde e bem-estar. Os processos ficaram mais ágeis com a aquisição dos medicamentos em escala e nas parcerias com hospitais, clínicas e laboratórios. O cuidado aos jesuítas é direcionado e orientado por meio de documentos instituídos, proporcionando aos profissionais segurança na assistência oferecida por meio do acesso as informações clínicas e aos jesuítas, a confiança no cuidado recebido.

A profissionalização e a sistematização dos processos, ajudaram a reduzir os custos. A aquisição e a implantação do prontuário eletrônico, envolvendo as quatro comunidades de saúde e bem-estar, auxilia os profissionais nos registros das informações clínicas dos jesuítas internos e externos. Nos questionários aplicados todos os participantes relataram que as mudanças trazidas pelo modelo de gestão em saúde trouxeram resultados positivos.

Na avaliação do modelo de gestão, os participantes avaliam o cuidado como humanizado, preventivo e integrado, realizado por meio de uma equipe interdisciplinar. Os processos gerenciais são organizados, tendo as comunidades de saúde bem-estar como referência, buscando resolver a maioria das demandas no local. O vínculo entre os jesuítas e os profissionais é de humanização. Uma visão ampla em saúde, que vai além do biológico e do cuidado diário, mas é cuidar do

fundo da saúde na racionalização dos recursos, da saúde mental e espiritual do jesuíta. Existe um zelo e valorização por todas as pessoas que trabalham nas diversas funções. As informações de saúde dos jesuítas são integradas entre as comunidades de saúde e bem-estar, por meio do prontuário eletrônico.

Quanto às percepções das diferenças do antes e do depois no modelo de gestão, predominou de forma representativa nos três grupos. Os participantes mencionam que anteriormente os jesuítas eram cuidados pelos integrantes da instituição nas próprias enfermarias das comunidades em missão. O cuidado era voltado para o tratamento da doença, focado no médico, enquanto no modelo atual, o cuidado envolve uma abordagem interdisciplinar de prevenção, humanização, integração e padronização, cuidando também dos colaboradores. O atual modelo de gestão integra as comunidades de saúde e bem-estar na profissionalização dos processos, trazendo economia.

No que tange a avaliar as mudanças ocorridas após implantação do modelo de gestão na sustentabilidade econômica, todos os *stakeholders* concordaram que o modelo de gestão em saúde impactou na saúde financeira da instituição. O modelo de gestão foi pensado a curto, médio e a longo prazo, onde se busca uma estabilidade financeira. A compra direta de serviços médicos hospitalares por meio da autogestão é citada como uma estratégia de economia. Os participantes elencam que a autogestão foi uma inovação na Província dos Jesuítas do Brasil, proporcionando economia, eficiência, eficácia, segurança, sustentabilidade e facilita nos processos burocráticos, agilizando o processo do cuidado nas quatro comunidades de saúde bem-estar.

A autogestão iniciou-se como piloto por meio da Comunidade de Saúde e Bem-estar de São Leopoldo/RS, posteriormente foi apresentado ao governo da instituição os resultados. O governo avaliou como positiva a proposta e autorizou para as demais comunidades de saúde e bem-estar e para outras regiões do Brasil, onde a instituição possui comunidades em missão. Desde 2016, a Província dos Jesuítas do Brasil vem fazendo a autogestão dos seus próprios recursos, desvincilhando-se das burocracias típicas das operadoras de saúde com redução de custos.

A compra de medicação em escala é outra dimensão apontada que traz economia. Novamente, usou-se como piloto na região Sul do Brasil, realizando a compra das medicações por meio da Comunidade de Saúde e Bem-estar de São

Leopoldo/RS para outras comunidades em missão, posteriormente foi apresentado ao governo da instituição os resultados e este autorizou a compra em escala das medicações para todo o Brasil. O investimento com o profissional farmacêutico e o espaço de estoque adequado, ajudou no processo de centralização e aquisição dos medicamentos para todos os jesuítas do Brasil. Para os participantes, a centralização da compra dos medicamentos está significando uma redução significativa de custos.

Quanto à otimização dos serviços, para os participantes essa é uma gestão que faz o melhor uso possível dos recursos disponíveis, construiu-se uma sala de desospitalização em cada comunidade de saúde, para melhor atender os jesuítas em situações de intercorrências, reduzindo o tempo de permanência hospitalar. Reduziu-se os exames, busca-se resolver a maioria das demandas na comunidade de saúde e bem-estar. O modelo de gestão trouxe mais otimização dos serviços, reduzindo custos.

Na racionalização e otimização dos custos, menciona-se na análise documental as ferramentas de gestão e de controle das ações. Os participantes asseguram que há um gerenciamento de custos otimizado, onde o modelo de gestão racionalizou os processos e os recursos, por meio de estratégias de redução de custos com a elaboração anual do orçamento que permite a gestão, o controle e o monitoramento dos recursos financeiros, trabalho esse que gera economia à instituição.

Referente aos investimentos com profissionais, os participantes mencionam que o modelo de gestão, trouxe investimentos em recursos humanos nas comunidades de saúde e bem-estar e que esses investimentos impactam na diminuição de consultas médicas, redução do tempo de internação e no acompanhamento das medicações dos jesuítas. Os jesuítas procuram as equipes de profissionais das comunidades de saúde e bem-estar e se busca resolver a maioria das demandas no próprio local. Referem ainda que com o trabalho em equipe interdisciplinar, consegue-se ter uma abordagem preventiva na saúde dos jesuítas.

A construção de espaços para cuidados continuados nas comunidades de saúde e bem-estar é uma forma de otimizar a expertise dos profissionais, reduzindo o tempo de permanência hospitalar ou internações desnecessárias. A maioria das demandas em saúde dos jesuítas se consegue resolver nas comunidades de saúde

e bem-estar, por meio das equipes interdisciplinares, desonerando a instituição por excessos de exames, automedicação e consultas com especialistas externos.

Quanto aos serviços dos profissionais na avaliação dos usuários, conforme a Tabela 5, todos os atributos avaliados alcançaram pontuações médias acima do escore 9,0, indicativo de elevada qualidade dos serviços prestados pelos profissionais. Outras percepções são elencadas pelos participantes, como o cuidado dos profissionais que é focado nas necessidades de saúde de cada jesuíta, a qualidade dos serviços, o carinho, a dedicação, o respeito, a disponibilidade, a gentileza, a atenção, o interesse, a humanização, a paciência, a alegria, a felicidade e a acolhida.

No que se refere à sistematização e à profissionalização, os profissionais classificam a organização do ambiente de trabalho como sendo ótima. Sobre a organização das rotinas de trabalho, avaliam como ótima e muito boa e a qualidade dos serviços prestados aos jesuítas como muito boa e ótima. Na análise documental, percebe-se a proposição de sistematizar e profissionalizar os serviços em saúde para o cuidado integral aos jesuítas do Brasil por meio das comunidades de saúde e bem-estar. Os participantes referem que o modelo de gestão é organizado nos processos profissionais.

Para os documentos instituídos, a maioria dos profissionais relataram que fazem uso de algum tipo de protocolo em suas atividades assistenciais e todos consideraram que os protocolos assistenciais e os procedimentos operacionais técnicos auxiliam na assistência. Destacam que os protocolos contribuem para a maneira correta dos procedimentos, dando organização, oferecendo dados reais da assistência e desenvolvendo um trabalho de boa qualidade no atendimento aos jesuítas.

Na educação continuada, nos dados quantitativos os profissionais mencionam que a participação nas capacitações influencia na prática profissional de trabalho. Quanto à capacitação dos profissionais, os *stakeholders* apontaram como oportunidade do modelo de gestão em saúde. Nos dados qualitativos, os profissionais afirmam que a educação continuada aprimora as habilidades técnicas, que é importante para o conhecimento, melhora a qualidade do cuidado na saúde com os idosos, de ficar por dentro das melhores práticas em assistência com profissionais qualificados e capacitados e desenvolve-se o trabalho com mais segurança.

No modelo de gestão em saúde, os participantes afirmam que o cuidado em saúde, oferecido aos jesuítas é integral, preventivo e humanizado. Os participantes mencionam que o cuidado praticado no modelo de gestão é interdisciplinar, abordando o ser humano com um todo, sem separar por partes. A prática interdisciplinar surge como uma alternativa para concretização de uma proposta de assistência mútua. Consiste na gestão do cuidado correlacionado entre as diversas áreas ofertadas, visando a troca contínua de informações e o compartilhamento de atividades (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Para o sentimento de ser cuidado, segundo as entrevistas realizadas com os usuários, obteve-se como informações o sentimento de ser muito bem cuidado, o bom trato dos profissionais, recebem cuidados até demais, seja na saúde física, biológica, os profissionais têm interesse pela pessoa, a gente se sente seguro e eles nos respeitam.

Na avaliação dos desafios e oportunidades do modelo de gestão em saúde, os participantes avaliaram como desafios, a sustentabilidade, o financeiro, a liderança, a comunicação intra e/ou interinstitucional, a cultura institucional, a adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão, a capacitação dos profissionais e as regionalidades e culturas locais. As mesmas dimensões avaliadas como desafios são mencionadas como oportunidades pelos participantes, ou seja, um desafio também pode ser uma oportunidade para a instituição. O SUS apresenta alguns desafios que corroboram com o modelo de gestão em saúde dos jesuítas do Brasil, entre eles estão o envelhecimento populacional, o crescimento dos gastos em saúde, a necessidade de coordenação do cuidado e dos recursos (MENDES, 2019).

Integrando os principais achados nas diferentes etapas de coleta de dados desta pesquisa, no Quadro 3, são apresentados os desafios da cultura institucional, regional e local, comunicação, adesão, financeiros, sustentabilidade e liderança, com as respectivas recomendações.

Quadro 3 - Desafios da cultura institucional, regional e local, comunicação, adesão, financeiros, sustentabilidade e liderança, com as respectivas recomendações.

(continua)

Desafios da cultura institucional	Recomendações
<i>A mentalidade de saúde na vida religiosa, onde o importante é cuidar da alma e não do corpo.</i>	Proporcionar momentos de reflexão sobre o cuidado com o corpo entre os jesuítas. Nos exercícios espirituais que cada jesuíta realiza anualmente, poderia ser uma oportunidade de rezarem e refletirem sobre este tema.
<i>A saúde mental dos jesuítas, porque ainda a depressão é alta quando chegam nas comunidades de saúde e bem-estar.</i>	Preparar os jesuítas para envelhecerem com saúde psicológica, conscientizando-os da importância do cultivo da saúde mental e proporcionar apoio psicológico no processo de transferência a uma comunidade de saúde e bem-estar.
<i>Os jovens jesuítas buscando de forma excessiva os cuidados com a saúde e outros que nunca vão ao médico.</i>	Construir entre os jesuítas uma cultura preventiva, conscientizando-os desde as primeiras etapas da formação, para um envelhecimento ativo com hábitos de vida saudável em vista da missão.
Não tem um responsável pela saúde dos jesuítas que estão em missão.	Pensar em um jesuíta responsável no acompanhamento da saúde dos jesuítas que estão em missão, aproximando-os e conscientizando-os para usufruírem das estruturas de saúde que a província dispõe por meio das quatro comunidades de saúde e bem-estar.
Os jesuítas têm dificuldade no compartilhamento do serviço do poder.	Rever formas de diluir o poder entre os jesuítas e saber compartilhar dele com os leigos.
Encontrar formas de ocupar os jesuítas nas comunidades de saúde e bem-estar.	Incentivar na elaboração da autobiografia, entendendo como um patrimônio para a instituição. Proporcionar espaços como horta, jardim, viveiros, onde o jesuíta possa desenvolver alguma atividade laboral de seu gosto. Incentivar e auxiliar os jesuítas na adesão de tecnologias, possibilitando contatos com os familiares, amigos etc.
Ainda se percebe entre os jesuítas a resistência e o medo referente às comunidades de saúde e bem-estar.	Proporcionar meios de comunicação interna em que as comunidades de saúde e bem-estar, possam publicar o que é feito, buscando desmistificar os espaços. Retomar a experiência de hospital, realizado na etapa do noviciado dos jesuítas nas comunidades de saúde e bem-estar, possibilitando a troca de experiência de quem está entrando na instituição com quem já anos passou nela.
Jesuítas em regiões remotas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde.	Implantar recursos de telemedicina, facilitando o acesso em saúde para os jesuítas que estão em regiões remotas, reduziria os custos e melhoraria o acompanhamento da saúde dos jesuítas.
A Província dos Jesuítas do Brasil está envelhecida, que precisa ser cuidada no seu envelhecimento.	Propor um projeto de envelhecimento bem-sucedido e preventivo aos jesuítas.
A tendência de que alguns jesuítas se acomodam ao modelo de gestão.	Por meio da cura <i>personalis</i> , dialogar, refletir e conscientizar os jesuítas da importância da permanência em missão como forma de contribuir com a instituição.
Desafios cultural regional e local	Recomendações
A questão cultural do jesuíta do Nordeste é diferente do Sul, como é diferente do Centro do Brasil.	Criar e disseminar uma cultura institucional que abrace o modelo de gestão, jesuítas de todas as partes do Brasil.

(continuação)

O aspecto cultural do idoso é diferente que precisa ser respeitado.	Acolher e dar atenção ao aspecto cultural dos idosos, pois é importante devido à memória do vivido e do vivido mais antigo.
Por uma questão de regionalidades e de culturas locais, nem todas as comunidades de saúde e bem-estar seguem um mesmo ritmo.	Comunicar e reforçar por meio do diálogo que é possível seguir um mesmo padrão de eficiência e de qualidade assistencial em todas as comunidades de saúde e bem-estar, pois o modelo de gestão foi pensando para todo o território nacional e segue uma linguagem comum.
No Brasil são muitas culturas, não é fácil uniformizar uma linguagem com culturas tão díspares, tão diferentes.	Como forma de diluir as diferenças culturais, poder-se-ia seguir as normas internas da instituição que direciona o modo de proceder do jesuíta, independentemente da cultura na qual se encontra inserido.
Desafios de comunicação e adesão	Recomendações
A gestão da saúde precisa comunicar mais o modelo de gestão, como estratégia de superar o desafio de adesão dos jesuítas.	Proporcionar e priorizar que a gestão da saúde tenha um espaço nos veículos de comunicação interna da instituição como forma de comunicar o modelo de gestão.
Percebo dois desafios de comunicação, um entre a equipe interdisciplinar e o outro, no setor de enfermagem.	Incentivar e realizar entre os profissionais encontros de reflexão sobre a comunicação, seja com palestras, dinâmicas, entre outras.
Desafios financeiros	Recomendações
Os altos custos em saúde, com a escassez dos recursos, até quando terá fundos financeiros para sustentar esse modelo de gestão em saúde?	Evoluir na maior racionalidade no manejo dos gastos, com mais regiões conveniadas no formato de autogestão e aumentar o número de comunidades na compra das medicações em escala.
Com a diminuição dos jesuítas, impacta na entrada de recursos para manter o fundo saúde. Como fazer para que no futuro não falte recursos com o aumento do número de idosos?	Pensar a curto prazo em ficar com três das quatro comunidades de saúde e bem-estar, levando em consideração que em todas encontram-se espaços ociosos, podendo otimizar mais os espaços e as equipes de profissionais. Implantar política interna de autocuidado aos jesuítas, conscientizando-os para a prevenção de doenças.
Desafios de sustentabilidade	Recomendações
O financeiro, devido à diminuição de entradas de novos jesuítas e número expressivo de idosos.	Aumentar o <i>rool</i> de parceiros na modalidade de autogestão e compra de medicamentos em escala, conscientização de prevenção em saúde e otimizar os serviços de saúde por meio das comunidades de saúde e bem-estar. Pensar em estratégias de possibilidade de multiplicar o modelo de gestão com outras congregações religiosas e com o sistema de saúde brasileiro.
Dificuldade de encontrar jesuítas e leigos compatíveis com o modelo de gestão.	Preparar outros jesuítas e leigos no âmbito de conhecimento em gestão de saúde, para dar continuidade no que já foi construído e no que ainda pode-se evoluir.
Achar gestores capacitados, qualificados e que tenham a percepção de humanização.	Proporcionar reuniões periódicas de formação com os profissionais e jesuítas das comunidades de saúde e bem-estar via plataformas digitais.

(conclusão)

O desafio da profissionalização dos profissionais, um profissional bom na área, pode facilmente ser contratado por grandes empresas, e não vamos ter condições de competir a nível de mercado, com a manutenção de profissionais competentes.	Implantar política de cargo e salários para retenção de profissionais. Subsidiar formação profissional como em mestrado e doutorado.
Desafios de liderança	Recomendações
Não há formação com o objetivo de preparar pessoas para liderar.	Investir e incentivar na formação de líderes, tanto jesuítas como leigos.
Falta de liderança dos superiores em divulgar mais o modelo gestão nas reuniões entre os jesuítas.	Os jesuítas que exercem cargos de superiores, que têm algum tipo de liderança, ajudarem na divulgação do modelo de gestão em seus encontros e reuniões.
O profissional enfermeiro precisa desenvolver a liderança em si, para poder liderar a sua equipe.	Proporcionar e subsidiar formação para que o profissional desenvolva habilidades, competências e atitude de liderança.
É preciso descentralizar a figura do médico, para que outros profissionais consigam desenvolver a liderança.	Dialogar, reunir e sensibilizar os profissionais a terem condutas horizontais no cuidado, em que todos possam exercer de alguma forma a sua liderança.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O uso das tecnologias é mencionado como uma oportunidade no modelo de gestão. A maioria dos profissionais afirmam fazerem uso de equipamentos como *tablets* e *smartphones* para as atividades assistenciais e que essas ferramentas de tecnologia, facilitam no cuidado da saúde dos jesuítas. Os participantes salientam que as ferramentas de tecnologia que foram adquiridas, vieram como conquistas, os jesuítas têm o seu prontuário eletrônico preenchido com suas informações de saúde. É uma integração das informações de saúde dos jesuítas entre as comunidades de saúde e bem-estar, permitindo dar continuidade nos processos sem perder a eficiência e a eficácia do cuidado. No estudo realizado por Bonicoski (2013), os resultados apontaram que o gerenciamento virtual em saúde pode proporcionar resolutividade e avançar no modelo de atenção em saúde que privilegia a promoção e a prevenção de agravos.

Por último, avaliou-se os aspectos a evoluir do modelo de gestão em saúde com os participantes, separando o que é estratégico e o que é operacional, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Aspectos estratégicos e operacionais a evoluírem no modelo de gestão

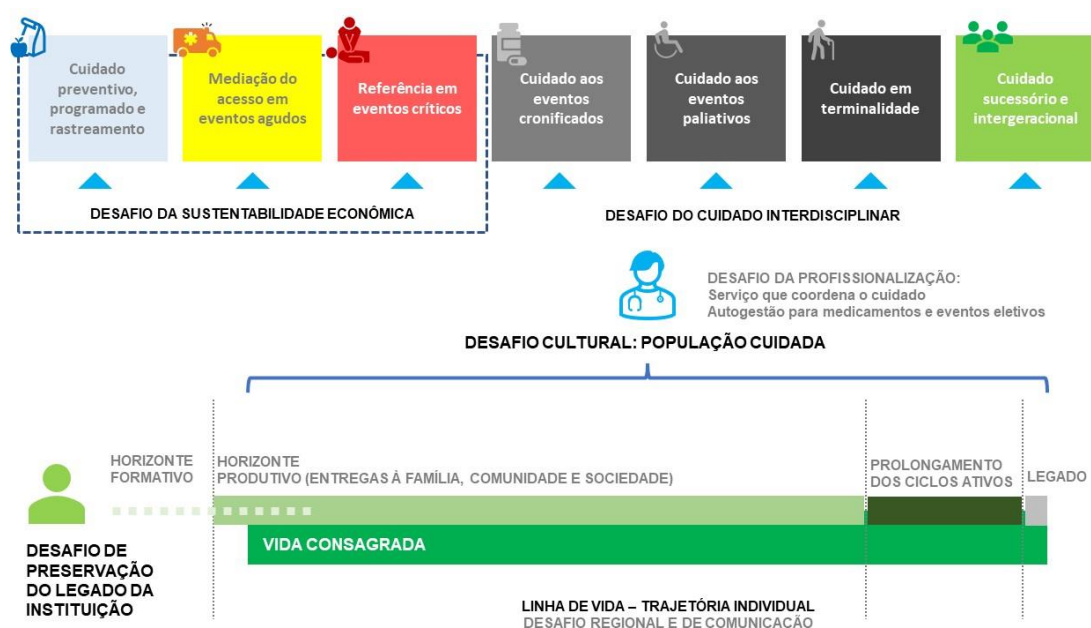
Estratégico	Operacional
<ul style="list-style-type: none"> - Conscientizar e sensibilizar os profissionais e jesuítas para a compreensão referente aos cuidados paliativos. - Promover encontros com os profissionais, apresentando e esclarecendo dúvidas sobre o modelo de gestão. - Propor aos jesuítas externos otimizarem e demandarem mais do trabalho dos profissionais e da infraestrutura das comunidades de saúde e bem-estar. - Evoluir na formação de lideranças leigas e jesuítas para melhorar na gestão de pessoas. - Incentivar os jesuítas a tomarem consciência na adesão ao tratamento medicamentoso de uso contínuo e nos antibióticos. - Implantar ações de conscientização mais efetiva e esclarecimentos sobre a saúde do homem. - Evoluir na questão cultural, na qualidade de vida, vinculado ao envelhecimento saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar escuta ativa aos jesuítas e espaços onde possam fazer alguma atividade laboral, como jardim, horta, viveiro. - Incentivar para os jesuítas terem mais saídas, como passeios e refeições externas. - Investir para que todas as comunidades de saúde e bem-estar tenha boa conexão com internet, em prol das informações que são inseridas no prontuário eletrônico do jesuíta. - Buscar atender os jesuítas externos de forma mais centralizada e efetiva. - Atualizar os protocolos assistenciais, bem como elaborar e propor outros. - Facilitar o acesso aos serviços de odontologia para os jesuítas com dificuldade de locomoção.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como síntese das conclusões dos conteúdos reunidos na análise documental, questionários, entrevistas e grupos de foco ao longo do processo de pesquisa desta tese, foi possível identificar elementos que possibilitam a proposição de um *framework* com potencial aplicação em ambientes institucionais equivalentes, a partir de uma similar metodologia de intervenção a desenvolvida na presente pesquisa. Os sistemas de saúde globais lidam com a longevidade de suas populações, ao exemplo da experiência de cuidados das instituições confessionais, o que potencializa a aplicação da implantação do modelo de gestão em saúde para grupos descrito nesse estudo.

Desse modo, o modelo de gestão e as etapas da estratégia de sua sistematização, por meio do (1) conhecimento sobre as necessidades de cuidados da população, (2) a construção da referência em um serviço, (3) a conexão com uma equipe interdisciplinar, (4) o destaque dentro da equipe de um coordenador do cuidado, e (5) a instituição de um programa regular de cuidados individuais, sugerem alternativas para compatibilizar as dinâmicas do ciclo de vida, do prolongamento da longevidade saudável, do suporte nos eventos de adoecimento, e de racionalidade no consumo de ações e serviços. Na Figura 21, segue a proposição do *framework* de modelo de gestão em saúde integrado e preventivo para a entidade confessional.

Figura 5 - *Framework* de modelo de gestão em saúde integrado e preventivo para a entidade confessional



Fonte: Elaborada pelo autor.

A base toma a pessoa cuidada como centro do modelo de gestão, identificando no investimento que cada um constrói ao longo do curso de vida, um ativo institucional imprescindível, quer pelo valor que agregam ao longo da vida ativa, quer pelo legado que asseguram nas transições intergeracionais, representadas singularidades cujas representações regionais, base cultural e comunicação do que representa um cuidado longitudinal, se impõem como desafio.

Para um grupo que se institucionaliza em um contexto comunitário, a figura de um serviço de saúde organizado, profissionalizado e sistemático, permite a oferta de soluções para o cuidado convencional, com ganhos em economicidade que asseguram a sustentabilidade. Esses ganhos em economicidade se dão primordialmente pela programação do cuidado, pela previsibilidade de eventos recorrentes, e pela prevenção da progressão de situações agudas e graves, determinada pelo rastreamento e medidas de acompanhamento individual.

Com estratégias como a compra em massa de medicações utilizadas cotidianamente, a negociação de melhores valores de consultas recorrentes e procedimentos, naquilo que se tipifica uma autogestão de cuidados, e a seleção de referências para o manejo da cronicidade e de situações mais graves, se tem

consolidada a resposta assistencial e econômica que esse modelo de atuação consolida.

É base para melhores resultados desse modelo de gestão em saúde o investimento em uma equipe interdisciplinar, profissionalizada, e que se atualize continuamente ao longo do tempo, atuando como referência na acolhida e transição do cuidado, tanto quanto na assimilação dos desafios que cada plano de cuidados individual determinam. Desse modo, o *framework* sintetiza os principais pontos identificados como geradores de valor, para as pessoas e a instituição, assumidos os desafios e sua resposta na forma da prestação de serviços que correspondam às necessidades individuais, sem se afastar dos valores comunitários que suportam o viver confessional. São essas, pois, as principais contribuições da estrutura do *framework* para a gestão da saúde de populações para os sistemas de saúde integrado e preventivo para a entidade confessional, que também pode ser considerado em microescala, para outros grupos familiares, comunitários e institucionais.

6 CONCLUSÃO

A implementação de melhorias para a estruturação de serviços de saúde voltados para populações longevas é possível por meio de modelos de gestão que compatibilizem o cuidado centrado nas pessoas, a coordenação de ações de promoção e proteção da saúde, e a oferta racional de terapêuticas.

Esta tese buscou avaliar as consequências do processo de implementação da mudança em um modelo de gestão de saúde, de um escopo centrado no tratamento, para um modelo integrado e orientado para a prevenção e proteção da saúde, a partir da experiência em uma entidade confessional no Brasil.

O alcance desse objetivo foi possível por meio de uma pesquisa quantitativa, que aplicou uma *survey* para *stakeholders*, profissionais e usuários, além da análise qualitativa de documentos, entrevistas e grupo focal com as pessoas envolvidas no ambiente da pesquisa. As fontes de dados usadas nesta pesquisa, possibilitaram extrair informações que contemplam o objetivo geral e os cinco objetivos específicos.

A análise documental, com a classificação dos documentos de acordo com a cronologia da implantação do modelo de gestão em seus respectivos ciclos, somada às entrevistas, permitiram elencar as principais mudanças ocorridas na condução da atenção à saúde na instituição estudada. Entre elas estão (1) o conceito de comunidades de saúde e bem-estar, com espaços de relacionamento entre as pessoas assistidas, os profissionais, e a gestão, (2) o cuidado com abordagem interdisciplinar, (3) ações de prevenção e proteção da saúde, (4) o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, com a escuta ativa, os usuários externos buscando e demandando mais dos serviços de cuidado, (5) a maior agilidade percebida nos processos, com a aquisição de medicamentos e parcerias com hospitais, clínicas e laboratórios, (6) além do cuidado direcionado por meio de documentos instituídos, profissionalizado e sistematizado.

Pela aplicação dos questionários junto aos três públicos, verificaram-se relatos que as mudanças no modelo de gestão em saúde trouxeram resultados positivos, com um cuidado humanizado, preventivo e integrado, realizado por equipe interdisciplinar, a organização dos processos institucionais e gerenciais, como a centralização da compra das medicações e a autogestão.

Ainda, os *stakeholders* pesquisados concordaram que o modelo de gestão em saúde, implantado em 2015, impactou de forma positiva na sustentabilidade financeira da entidade. Entre os fatores apontados para isso, está o sistema de autogestão, a compra de medicação em escala, a otimização operacional dos serviços, os investimentos em formação profissional, a racionalização e otimização dos custos, a sistematização e a profissionalização do cuidado, os documentos instituídos, a educação continuada, as equipes interdisciplinares e o sentimento de ser cuidado.

Como desafios, os *stakeholders* avaliaram a sustentabilidade, a liderança, a comunicação intra e/ou interinstitucional, a cultura da organização, a adesão dos jesuítas ao modelo de gestão, a capacitação dos profissionais e as regionalidades e conhecimentos locais. As dimensões avaliadas como desafios foram mencionadas como oportunidades pelos participantes. Outras oportunidades citadas, como a de preparar o jesuíta para envelhecer, o uso de tecnologias, a ampliação dos serviços oferecidos por meio do modelo de gestão para outras congregações religiosas e para o público em geral, por exemplo.

As evidências e análises apresentadas conduzem à conclusão de que a implementação de estratégias de gestão da saúde, centradas nas pessoas e com o direcionamento ao estilo de vida em uma população religiosa envelhecida, traz benefícios significativos para o bem-estar e qualidade do cuidado dos indivíduos.

O processo de mudança no modelo de gestão e oferta da atenção à saúde, partindo do foco no tratamento para uma abordagem mais holística, sugere maior capacidade de lidar com as necessidades específicas desse grupo populacional, principalmente pela participação ativa e engajamento dos múltiplos *stakeholders*, incluindo usuários, profissionais de saúde e lideranças estratégicas, conforme Apêndice S.

Academicamente, a pesquisa refletiu sobre a importância da parceria entre a entidade confessional e os serviços de saúde, com o fortalecimento de ações voltadas para a população religiosa envelhecida, incluída a colaboração para a implementação de medidas para o acesso facilitado aos cuidados de saúde, a criação de um ambiente promotor de integração entre fé e saúde, e para a abordagem centrada na integração e prevenção, com o fortalecimento da coesão social e o senso de pertencimento religioso.

Portanto, considerando que este estudo reforça a importância de adotar estratégias que podem ser aplicadas não apenas em entidades confessionais, mas também em outras organizações de saúde, para atender às demandas de grupos populacionais específicos, essencialmente os mais envelhecidos, com subsídios teóricos e práticos relevantes para profissionais da saúde, gestores e formuladores de políticas, visando o aprimoramento dos sistemas de saúde e o bem-estar de uma população.

O sistema de saúde pública do Brasil, apresenta desafios que corroboram com o modelo de gestão em saúde dos jesuítas do Brasil, entre eles o envelhecimento populacional, o crescimento dos gastos em saúde, a necessidade de coordenação do cuidado e dos recursos. Para que o modelo de gestão em saúde dos jesuítas do Brasil se consolide e permaneça eficaz, algumas barreiras precisam ser vencidas e superadas, como a necessidade de investir, capacitar e preparar os profissionais e gestores para darem continuidade nos processos iniciados, além de evoluir com a modalidade de autogestão, e aumentar o número das comunidades para a aquisição em escala de medicamentos.

A instituição subsidiar e incentivar na formação de novos líderes, com a criação de espaço de comunicação em saúde, como estratégia de se tornar mais conhecido e diminuir as resistências para a adesão, o que incluiu que os jesuítas diluam as diferenças culturais locais e regionais.

Considerando as dimensões territoriais, populacionais e culturais que tem o Brasil, é óbvio o imenso esforço e trabalho que se tem para criar e alavancar essa proposta, restando a dimensão cultural como a que mais desafia em relação a esse tipo modelo de organização, uma vez que o brasileiro tende a buscar atendimento em saúde quando já tem algum sintoma agudo, isto é, apenas para tratar e sanar algum agravo em curso.

Esse caráter é mais acentuado nas instituições religiosas confessionais constituídas por público masculino, onde se tem presente que os homens não têm a cultura do autocuidado. Assim, a adoção do cuidado como uma política interna da instituição, implica em hábitos saudáveis, atividade física regular, modificações na alimentação, para promover atitudes corretivas, podendo permanecer saudável em prol da missão.

Com base nas conclusões deste estudo, pode-se recomendar gerencialmente aos executivos que dirigem serviços de saúde orientados a grupos envelhecidos,

que direcionem seus esforços para uma abordagem mais integrada, preventiva e centrada nas pessoas, de modo que os melhores resultados em saúde e bem-estar decorram de boas práticas de coordenação e transição do cuidado, em um ambiente de convívio e coesão social.

Adicionalmente, investir na promoção de uma cultura de cuidado preventivo voltados às doenças específicas associadas ao envelhecimento, e à emancipação pela longevidade ativa e autônoma, com a oferta de exames preventivos, campanhas de vacinação, orientações sobre hábitos de vida saudáveis e a promoção da atividade física regular, por exemplo, contribuem para evitar o surgimento de doenças crônicas, e minimizar as complicações de saúde.

Ainda, o fomento de parcerias com entidades religiosas e comunitárias, permite valorizar o papel da integração entre fé e saúde, com a ampliação do alcance dos serviços de saúde e a oferta de cuidados personalizados e culturalmente sensíveis, além de também facilitar a identificação de necessidades específicas da população, e a criação de programas e atividades adequados às suas demandas.

Não menos importante, utilizar as tecnologias de saúde digital e telemedicina, o que inclui sistemas de monitoramento remoto e prontuários eletrônicos, pode otimizar a prestação de serviços de saúde, por proporcionar maior acessibilidade aos cuidados de saúde, permitindo consultas virtuais, monitoramento de indicadores de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais e pacientes, além de contribuir para a eficiência operacional, a redução de custos e a melhora da comunicação e coordenação entre os membros da equipe de saúde.

Por fim, sugere-se um *framework* que sintetiza os principais pontos identificados como geradores de valor, para as pessoas e a instituição, assumidos os desafios e sua resposta na forma da prestação de serviços que correspondam às necessidades individuais, sem se afastar dos valores comunitários que suportam o viver confessional.

Essa proposta de gestão integrada e interdisciplinar em saúde, tende a se tornar um modelo de gestão contemporâneo que atenda a critérios de uma saúde mais preventiva, humanizada e integral, isto é, um olhar clínico mais horizontal e ampliado, com enfoque na integralidade do usuário e com característica interdisciplinar.

Por estar circunscrito em um tempo específico, é limitação da pesquisa a capacidade de exploração do campo, o que sugere a continuidade das avaliações e a preservação de análises dos resultados com o amadurecimento do modelo de gestão, e sob condições de crescimento no número de pessoas longevas no grupo confessional estudado.

Como seguimento, algumas sugestões de pesquisas futuras podem ser exploradas para as estratégias de gestão da saúde em população religiosa longeva, e extrapoladas para a população geral. Nessa direção, acompanhar ao longo do tempo a condução do modelo e avaliar os resultados da estratégia de gestão da saúde centradas na integração e prevenção, em populações longevas, principalmente para a verificação da sustentabilidade, dos eventuais desafios e do impacto na qualidade de vida e satisfação das pessoas.

Também, uma análise comparativa entre diferentes populações religiosas e longevas, poderia fornecer ideias valiosas sobre os fatores específicos relacionados à religião, cultura e dinâmica de grupos, que influenciam a gestão da saúde, com suas particularidades, para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas de cada grupo.

Por fim, estudos focados na percepção e experiência dos profissionais de saúde e lideranças estratégicas envolvidas na mudança de modelo de gestão, poderia apoiar na compreensão como esses atores-chave percebem a transição, os desafios enfrentados, os fatores facilitadores e as melhores práticas identificadas, para além das apresentadas na presente pesquisa, o que permitirá aprimorar a implementação de estratégias de gestão da saúde centradas na integração e prevenção.

Essas sugestões de pesquisas futuras contribuiriam para aprofundar o conhecimento sobre a eficácia, os desafios e os fatores determinantes no processo de implementação de estratégias de gestão da saúde em populações religiosas longevas, refinadas as abordagens, e dirigidos os esforços para atender às necessidades de grupos específicos.

Portanto, considerando que este estudo reforçou a importância de adotar estratégias que podem ser aplicadas não apenas em entidades confessionais, mas também em outras organizações de saúde, para atender às demandas de grupos populacionais específicos, essencialmente os mais envelhecidos, com subsídios teóricos e práticos relevantes para profissionais da saúde, gestores e formuladores

de políticas, tem-se proposto o aprimoramento dos sistemas de saúde para o bem-estar de uma população.

Com base nas conclusões deste estudo, pode-se recomendar gerencialmente aos executivos que dirigem serviços de saúde orientados a grupos envelhecidos, que direcionem seus esforços para uma abordagem mais integrada, preventiva e centrada nas pessoas, de modo que os melhores resultados em saúde e bem-estar decorram de boas práticas de coordenação e transição do cuidado, em um ambiente de convívio e coesão social.

Adicionalmente, investir na promoção de uma cultura de cuidado preventivo voltados às doenças específicas associadas ao envelhecimento, e à emancipação pela longevidade ativa e autônoma, com a oferta de exames preventivos, campanhas de vacinação, orientações sobre hábitos de vida saudáveis e a promoção da atividade física regular, por exemplo, contribuem para evitar o surgimento de doenças crônicas, e minimizar as complicações de saúde.

Ainda, o fomento de parcerias com entidades religiosas e comunitárias, permite valorizar o papel da integração entre fé e saúde, com a ampliação do alcance dos serviços de saúde e a oferta de cuidados personalizados e culturalmente sensíveis, além de também facilitar a identificação de necessidades específicas da população, e a criação de programas e atividades adequados às suas demandas.

Por fim, estudos focados na percepção e experiência dos profissionais de saúde e lideranças estratégicas envolvidas na mudança de modelo de gestão, poderia apoiar na compreensão como esses atores-chave percebem a transição, os desafios enfrentados, os fatores facilitadores e as melhores práticas identificadas, para além das apresentadas na presente pesquisa, o que permitirá aprimorar a implementação de estratégias de gestão da saúde centradas na integração e prevenção.

Essas sugestões de pesquisas futuras contribuiriam para aprofundar o conhecimento sobre a eficácia, os desafios e os fatores determinantes no processo de implementação de estratégias de gestão da saúde em populações religiosas longevas, refinadas as abordagens, e dirigidos os esforços para atender às necessidades de grupos específicos.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Marcio Moutinho *et al.* Quality in qualitative organizational research: types of triangulation as a methodological alternative. **Administração Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 19, n 1, p. 66-98, jan./abr. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323272479_Quality_in_Qualitative_Organizational_Research_types_of_triangulation_as_a_methodological_alternative. Acesso em: 05 nov. 2021.

ABRAMOWICZ, Anete. **Trabalhando a diferença na educação infantil**. São Paulo: Moderna, 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa - RN nº 272, de 20 de outubro de 2011**. Altera a Resolução Normativa - RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar; altera RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e dá outras providências. Brasília, DF: ANS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0272_20_10_2011.html. Acesso em: 15 abr. 2021.

AGREST, Alberto. Prevención de enfermedades y medicina preventiva. **Medicina (Buenos Aires)**, Buenos Aires, v. 69, n. 3, p. 382-386, mayo/jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000400019. Acesso em: 10 jan. 2023.

AGUIAR, Rosimar da Silva. Ética, competência e transparência na gestão religiosa. **Questões de Teologia**, Taubaté, v. 31, p. 151-183, 2017. Disponível em: <https://tq.dehoniana.com/tq/index.php/tq/article/view/210>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ALAM, Qazi Naeem *et al.* The leadership role of a principal in the performance of institution in comparison with leadership qualities of Malcolm Baldrige quality model. **International Journal of Multidisciplinary Research and Development**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 143-50. 2019. Disponível em: <http://www.allsubjectjournal.com/archives/2019/vol6/issue2/6-2-18>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ALI, Ather; KATZ, David. Disease Prevention and health promotion: how integrative medicine fits. **American Journal of Preventive Medicine**, [S. l.], v. 49, p. s230-s240, Nov. 2015. Suppl. 3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26477898/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ALMEIDA, Renato Santos de; BOURLIATAUX-LAJOINIE, Stephane; MARTINS, Mônica. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 11-25, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QLJ33snJPtMh6qVvfzK868q/?lang=en>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ALTER, Catherine; HAGE, Jerald. **Organizations Working Together**. Newbury Park: Sage; 1993. *E-book*. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/>

Organizations_Working_Together.html?id=Ke_sAAAAMAAJ&redir_esc=y. Acesso em: 20 jan. 2022.

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio. Idosos em Instituições de Longa Permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: reflexão e crítica**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 820-830, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/qqS5Cdp9JcWBgW4Q84MDwsD/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

AMARAL, Silvâni Maria Sehnem do; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799-801, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/thRk93KQnmCGM4TVypsqhSy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2022.

AMAZONAS, Neuza Ferreira do; CARNUT, Leonardo. Efeito econômico-financeiro das ações de prevenção das doenças na saúde das populações: uma revisão de literatura –primeiras notas. **Journal Manag Prim Health Care**, [S. l.], 2019. Disponível em: file:///C:/Users/asav/Downloads/andrea_hespanha,+e60s_jmphc.v11iSup.789_e60s.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

ANDRADE, Angélica Mônica *et al.* Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-686256>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ANDRADE, Rogério. A construção do conceito de incerteza: uma comparação das contribuições de Knight, Keynes, Shackle e Davidson. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 171-195, ago. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/neco/a/PmjY7tBBLVwyX6HbGXh8KGb/?lang=pt#:~:text=Dar%20o%20devido%20destaque%20%C3%A0s,certeza%20ou%20equivalentes%20de%20certeza>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ANDRÉ, Sara Micaela Moita. **Desafios da gestão em saúde: custos vs qualidade**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão – Especialização em Gestão de Negócios) – Instituto de Gestão e das Organizações da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31803/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado-Sara%20Andr%C3%A9.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ANTÓNIO, Manuel. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e190967, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/x7hNN9DNMzS99hWBMDHKxgJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

ARAÚJO, Denizar Vianna. Preço de medicamentos na América Latina: desafios para definição de preço de referência na região. Estudo de caso: Mercosul. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 86-90, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4933.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ARRUDA, Cecília; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 758-766, set./out. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HwtwPFJmYLC57KrCzghm4mH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Observatório 2020**. São Paulo: ANAHP, 2020. Disponível em: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2020>. Acesso em: 10 maio 2021.

ATKINSON, Sarah. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 283-99, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RhKnm8kZXhzQPNRftFWTvtG/?lang=en>. Acesso em: 15 abr. 2021.

AVENI, Alessandro. Sistemas de saúde e economia da saúde – Impactos causados pela COVID-19. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 477-493, abr. 2020. Edição especial. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/3609>. Acesso em: 20 mar. 2021.

AZEVEDO, Isabelle Campos *et al.* Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. 1, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3275>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BACKES, Dirce Stein *et al.* Vínculo profissional usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **Avances en Enfermería**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 222-229, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-45002015000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 15 nov. 2022.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN Alacoque Lorenzini; DAL SASSO, Grace Marcon. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6BRTLk45MR6phJ5B47wXNLD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BANDEIRA, Marina. *et al.* Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 60, n. 4, p. 284-293, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/LSpmnbhvRyncLSwBGSLW6Dw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

BARBOSA, Alexandre; SENNE, Fábio. Indicadores sobre a adoção de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na saúde. **Journal of Health Informatics**, [S. l.], v. 8, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/download/527/279/2103>. Acesso em: 10 out. 2022.

BARBOSA, Gisele Silva; DRACH, Patricia; CORBELLA, Oscar. Sustentabilidade urbana e desenvolvimento sustentável: uma discussão em aberto. *In*: ENCONTRO

NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO (ENTAC), 16., 2012, Juiz de Fora. **Anais eletrônicos [...]**. Juiz de Fora: UFJF, 2012. p. 1201-1206. Disponível em: <https://silo.tips/download/sustentabilidade-urbana-e-desenvolvimento-sustentavel-uma-discussao-em-aberto>. Acesso em: 20 mar. 2021.

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

BARNEY, Jay; HARRISON, Jeffrey. Stakeholder theory at the crossroads. **Business & Society**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. 203-212. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0007650318796792>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BARRETO, Ana Cristina Oliveira *et al.* Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 72, p. 266-273. 2019. supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9VjrMMcnrxDBrjK5rdt9qXk/?lang=en#:~:text=It%20was%20verified%20that%20the,lessen%20extent%2C%20of%20educational%20actions>Acesso em: 20 mar. 2021.

BARROS, José Márcio. Cultura, memória e identidade - contribuição ao debate. **Cadernos de História**, Belo Horizonte, v. 4, n. 5, p. 31-36, nov. 1999. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoshistoria/article/view/1696>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BARROS, Nelson Filice; SPADACIO, Cristiane; COSTA, Marcelo Viana. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 163-173, set. 2018. Número especial 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WhJFzVYJtKrZs7zNjq5k49R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BARROS, Pedro Pita. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. 4. ed. Portugal: [s. n.], 2021.

BARROS, Pedro Pita. **Pela sua saúde**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

BASHATAH, Adel *et al.* Interprofessional cooperation: an interventional study among saudi healthcare teaching staff at King Saud University. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.dovepress.com/interprofessional-cooperation-an-interventional-study-among-saudi-heal-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BENTO, Marcia Helena dos Santos *et al.* Sistema integrado de gestão: compatibilização do modelo de excelência em gestão (M.E.G.) com o modelo de excelência em inovação (M.E.I.). **Revista Gestio**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 71-83, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/deson/article/view/1158#:~:text=Resumo,do%20chamado%20Oct%C3%B3gono%20da%20Inova%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 maio 2021.

BICAN, Peter; BREM, Alexander. Digital business model, digital transformation, digital entrepreneurship: is there a sustainable “digital”? **Sustainability**, [S. l.], v. 12, n. 5239, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342580682_

Digital_Business_Model_Digital_Transformation_Digital_Entrepreneurship_Is_There_A_Sustainable_Digital. Acesso em: 15 nov. 2022.

BILOSLAVO, Roberto; BAGNOLI, Carlo; FIGELJ, Roland Rusjan. Managing dualities for efficiency and effectiveness of organisations. **Industrial Management & Data Systems**, [S. l.], v. 113, n. 3, p. 423-442, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258337876_Managing_dualities_for_efficiency_and_effectiveness_of_organisations. Acesso em: 20 mar. 2021.

BOCCHI, Josiane Cristina. Anomia e hipocondria nas relações entre corpo, saúde e o sofrimento na contemporaneidade. **Sofia**, Vitória, v. 9, n. 2, p. 188-203, dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/sofia/article/view/32443>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BONICOSKI, Orival. **Design estratégico**: contribuições para a estratégia de saúde e bem-estar dos Jesuítas do Brasil. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Design Estratégico) – Programa de Pós-Graduação em Design Estratégico, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2017.

BONICOSKI, Orival. **Gerenciamento dos cuidados de enfermagem em uma comunidade jesuítica da Província do Brasil Meridional (BRM)**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2013.

BONICOSKI, Orival. **Qualidade de vida**: uma visão dos idosos jesuítas institucionalizados. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção**: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; São Paulo: Edusp, 2006.

BRAGA, José Angelo Leal. O enfermeiro diante da burocracia da qualidade e produtividade no ambiente hospitalar. **Revista Pubsáude**, [S. l.], p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://pubsaudes.com.br/wp-content/uploads/2020/04/020-O-enfermeiro-diante-da-burocracia-da-qualidade-e-produtividade-no-ambiente-hospitalar.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. **Código de direito canônico**. São Paulo: Loyola, 1983.

BRASIL. **Decreto nº 7.107, de 11 de fevereiro de 2010**. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Santa Sé relativo ao Estatuto Jurídico da Igreja Católica no Brasil, firmado na Cidade do Vaticano, em 13 de novembro de 2008. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7107.htm. Acesso em: 2 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2015**. Brasília, DF: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/cmed/anuario-estatistico-do-mercado-farmacaceutico-2015-tabelas.xlsx/view>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portugal**: retrato da saúde 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/biblioteca/portugal-retrato-da-saude-2018>. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: (princípios e diretrizes). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-14874>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Rede de Produção de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf. Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Coordenação-geral de Gestão de Tecnologias em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **Protocolo de Uso do Distrator Osteogênico Mandibular**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_PCDT_DOM_CP_72.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: www.aids.gov.br/SAE. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação sobre Mortalidade – SIM (1979-2019)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim-1979-2019>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Consórcio CDS/UnB/Abipti. **Ciência & tecnologia para o desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis: Consórcio CDS/UnB/Abipti, 2000. Disponível em: <http://www.smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Ambiental/Agenda%2021/cienctecn.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRUGHA, Ruairi Fionnbarra; VARVASOVSKY, Zsuzsa. Stakeholder analysis: a review. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 239-246, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11012397/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRULON, Vanessa; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; DARBILLY, Leonardo. Choque de gestão ou choque de racionalidades? O desempenho da administração pública em questão. **Revista Eletrônica de Administração**, [S. l.], v. 74, n. 1, p. 1-34, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/Yy7McFpjfK4z7NmShnjy3vn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

CAETANO, Rosângela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41624>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CAMFIELD, Claudio Eduardo Ramos; MENDES, Luis Antonio Fonseca. Princípios de excelência nas PMEs brasileiras do setor ervateiro: análise baseada no Modelo de Excelência em Gestão. **GEPROS**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 313-50, 2017. Disponível em: <https://revista.feb.unesp.br/index.php/gepros/article/view/1726>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.

21, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9QhfkqgrRkT3c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

CANDAU, Vera Maria. **Sociedade, educação e cultura(s):** questões e propostas. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAPRA, Frijof. **Ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix. 2012.

CARMO, Eduardo Hage; PENNA, Gerson; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 19-32, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/TdDMvxtcgRt8PGL5WNSjZ8d/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

CARRAPATO, Josiane Fernandes Lozigia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; PLACIDELI, Nádia. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 518-530, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PmjC6Y Ss8SYzmWLrd7ccHJH/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CARVALHO, Nathália Leal de. *et al.* Desenvolvimento sustentável x desenvolvimento econômico. **Revista Monografias Ambientais**, Santa Maria, v. 14, n. 3, set./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/remoa/article/view/17768>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CASTRO, Marcia *et al.* **Reduction in the 2020 Life Expectancy in Brazil after COVID-19.** [S. l.: s. n.], Apr. 9, 2021. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21255013v1.full.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

CATUNDA, Hellen Livia Oliveira *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XNPJGWGp6Y6vcT8RWXQWv6x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400–1410, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hZLwpVCM8N4ySDF5BNkKcgD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CENCI, Rosângela; FILIPPIM, Eliane Salete. Atração e permanência de pessoas em instituições religiosas católicas: o peso dos contornos institucionais. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/HfrS6fG3J74BQLqkSPP8Hnv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CHOONG, Kwee Keong. Understanding the features of performance measurement system: a literature review. **Measuring Business Excellence**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 102-121, 2013. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MBE-05-2012-0031/full/html>. Acesso em: 10 maio 2021.

CHRISTOPHE, Micheline; CAMARANO, Ana Amélia. Dos asilos às instituições de longa permanência: Uma história de mitos e preconceitos. *In*: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 145-162. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3206?mode=full>. Acesso em: 10 out. 2022.

CLARK, Phillip. What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. **J Interprof Care**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 577-589, Dec. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095437/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CLEARY, D. P; MCNEIL, J. B. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry**, [S. l.], v. 25, p. 25-36, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966123/#:~:text=Abstract,with%20higher%20levels%20of%20satisfaction>. Acesso em: 20 mar. 2021.

COELHO, Saryse Figueredo Castro; MELO, Rosana Alves. Assistência ao homem na estratégia saúde da família. **Id on Line Revista de Psicologia**, Jaboaão dos Guararapes, v. 12, n. 41, p. 485-508, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1231/0>. Acesso em: 20 jan. 2022.

COMPANHIA DE JESUS. **Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA**. Rio de Janeiro: Companhia de Jesus, 2015.

COMPANHIA DE JESUS. **Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA**. Rio de Janeiro: Companhia de Jesus, 2021.

COMPANHIA DE JESUS. **Estatutos da pobreza religiosa da Companhia de Jesus**: instrução sobre a administração de bens. Tradução de Míriam Godinho, o.c.s.o. Revisão de Hermínio Rico, s.j. Lisboa: Cúria Provincial da Companhia de Jesus, 2005. Documento em PDF de uso interno da Instituição.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEM). **Resolução COFEN 543/2017**. Rio de Janeiro: COFEM, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília, DF: CNS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSTITUIÇÕES da Companhia de Jesus e normas complementares. Diagramação: Ronaldo Hideo Inoue. Revisão: João Augusto Mac Dowell. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

CORIOLOANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TtztQ9sMg/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

CORTELLA, Mario Sergio; RIOS, Terezinha Azerêdo. **Vivermos mais! Vivemos bem? Por uma vida plena**. Campinas: Papyrus 7 Mares, 2013.

CRAWFORD, Mike *et al.* Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. **BMJ**, [S. l.], v. 325, n. 7375, Nov. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12458240/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CRESWELL, John; CLARK, Vicki. Plano. **Pesquisa de métodos mistos: série métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, Andreia; NOGUEIRA, Manuel Carlos. **A sustentabilidade nas organizações sem fins lucrativos**. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP). Porto, Feb. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/331045608>. Acesso em: 20 mar. 2021.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista Org. & Demo**, Marília, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/view/468>. Acesso em: 15 abr. 2021.

CUNHA, Penha; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 71-9, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5K49v57jyLfzCc5dCm7ddt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

D'AMOUR, Danielle *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **J Interprof Care**, [S. l.], v. 19, p. 116-131, May 2005. Suppl. 1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096150/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DALCOL, Charlene; GRAZIADEI, Carolina; MÜLLER, Fabrise. Comunicação interna e gestão de pessoas: desafios e aproximações possíveis para as relações públicas. **Cadernos de Comunicação**, Santa Maria, v. 23, n. 2, art. 8, 2-24, maio/ago. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349201761_Comunicacao_Interna_e_Gestao_de_Pessoas_Desafios_e_Aproximacoes_Possiveis_para_as_Relacoes_Publicas. Acesso em: 15 nov. 2022.

DAMASCENO, Maria José Caetano Ferreira; CHIRELLI, Mara Quaglio. Implementação da saúde do idoso na estratégia saúde da família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1637-1646, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vhfPWnBm7WQZXFYBdDnHqgD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2022.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe *et al.* Aging and quality of life: analysis of scientific production in SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-409,

jul./set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Ygw4N4DVy5DMVgLhGHLxydp/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; KEBBE, Leonardo Martins; PALM, Rosibeth del Carmen Muñoz. **Fundamentação e processos da terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos**. São Paulo: Payá, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002897020>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DEL NERO, Carlos. O que é economia da saúde *In*: PIOLA, S. F, VIANNA, S. M. (ed.). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995. p. 1-22.

DOIS, Angelina *et al.* Princípios orientadores do Modelo Integral de Saúde da Família e da Comunidade na perspectiva dos usuários. **Revista médica de Chile**, Santiago, v. 144, n. 5, p. 585-592, 2016. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872016000500005&lng=pt&nrm=i. Acesso em: 20 jan. 2022.

DOMINGUES, Carmen Silva Bruniera *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, esp. 1, 2021. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000500005. Acesso em: 05 jan. 2023.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Quarterly**, [S. l.], v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

DOUGLAS, Muhammad Umbugala. Finding the niche towards performance excellence: a study of facilities management firms in malaysia. **Journal of Facilities Management**, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 330-349, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308487220_Finding_the_niche_towards_performance_excellence_A_study_of_facilities_management_firms_in_Malaysia. Acesso em: 20 mar. 2021.

DRESNER, Simon. **The principles of sustainability**. 2nd ed. London: Earthscan, 2002.

DUARTE, Mariana da Silva. **A importância da auditoria interna para uma gestão eficiente e eficaz em instituições hospitalares do setor público**. Porto: [s. n.], 2017. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10957/1/Mariana_Duarte_MA_2017.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

EASLEY, J. *et al.* The role of family physicians in cancer care: perspectives of primary and specialty care providers. **Current Oncology**, [S. l.], v. 24, n. 2, 75-80, Apr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407869/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ELKINGTON, John; ZEITZ, Jochen. **The breakthrough challenge**: 10 ways to connect today's profits with tomorrow's bottom line. [S. l.]: John Wiley & Sons, 2014.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; VIERA-DA-SILVA, Lígia Maria. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 331-340, out. 2018. Número especial, 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0331.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ESTRELA, Vania *et al.* Health 4.0: applications, management, technologies and **Review Medical Technologies Journal**, [S. l.], v. 2, ed. 4, p. 262-276, 2018. Disponível em: <http://medtech.ichsmt.org/index.php/MTJ/article/view/205>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FACCHINI, Luiz. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. *In*: BUSCHINELLI, J.; ROCHA, L. (ed.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.178-186.

FALLATAH, Hind. Introducing inter-professional education in curricula of Saudi health science schools: an educational projection of Saudi vision 2030. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. 520-525, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/emr-185447>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes; VARELLA, Ana Maria Ramos Sanchez; ALMEIDA, Telma Teixeira de Oliveira. Interdisciplinaridade: tempos, espaços, proposições. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 3, n. 11, set./dez. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/766/76629369011.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

FEIL, Alexandre André; SCHREIBER, Dusan. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: desvendando as sobreposições e alcances de seus significados. **Cadernos EBAPE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/hvbYDBH5vQFD6zfjC9zHc5g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

FERNANDES, Antonio. Metodologia de avaliação da eficácia organizacional para o Ensino Superior. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 77-87, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317473192_Metodologia_de_avaliacao_da_eficacia_organizacional_para_o_Ensino_Superior. Acesso em: 20 mar. 2021.

FERNANDES, Maria Isabel Domingues; CRUZ, Liliana Marlene Ferreira. Intervenção para a promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa em início de hemodiálise: uma pesquisa qualitativa. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 60-75, abr. 2018. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/206>. Acesso em: 05 jan. 2023.

FERRAZ, Marcos. **Economia da saúde e medicina**. [S. l.]: Sinop Reumatol, 2005.

FERREIRA, Andressa Martins Dias *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do uso da informatização para segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180140, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/rVpcv68pqHHFjKyMsSkwbzG/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FERREIRA, Domingos *et al.* **Contabilidade de gestão**: estratégia de custos e de resultados. Lisboa: Rei dos Livros, 2014.

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, jan. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1055798>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, jul./set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HpKx9c4yZwGTmvBxQ8H69Wf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

FONTENELE, Araceli Moreira de Martini; GARCIA, Paola Trindade. Profissional e usuário dos serviços de saúde: interface para um cuidado com qualidade e segurança. **ReonFacema**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 1248-1254, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/download/408/261>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FONTOURA, Letícia Figueiró *et al.* Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupo nas ações de educação em saúde. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, Belford Roxo, v. 7, n. 15, p. 66-75, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1271>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FRANCISCO, Papa. Catequese do Papa Francisco – atual situação dos idosos. Tradução: Jéssica Marçal. **Boletim da Santa Sé**, Vaticano, 4 mar. 2015. Disponível em: <https://noticias.cancaonova.com/especiais/pontificado/francisco/catequese/cateques-e-do-papa-francisco-atual-situacao-dos-idosos/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

FRANCISCO, Papa. Papa Francisco: ‘Deus não deixa ninguém para trás’. **Arquidiocese de São Paulo**, São Paulo, 21 abr. 2020. Notícias. Disponível em: <https://arquisp.org.br/noticias/papa-francisco-deus-nao-deixa-ninguem-para-tras>. Acesso em: 12 dez. 2022.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. Documento técnico do 3º Encontro da Formação Técnica em Acolhimento na Atenção Básica de 2015 do estado de São Paulo, Brasil. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

FRANCO, Joel Levi Ferreira. Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação: módulo político gestor. *In*: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS); UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP).

Especialização em Saúde da Família. Brasília, DF: UNA-SUS; São Paulo: UNIFESP, 2010. p. 115-140. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_8.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

FREEMAN, Robert Edward *et al.* **Stakeholder theory**: the state of the art. New York: Cambridge Press. 2010.

FREEMAN, Robert Edward. **Strategic planning**: a stakeholder approach. Boston: Pitman, 1984.

FREEMAN, Robert Edward; REED, David. Stockholders and stakeholders: a new perspective on corporate governance. **California Management Review**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 88-106, 1983. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2307/41165018>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FREIDSON, Eliot. **Professionalism**: the third logic. [S. l.]: Polity Press & Blackwell Publishers, 2001.

FREITAS, Adriana Valéria da Silva; NORONHA, Ceci Vilar. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface**: comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 14, n. 33, p. 359-69, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MCxRm8hNMvS4thK7Fx9J3gt/abstract/?lang=pt#:~:text=Trata%2Dse%20de%20pesquisa%20de,%C3%A0%20observa%C3%A7%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica%20no%20local>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FRY, Denise; ZASK, Avigdor. Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. **Health Promotion International**, [S. l.], v. 32, n. 5, p. 901-912, Oct. 2017, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/5/901/2951027>. Acesso em: 20 jan. 2022.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. *In*: Kurcgant, Paulina (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento**: plataforma de Cairo, 1994. [S. l.]: UNFPA, 2019. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

FURLONG, Guillermo. **Los jesuítas y la cultura rioplatense**. Buenos Aires: Secretaría de Cultura de la Nación en coproducción con Editorial Libros, 1994. Documento em PDF. Disponível em: <https://anaforas.fic.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/43455/1/Furlongjesuitasrioplatense.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GARCIA JR., Carlos Alberto Severo; STEIL, Amanda; MIRANDA, Clara Garcia. Prevenção quaternária e educação médica: uma revisão integrativa após as diretrizes curriculares nacionais do curso medicina de 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, 1694, p. 1-12,

jan./dez. 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1694>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GARCÍA-VILLOSLADA, Ricardo. **Santo Inácio de Loyola**. Madrid: BCA, 1986.

GAVA, Gustavo Bonin. **A experiência portuguesa da Atenção Primária à Saúde: êxitos, desafios e lições para o Brasil**. 2020. Tese (Doutorado em Economia) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2020. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_f454bea912721fb14cb979e67edcfec8 Acesso em: 05 nov. 2021.

GILL, Liz; WHITE, Lesley. A critical review of patient satisfaction. **Leadership in Health Services**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 8-19, 2009. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17511870910927994/full/html>. Acesso em: 12 dez. 2022.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, Adriana Dantas *et al.* Panorama of innovation in Brazilian small businesses. **International Journal of Innovation**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 325-334, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325050284_Panorama_of_Innovation_in_Brazilian_Small_Businesses. Acesso em: 15 abr. 2021.

GONÇALVES, Paulo Cesar *et al.* Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 84-101, abr./jun. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1940/194016906006.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

GOUVEIA, Giselle Campozana *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. s109-s118, 2005. supl. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ry85tt9dZDmTRX7k7q7YyQC/?lang=en>. Acesso em: 10 maio 2021.

GRAGNOLATI, Michele *et al.* **Growing old in an older Brazil**: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery. Washington, DC: The World Bank, 2011. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2351>. Acesso em: 10 jan. 2023.

GRILLO, Maria José Cabral *et al.* A formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do sistema nacional de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde – REAS**, Uberaba, v. 2, n. 2, p. 57-68, 2013. Edição especial. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/402>. Acesso em: 20 jan. 2022.

GRILO, André. **Experiência do usuário em interfaces digitais**: compreendendo o design nas tecnologias da informação. 1. ed. Natal: SEDIS-UFRN, 2019. *E-book*. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2701>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GROSSMAN, Robert. A framework for evaluating the analytic maturity of an organization. **International Journal of Information Management**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. 45-51, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401217300026>. Acesso em: 15 abr. 2021.

GUIBERT, José María. **El liderazgo Ignaciano: una senda de transformación y sostenibilidad**. Espanha: Sal Terrae, 2017.

GUIMARÃES, Andréa Carmen *et al.* Atividades grupais com idosos institucionalizados: exercícios físicos funcionais e lúdicos em ação transdisciplinar. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 443-452, jul./dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200013. Acesso em: 10 out. 2022.

GUZMÁN, Cristina Aibar. El logro del value for money en la gestión pública: consideraciones en torno a los indicadores de eficiencia, eficacia y economía. **Revista Contabilidade & Finanças – USP**, São Paulo, n. 32, p. 99-110, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcf/a/KSgjq95F3YVtJMsj7dTV8Cj/?lang=es>. Acesso em: 10 maio 2021.

HALAWEH, Hadeel *et al.* Perspectives of older adults on aging well: a focus group study. **Journal of Aging Research**, [S. l.], v. 4, p. 1-9, Nov. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/328741858_Perspectives_of_Older_Adults_on_Aging_Well_A_Focus_Group_Study#:~:text=Results%3A%20Three%20major%20themes%20were,%2C%20self%2Dpossessed%20contentment%2C%20and. Acesso em: 12 dez. 2022.

HALL, Pippa. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], p. 188-196, May 2005. Suppl. 1. Disponível em: https://ipls.dk/pdf-filer/teamwork_and_cultures.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

HAYASHIDA, Karen Yukari *et al.* A liderança coaching exercida pelos enfermeiros no contexto hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, e59789, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59789>. Acesso em: 12 dez. 2022.

HAYDU, Verônica Bender; KOCHHANN, Joseani; BORLOTI, Elizeu. Estratégias de terapias de exposição à realidade virtual: uma revisão discutida sob a ótica analítico-comportamental. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 15-34, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000300002. Acesso em: 20 mar. 2021.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERRMANN, Gudrun; WOERMANN, Ulrich; SCHLEGEL, Claudia. Interprofessional education in anatomy: learning together in medical and nursing training. **American Association of Anatomists**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 324-330, Jul./Aug. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25475829/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

HOFSTEDE, Geert *et al.* Comparing regional cultures within a country: lessons from Brazil. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, [S. l.], v. 41, n. 3, p. 336-352, 2010.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022022109359696>. Acesso em: 10 out. 2022.

HOLLY, Cheryl; POLETICK, Eileen B. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 23, n. 17-18, p. 2387-2395, Sept. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23786673/>. Acesso em: 10 out. 2022.

HOMEYER, Sabine *et al.* Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration – a qualitative study. **BMC Nursing**, [S. l.], v. 10, Apr. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29643742/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

HORST, Viviane Silveira Batista; ORZECOWSKI, Suzete Terezinha. O desafio e potencialidade da interdisciplinaridade no atendimento à saúde. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v.3, n. 1, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552756521016>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HOSEN, Shamim. **Concept paper on sustainability**. [S. l.]: Bangladesh Public Administration Training Centre, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348116577_Concept_paper_on_Sustainability. Acesso em: 10 maio 2021.

HOURNEAUX JUNIOR, Flavio *et al.* Análise dos stakeholders das empresas industriais do estado de São Paulo. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 49, n.1, p.158-170, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rausp/a/Vj3LnVkf6Y6cnchVMJhzKSB/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

HOWELL, Kathryn *et al.* Seven reasons to invest in well-being. **Psychology of Violence**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 8-14, Jan. 2016. Disponível em: https://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1268&context=psych_fac. Acesso em: 12 dez. 2022.

HUNT, Shelby; DUHAN, Dale. Competition in the third millennium: Efficiency or effectiveness? **Journal of Business Research**, [S. l.], v. 55, p. 97-102, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0148296300001442>. Acesso em: 20 mar. 2021.

IBANES, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, 2007. Supl. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ILHA, Silomar *et al.* Professional-patient bond in a team of the family health strategy. **Ciência Cuidado e Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 556-562, jul./set. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Administrador/Downloads/19661-Texto%20do%20artigo-114270-1-10-20150226%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Administrador/Downloads/19661-Texto%20do%20artigo-114270-1-10-20150226%20(1).pdf). Acesso em: 12 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta-satélite de saúde**: Brasil: 2010-2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. (Contas nacionais, n. 59). Disponível em:

https://economia.saude.bvs.br/base_ecos/resource/?id=biblioref.referencesource.998889. Acesso em: 10 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil e das unidades da federação, por sexo e idade para o período 2000-2030. [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/lbge/projpopuf.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.

JACOBI, Pedro Roberto *et al.* Mudanças climáticas globais: a resposta da educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 46, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000100008>. Acesso em: 05 nov. 2021.

JAFELICE, Giovana Telles; MARCOLAN, João Fernando. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 2259-66, 2018. Supl. 5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nPcrXkKfVBKqTvXnMctCF5N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

JAMOULLE, Marc. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015. Disponível em: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/176760/1/1064-7076-1-PB.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.

JANINI, Leonardo Oliveira; COSTA, Marina Moscardini; FREITAS, Rodrigo Assunção. **Sustentabilidade ODS 3 saúde e bem-estar**. São Paulo: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 05 jan. 2023.

JOHNSON, Gerry; SCHOLLES, Kevan; WHITTINGTON, Richard. **Fundamentos de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

JUCÁ, Carlos Beckenbauer de Sousa; GOMES, Rickardo Léo Ramos. Planejamento, programação e aquisição de medicamentos. **Revista Contribuciones a la Economía**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 1-13, feb./jul. 2021. Disponível em: <https://www.eumed.net/uploads/articulos/db0a2ba275bf477c96523fde8990dd6b.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

JUDGE, Michelle *et al.* Evaluation of students' receptiveness and response to an interprofessional learning activity across health care disciplines: an approach toward team development in healthcare. **International Journal of Nursing Sciences**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 93-98, Mar. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000046>. Acesso em: 20 jan. 2022.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cTPxLbqWxgbjmyShw5FK8Sw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

KANE, Gerald *et al.* **The technology fallacy**: how people are the real key to digital transformation. [S. l.]: MIT Press, 2019.

KARNAL, Leandro. Memória infinita para glória de Deus: os jesuítas e a construção da memória. *In: EJESUS*. [S. l.], c2016. Disponível em: <https://ejesus.com.br/memoria-infinita-para-gloria-de-deus-os-jesuitas-e-a-construcao-da-memoria/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

KLABUNDE, Carrie N. *et al.* Oncologists' perspectives on post-cancer treatment communication and care coordination with primary care physicians. **European Journal of Cancer Care**, [S. l.], v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28070939/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

KOITHAN, Mary *et al.* A complex systems science perspective for whole systems of complementary and alternative medicine research. **Forsch Komplementmed**, [S. l.], v. 19, 2012. Suppl. 1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22327546/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

KÖVECSSES, Géza. Notas várias. *In: SANTO INÁCIO DE LOYOLA. Escritos de Santo Inácio: exercícios espirituais*. Tradução R. Paiva. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

KRUGMAN, Paul; WELLS; Robin; MYATT, Anthony. **Microeconomics**. [S. l.]: Canadian Edition: Worth Publishers, 2006.

KUMARI, Preeti; MATHEW, Lini; SYAL, Poonam. Increasing trend of wearables and multimodal interface for human activity monitoring: a review. **Review Biosens Bioelectron**, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931004/>. Acesso em: 10 maio 2021.

LACOSTE, Jean Yves. **Dicionário crítico de Teologia**. São Paulo: Paulinas e Loyola, 2004.

LAWRENCE, Jeannine *et al.* Integration of interprofessional education (IPE) core competencies into health care education: IPE meets culinary medicine. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, [S. l.], 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331377880_Integration_of_Interprofessiona_I_Education_IPE_Core_Competencies_Into_Health_Care_Education_IPE_Meets_Culinary_Medicine. Acesso em: 20 jan. 2022.

LEAL, Juliana Alves Leite; MELOL, Cristina Maria Meira de. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 441-52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H5KSSxTn68HGqwbWsqPXWvG/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LECHAKOSKI, Rafael de Mello; WILDAUER, Egon Walter. Os idosos na internet: uma análise da utilização da internet pelos idosos no Brasil. **Percursos**, Curitiba, v. 1, n. 13, 2013. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/663>. Acesso em: 12 dez. 2022.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2015. *E-book*. Disponível em: <http://www.uece.br/ppsacwp/wp-content/uploads/sites/37/2016/04/PLANEJAMENTO->

GESTAO-E-AVALIACAO-NAS-PRATICAS-DE-SAUDE-EBOOK-548pg.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

LEITÃO, Ilsi Maria Tigre de Arruda. *et al.* Tendências e tecnologias na promoção da saúde nos espaços educacionais. *In: BRASIL, Christina César Praça; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; CALDAS, José Manuel Peixoto (org.).* **Uso de tecnologia no processo de trabalho em saúde coletiva: reflexão teórico-metodológica.** Fortaleza: EdUECE, 2019. p. 118-138.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **The view from afar.** New York: Basic Books, 1985.

LIAW, Sok Ying *et al.* An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. **Nurse Educ Today**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 259-264, Feb. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23518067/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LIMA, Ísis Fernanda dos Santos *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 46, v. 4, p. 944-952, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cWJ6MNjzX7XhJffNZzZwHmN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LUIZ, Flavia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 1095-103, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wcR7GFGhLYs7P5gmpB4kxj/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MAÇÃES, Manuel Alberto Ramos. **Manual de gestão moderna: teoria e prática.** Lisboa: Conjuntura Actual. 2014.

MACÊDO, Neuza Buarque; ALBURQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; MEDEIROS, Kátia Rejane de. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/3PWL7y7mL9s8XrCkbKWjtkH/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

MACHADO, Lucas Dias Soares *et al.* Construção de tecnologia educativa para padronização de procedimentos operacionais da consulta de enfermagem. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS (CIET); ENCONTRO DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (EnPED)*, 2020, São Carlos. **Anais eletrônicos [...].** São Carlos: SEaD: UFSCar, 2010. Disponível em: <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2020/article/view/1655>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MAESTRIPIERI, Lara. Professionalization at work: the case of Italian management consultants. **Ephemera: Theory & Politics in Organization**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 31-52, 2016. Disponível em: <https://ephemerajournal.org/contribution/professionalization-work-case-italian-management-consultants>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MAIA, João. **Economia da saúde, inovação e desigualdades globais**. Lisboa: Universidade de Coimbra, 2020.

MALLMANN, Danielli Gavião *et al.* Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1767, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1763.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

MALLMANN, Thiele da Silva. **O uso de impressão 3D no auxílio às pessoas usuárias de órteses**: um projeto de design focado em tecnologia assistiva. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Design) – Curso de Design, Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, 2018. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/handle/10737/2120?mode=simple>. Acesso em: 10 maio 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARINELLI, Edson Bastos. Gestores do capital intelectual – quebrando amarras. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, [S. l.], v. 3, n. 7, e371304, 2022. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1304>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MARQUES, Albertino. **Conceção e análise de projetos de investimento**. Lisboa: Sílabo, 2014.

MARQUES, Lana Grasiela Alves *et al.* Inovações tecnológicas da impressora 3d aplicada à saúde. **Revista GEINTEC**, Aracaju, v. 9, n. 4, p. 5191-5203, out./dez. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1413-Article%20Text-5957-1-10-20191003.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistema de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.1-10, jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo; 2013.

MASCHIETTO, Flavia *et al.* Tecnologias em saúde. *In*: PEREIRA, A. C. *et al.* (org.). **Gestão pública em saúde**: fundamentos e práticas. São Paulo: Livro Novo; 2016. p. 171-92.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PdVp6pWJtfgXWnkg9HpDS3H/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

MATSUOKA, Érica Tavares de Melo *et al.* A comunicação profissional de saúde-usuário(a) na doença renal crônica. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 19, n. 1,

jan./abr. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692019000100003. Acesso em: 10 out. 2022.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria geral da administração**: da revolução urbana à revolução digital. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MCCALLIN, Antoinette. Interdisciplinary practice-a matter of teamwork: an integrated literature review. **J Clin Nurs**, [S. l.], 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MEDEIROS, F. A. *et al.* Aceptación en una unidad básica de salud: enfoque en la satisfacción del usuario. **Revista de Salud Pública**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Aceptaci%C3%B3n-en-una-Unidad-B%C3%A1sica-de-Salud%3A-enfoque-Medeiros-Ara%C3%BAjo-Souza/484d04d024ba1fcfb4266d02f31b2dfb8dfa6996>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva *et al.* O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da atenção primária à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 288-295, set. 2017. Número especial 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pMdR8RQtGPdkT9N6SM8HTfS/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MEINERTZ, Carmo André. **Gestão estratégica de indicadores aplicada a uma instituição de ensino superior confessional**. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão Educacional) – Programa de Pós-Graduação em Gestão Educacional, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/8981>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MELO, Denise da Silva *et al.* The right to health in the territory: service users' perceptions of Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4569-4578, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WvVHKFvcdd8Mck7ZvSYThVk/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Saraiva, 1994. *E-book*. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000893628>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MENDONÇA, Adailton Almeida. **Satisfação de idosos institucionalizados sobre os cuidados ofertados nas instituições de longa permanência para idosos: abordagem dos cuidados centrados no indivíduo.** 2021. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://btdt.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2894>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500011>. Acesso em: 10 maio 2021.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Praxisensaludun desafio para lo público.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MESQUITA, Sandra Renata Albino Marques *et al.* Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 555-561, jul./ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/kcqjfdHD7HZSZdTYBCNVqkVh/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20dados%20foram%20coletados%20do,de%20custos%20C%20pelo%20maior%20percentual>. Acesso em: 10 out. 2022.

MIKHAILOVA, Irina. Sustentabilidade: evolução dos conceitos teóricos e os problemas de mensuração prática. **Revista Economia e Desenvolvimento**, Santa Maria, n. 16, p. 22-41, 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/eed/article/view/3442>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

MINÓ, Nádia Marota; MELLO, Rita Márcia Andrade Vaz de. Representação da velhice: reflexões sobre estereótipos, preconceito e estigmatização dos idosos. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 32, n. 1, p. 273-298, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/9889>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MINTZBERG, Henry *et al.* **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, tela 149-156, maio/jun. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YL4DJ33hmPMn3jMmWb75fXb/?lang=en>. Acesso em: 05 jan. 2023.

MITIDIERI, André Luis. **Como e porque (des) ler os clássicos da biografia**. Porto Alegre: EDIPUCRS: IEL, 2010.

MODINO, Padre. **Irmã Liliana Franco: a vida religiosa na Igreja na América Latina e no Caribe**. Brasília, DF: CRB Nacional, 2022. Disponível em:

<https://crbnacional.org.br/irma-liliana-franco-a-vida-religiosa-na-igreja-na-america-latina-e-no-caribe/>. Comunicação CRB, 2022. Acesso em: 05 jan. 2023.

MONTEAGUDO, Olga *et al.* Aplicación hospitalaria del Servqhos: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. **Revista de Calidad Asistencial**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 263-267, 2003. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-aplicacion-hospitalaria-del-servqhos-factores-S1134282X03776192>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MORAES, Edilaine *et al.* Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 321-325, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/46hFg3yCb7WWqwXSqgyrHPf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MORAES, Maria Lindalva Andrade. **Importância dos indicadores de saúde para uma gestão pública de qualidade**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional Da Lusofonia Afro-brasileira, Piquet Carneiro, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2430/1/MARIA%20LINDALVA%20ANDRADE%20MORAES%20TCC.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-210, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/SJKF5m97DHykhL5pM5tXzdj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise textual discursiva**. 3. ed. rev. e ampl. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.

MORAIS, Maria de Fátima Alves. **Stress, burnout, coping em padres responsáveis pela formação de seminaristas católicos**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/2079/1/Maria%20de%20Fatima%20Alves%20de%20Moraes.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MORAIS, Vânia Soares; CHAVES, André Preissler Loureiro. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 349-360, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bZvpSYYGKZ8hLtXyHP5NmGg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

MORAN, Peter; GHOSHAL, Sumantra. Markets, firms, and the process of economic development. **The Academy of Management Review**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 390-412, 1999. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/259133?seq=1>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MOURÃO, Nadja Maria; OLIVEIRA, Ana Célia Carneiro. Memória afetiva e o artesanato religioso em Minas Gerais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 14261-14278, feb. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24468>. Acesso em: 12 dez. 2022.

MOUZAS, Stefanos. Efficiency versus effectiveness in business networks. **Journal of Business Research**, [S. l.], v. 59, n. 10-11, p. 1124-1132, Oct. 2006. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/eee/jbrese/v59y2006i10-11p1124-1132.html>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MURAD, Afonso. **Gestão e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2007.

NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: Nações Unidas, [2021?]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

NASCIMENTO, Ana Larice Gomes do Nascimento *et al.* Percepção do profissional de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 678-84, 2018. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2459#:~:text=Os%20profissionais%20de%20enfermagem%20reconhecem,e%20fluidez%20da%20assist%C3%Aancia%20global.&text=Palavras%2Dchave%3A%20processo%20de%20enfermagem,%2C%20cuidados%20de%20enfermagem%2C%20protocolos>. Acesso em: 10 maio 2021.

NASCIMENTO, Jonathan Willams do *et. al.* Relato de experiência sobre a importância da intersectorialidade e interprofissionalidade para a promoção da saúde em um projeto de extensão, Pet-saúde interprofissionalidade. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 560-578, Jan./Feb. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22801>. Acesso em: 10 out. 2022.

NAVARRETE-CORREA, Tannia; FONSECA-SALAMANCA, Flery; BARRÍA, R. Mauricio. Humanized care from the perception of oncology patients from Southern Chile. **Investigación y Educación en Enfermería**, [S. l.], p. 39, n. 2, e04, June 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34214281/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

NAVEIRA, Ruben Bauer. Caos e complexidade nas organizações. **RAP: Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 69-80, set./out. 1998. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7756>. Acesso em: 20 mar. 2021.

NISHIMURAI, Fábio; CARRARAL, Aniela Fagundes; FREITAS Carlos Eduardo. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Revista de**

Saúde Pública, São Paulo, v. 53, n. 104, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zLnzmvq7yTfDybqkcf9QGqP/?lang=pt#:~:text=O%20programa%20obteve%20redu%C3%A7%C3%A3o%20nas,de%20equipamentos%20e%20interna%C3%A7%C3%B5es%20eletivas>. Acesso em: 12 fev. 2023.

NOGUEIRA, Roberto Pereira. **Os médicos, a saúde como completo bem-estar e a questão do desenvolvimento**. Brasília, DF: IPEA, set. 2020. (Texto para discussão, n. 2598). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10265/1/td_2598.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

NOGUEIRA, Sayonara Monique de Melo *et al.* Importância da comunicação na interdisciplinaridade: vivência discente no cotidiano hospitalar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Betim, 2018. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/IMPORT%C3%82NCIA-DA-COMUNICA%C3%87%C3%83O-NA-VIV%C3%8ANCIA-DISCENTE-NO-Nogueira-Coutinho/4009074116281e79466b545935dedeeabc36eae>. Acesso em: 20 jan. 2022.

O'REILLY, Pauline *et al.* Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: an integrative review. **PLoS One**, [S. l.], v. 12, n. 5, e0177026, May 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28545038/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OBERMANN, Konrad *et al.* The shaded side of the UHC cube: a systematic review of human resources for health management and administration in social health protection schemes. **Health Economics Review**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 10-17, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323297728Theshaded_side_of_the_UHC_cube_a_systematic_review_of_human_resources_for_health_management_and_administration_in_social_health_protection_schemes. Acesso em: 10 maio 2021.

OLIVEIRA, Ana Célia Carneiro. **Design para a felicidade**: objetos de memória em espaços de vivências. 2017. Dissertação (Mestrado em Design) – Escola de Design, Programa de Pós-graduação em Design, Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24468>. Acesso em: 10 out. 2022.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico**: conceitos, metodologia e práticas. 32. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de; SOUZA, Natalia Victor Madeira de. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 457-462, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a08.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

OLIVEIRA, JárliSSon Santana Grimaldi de. **Autogestão em saúde**: uma análise de indicadores econômico-financeiros entre 2010 a 2017. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas, Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2019.

Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13944>. Acesso em: 20 mar. 2021.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. Contribuições da educação em saúde para a gestão em saúde coletiva. **Revista Revise**, Santo Antônio de Jesus, v. 3, Fluxo Contínuo, Dossiê Gestão em Saúde, p.169-182, 2020. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1290>. Acesso em: 15 abr. 2021.

OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira de; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 376-380, mar./abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SVSn3dm95hcbpKvfV5j9kPm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2022.

OLIVEIRA, Michele Mandagará *et al.* Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 4, p. 423-428, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15302>. Acesso em: 10 maio 2021.

OLIVEIRA, Naire Ferreira de *et al.* Processo de trabalho da equipe de saúde bucal no município de nordestina-BA. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 77269-77285, Oct. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18123>. Acesso em: 20 mar. 2021.

OLIVEIRA, Pedro Renan Santos *et al.* Vínculo, afeto, trabalho em saúde: aproximações ético-políticas sobre o cuidado. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 39, n. 108, p. 1532-1556, dez./mar. 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/359383703_Vinculo_afeto_trabalho_em_saude_aproximacoes_etico-politicas_sobre_o_cuidado_Bond_affection_work_in_health_ethical-political_approaches_to_care. Acesso em: 10 out. 2022.

OLIVEIRA, Pedro Rubens Ferreira. Corpo apostólico, espiritualidade encarnada: pistas para uma teologia dos sentidos. **ATeo**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 69, p. 198-226, jan./jun.2022. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/59545/59545.PDF>. Acesso em: 10 out. 2022.

OLIVEIRA, Rosane Machado de. Diversidade cultural: a importância das diversas culturas no ensino-aprendizagem, no desenvolvimento da cidadania e na preservação de valores éticos e morais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, ano 2, v. 1, p. 376-403, abr. 2017. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/diversidade-cultural>. Acesso em: 15 nov. 2022.

OLIVEIRA, Rosângela Souza. **O significado do estar asilado para o idoso**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10251/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Ros%C3%A2ngela%20Oliveira.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

OLIVEIRA, Silvio Roberto de. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1999.

ORCHARD, Carole *et al.* Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 58-67, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22447712/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ORCHARD, Carole; CURRAN, Vernon. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. **Medical Education Online**, [S. l.], June 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/239823451_Creating_a_Culture_for_Interdisciplinary_Collaborative_Professional_Practice. Acesso em: 20 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OECD). **Uma cooperação mutuamente benéfica**. [S. l.]: OECD, jun. 2019. Disponível em: <https://www.oecd.org/latin-america/countries/brazil/brasil.htm>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Resumo**: relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

OZCAN, Yasar. **Health care benchmarking and performance evaluation**: an Assessment Using Data Envelopment Analysis (DEA). 2nd ed. New York: Springer Science + Business Media, 2014. *E-book*. Disponível em: <https://www.springer.com/gp/book/9780387754482>. Acesso em: 10 maio 2021.

PACHECO, Ronaldo Rodrigues *et al.* Big Data em Healthcare – um estudo bibliométrico. **Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, [S. l.], n. e28, p. 739-751, abr. 2020. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/b64fe75fd94f1f3864e434edf011bcae/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1006393>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PAES, Cristiane Iris Rossetto. Gestão de igrejas - Proposta estratégica interdenominacional. **Caderno de Administração**: Revista da Faculdade de Administração da FEA, São Paulo, v. 13, n. 1. p. 32-55, jan./jul. 2019a. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/caadm/article/view/40826>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PAES, Francisco João Botelho de Brito. **Modelo de análise custo-benefício – um mecanismo de racionalidade econômica**. 2019. Mestrado (Dissertação em Gestão e Estratégia Industrial) – Universidade de Lisboa, 2019b. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/19141>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PAIM, Jaimilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-8, 2006. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>. Acesso em: 10 maio 2021.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, [S. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 20 mar. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Ed. UFBA; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PALHETA, Rosiane Pinheiro; OLIVEIRA, Vander Vasconcelos; LIMA, Ana Carla da Silva. A humanização em saúde visão dos usuários de um hospital público. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14553-14565, set./out. 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/18312>. Acesso em: 12 dez. 2022.

PANDI-PERUMAL, Seithikurippu *et al.* Project stakeholder management in the clinical research environment: how to do it right. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 6, n. 71, p. 1-18, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4434843/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PASSERO, Lúcia Gimenes *et al.* Contextual and individual factors associated with dissatisfaction with the Brazilian Unified National Health System, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, e00065015, p.1-12, out. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/h6fv6JsSKqbnvDxM63Xpkmj/?lang=en>. Acesso em: 10 maio 2021.

PAULINO, Luís Antônio. **A pandemia do coronavírus e seus impactos políticos e econômicos**. 1. ed. Bauru: Canal 6, 2020.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 265-71, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3gTHL4jMqBXhtMFLmV4VxhC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PEDROSO, Mateus Fachin; GUIMARÃES, Raul Borges. Marcas do HIV/AIDS em corpos jovens: rupturas e ressignificações no espaço urbano. **Revista Latino Americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v. 8, n. 2, p. 23-50, 2017. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/rlagg/article/view/9598>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VbQ5675K7Vr4dr7LCBYL4ZC/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PEIXOTO, Leticia Sardinha *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, [S. l.], v. 12, n. 29, p. 324-340, enero 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

PEREIRA, Douglas; ARAÚJO, Ulisses Ferreira. Uma reflexão sobre a busca e o significado da felicidade. **Revista Educação e Linguagens**, Campo Mourão, v. 7, n. 12, p. 17-31, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/revistaeduclings/article/view/6502>. Acesso em: 15 nov. 2022.

PEREIRA, José Carlos. **Gestão eclesial: tarefas, responsabilidades e práticas**. São Paulo: Ave-Maria, 2012.

PEREIRA, Rafaela Miranda Proto; AMORIM, Fábio Ferreira; GONDIM, Maria de Fátima de Novais. A percepção e a prática dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 27, p. 1-17, 2020. supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QcsvKsRhyv3DTrqQy63Gmzp/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nóbrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, ano 9, n. 17, p. 523-536, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PETERS, José Roberto; CASTRO, Marcelo Chaves; CAVALCANTI, Ivanessa Thiane do Nascimento. Analysis of practical prices in the acquisition of medicines by the health consortia compared to municipal institutions in the period from 2017 to 2018. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 38-51, 2022. supl. 1. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1366702/jbes-especialingles-38-51.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PHAIFFER, Marcelo Aparecido. **Processos de gestão, planejamento desenvolvimento de instituições de superior públicas e confessionais-comunitárias do brasil comparativa dos planos de desenvolvimento institucional (PDI)**. Campinas: UNICAMP, 7 fev. 2020. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/teses/2020/01/24/os-processos-de-gestao-planejamento-e-desenvolvimento-de-instituicoes-de-ensino>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PICOLINI, Vitória Marques *et al.* Análise de percentual econômico dos medicamentos adquiridos por via de ações judiciais. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 125-31, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/2074/jbes82-p125.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PINHEIRO, Jessica Lemos. **A experiência dos usuários de uma unidade básica de saúde no município de Osasco durante a pandemia do vírus SARSCoV- 2**. 2020. Dissertação (Mestrado em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde, Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2433>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PINHEIRO, Roseni Pinheiro; MARTINS, Paulo Henrique (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO;

2009. *E-book*. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PINTO, Nelson Guilherme Machado; CORONEL, Daniel Arruda. Eficiência e eficácia na administração: proposição de modelos quantitativos. **Revista UNEMAT de Contabilidade**, Sinop. MT, v. 6, n. 11, p. 107-130, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/ruc/article/view/1727>. Acesso em: 10 maio 2021.

PIRES, Denise; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde (TES)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/DgpjyjpBXQ5GCsQFc7jqdpw/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

PIRES, Herivelton Pereira; MARQUES, Lidiane Aparecida. Access to technologies: the digital and connected third age. **Ciência Geográfica**, Bauru, v. 26, n. 1, p. 346-355, jan./dez. 2022. Disponível em: https://www.agbbauru.org.br/publicacoes/revista/anoXXVI_1/agb_xxvi_1_web/agb_xvi_1-16.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

PONTE, Simone de Fátima Martins. **Os cinco sentidos através do vestuário**. 2011. Dissertação (Mestrado em Design de Moda) – Faculdade de Arquitectura, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/4717>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PORTER, Michael E. O que é estratégia? **Harvard Business Review Brasil**, São Paulo, p. 1-12, nov. 2009. Disponível em: http://arquivos.eadadm.ufsc.br/somente-leitura/EaDADM/UAB_2011_1/Modulo_7/Estrategia_Mercadologica/material_didatico/O_que_%C3%A9_Estrategia.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

PRATES, Mariana Louzada *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2017. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desempenho-da-atencao-primaria-a-saude-segundo-o-instrumento-pcatool-uma-revisao-sistematica/15767?id=15767>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. *E-book*. Disponível em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WtmgFqVy4Z5y7yLsfqvGbLM/?lang=en>. Acesso em: 12 dez. 2022.

PUSH, Raquel. Humanização e integralidade. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 210-216, jul./dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200004. Acesso em: 05 jan. 2023.

QUATTRONE, Paolo. Governing Social Orders, Unfolding Rationality, and Jesuit Accounting Practices: a procedural approach to institutional logics. **Administrative Science Quarterly**, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 411-445, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0001839215592174>. Acesso em: 20 jan. 2022.

QUINN, James Brian. Estratégias para mudança. *In*: MINTZBERG, H. *et al.* **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 29-34. *E-book*. Disponível em: https://www.academia.edu/4988519/O_Processo_da_Estrat%C3%A9gia. Acesso em: 20 mar. 2021.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos básicos sobre trabalho. *In*: FONSECA, A. F. (org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-56. *E-book*. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39180>. Acesso em: 10 maio 2021.

RAPOSO, Ruben José de Almeida Martins. Modelos operativos da cultura organizacional. **Lusíada - Economia & Empresa**, Lisboa, n. 28, p. 149-232, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/5602>. Acesso em: 10 jan. 2023.

RAUBER, Aline Ortiz; BITENCOURT, Renan Godinho; LAIMER, Claudionor Guedes. Influência da estratégia de stakeholders nas organizações de saúde: um estudo de caso no Hospital de Clínicas de Passo Fundo. *In*: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO COMUNITÁRIA, 14.; MOSTRA DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO IMED, 13., 2020, Passo Fundo. **Anais eletrônicos [...]**. Passo Fundo: IMED: MIC, 2020. p. 1-14. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344819516_Influencia_da_estrategia_de_stakeholders_nas_organizacoes_de_saude_e_um_estudo_de_caso_no_Hospital_de_Clinicas_de_Passo_Fundo. Acesso em: 20 jan. 2022.

REBLANDO, James Ryan. Healthcare management. international. **Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 306-307, Jan./Apr. 2018. Disponível em: www.noveltyjournals.com. Acesso em: 20 mar. 2021.

REEVES, Scott. An overview of continuing interprofessional education. **Alliance for Continuing Medical Education**, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 142-146, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19728376/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

REICHERT, Camila. **Significados e níveis de felicidade em idosos institucionalizados**. 2019. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2019. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1861/2/2019CamilaReichert.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovato; FERLA, Alcindo Antônio. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, maio/ago. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200004. Acesso em: 10 out. 2022.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wVPbHKyx9zyYKLMN7C6dCdh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* Contribuições da liderança coaching para enfermeiros: um estudo reflexivo. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, RJ, v. 13, n. 1, p. 2-6, jan./jun. 2022. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3156>. Acesso em: 10 out. 2022.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2011.

RIGONI, Brandon; ADKINS, Amy. What millennials want from a new job. **Harvard Business Review**, [S. l.], 11 May 2016. Disponível em: <https://hbr.org/2016/05/what-millennials-want-from-a-new-job>. Acesso em: 10 out. 2022.

RODRIGUES, Débora Flores. O processo de coaching no desenvolvimento de profissionais em instituições de saúde: uma revisão sistemática de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p.14147-14156, Mar./Apr. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32063>. Acesso em: 15 nov. 2022.

RODRIGUES, Kelly Cristina. A era da experiência dos pacientes. **GV Executivo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 16-19, jan./fev. 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/gvexecutivo/article/view/78186>. Acesso em: 10 maio 2021.

RODRIGUES, Luis Fernando; SILVA, João Felipe Marques; CABRERA, Marcos. Palliative care: pathway in primary health care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, e00130222, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36169517/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

RODRIGUES, Warley Carlos. Avaliação da maturidade de gestão de quatro unidades de proteção integral estaduais do Tocantins. **REGE - Revista de Gestão**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 325-41, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616301874>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ROMANOW, Darryl; CHO, Sunyoung; STRAUB, Detma. Riding the wave: past trends and future directions for health it research. **MIS Quarterly**, [S. l.], v. 36, n. 3, Sept. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/edcommentsv36n3.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

RONDINA, João Marcelo; CANÊO, Paula Krauter; CAMPOS, Mariana Santos de. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no hospital de base de São José do Rio Preto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 43-52, 2016. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/43-52>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ROSA, Ronaldo da Silva; VARGAS, Ângela Silva de Brito; FERREIRA, Gímerson Erick. Modelos de gestão em saúde e enfermagem: tendências e desafios contemporâneos. *In*: SEMANA DA ENFERMAGEM FACCT, 7., 2018, Taquara. **Anais eletrônicos [...]**. Taquara: FACCT, 2018. Disponível em: <https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/MODELOS%20DE%20GEST%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE%20E%20ENFERMAGEM%20TEND%C3%84NCIAS%20E%20DESAFIOS%20CONTEMPOR%C3%82NEOS.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

ROSELLÓ, Francesc Torralba. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

ROSSETTI, Luciana Teixeira *et al.* Educação permanente e gestão em saúde: a concepção de Enfermeiros. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 129-134, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968508>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RYDZ-ŻBIKOWSKA, Anna. The concept of sustainable development and its impact on the shaping of modern international relations through global agreements. **Comparative Economic Research**, [S. l.], v. 15, n. 6, i. 2, p. 101-118, 2012. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/vrs/coecre/v15y2012i2p101-118n6.html>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SÁ, Marilene de Castilho; AZEVEDO, Creuza da Silva. Subjetividade e gestão: Explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2345-2354, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CpzTRDFqrKPLwYw6JMtqjS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SAGY, Shifra; MANA, Adi. The relevance of salutogenesis to social issues besides health: the case of sense of coherence and intergroup relations. *In*: MITTELMARK, Maurice B. (ed.). **The handbook of salutogenesis**. [S. l.]: Springer, Sept. 2016. p. 77-81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435818/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SAMPAIO, Carlos. A construção de um modelo de gestão que promove o desenvolvimento sustentável. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1-12, 2004. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-gpg-129.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

SANTIAGO, Viviane Ferreira; DUARTE, Danilo Antonio; MACEDO, Adriana Furtado. The impact of the color therapy in the behavior of the pediatric dentistry patient. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 17-21, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/350/261>. Acesso em: 05 jan. 2023.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos *et al.* A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1233-1240, abr. 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SHVj6WKPDHKZxVzhCrQjjmt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SANTOS, Ana Cíntia Westphal dos *et al.* Percepção da equipe multiprofissional sobre o registro no prontuário do residente da instituição de longa permanência para idosos. **Ciência y Enfermería**, [S. l.], v. 24, n. 10, 2018b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-984172>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANTOS, Cleia do Nascimento *et al.* O envelhecimento de mulheres religiosas (freiras): implicações para a enfermagem. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 34, p. 237-247, 2021a. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/409>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SANTOS, Cleia do Nascimento. **A percepção de mulheres religiosas consagradas (freiras) sobre o processo de envelhecimento**: implicações para o cuidado de enfermagem. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro Biomédico, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11199/1/DISSERTACAO%20FINAL_CLEIA%20DO%20NASCIMENTO%20SANTOS.pdf. Acesso em: 12 dez. 2022.

SANTOS, Cynara Maria da Silva. Tecnologias digitais móveis como dispositivo de inclusão digital e social para o idoso. *In*: SEMINÁRIO DE PESQUISA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - SEPED, 1., 2021, Aracaju, 2021. **Pesquisa em educação**: experiências, desafios e perspectivas. Aracaju: UNIT, 2021. p. 1-6. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/seped/article/view/15395>. Acesso em: 10 out. 2022.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SANTOS, Edirlei Machado dos *et al.* Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16058>. Acesso em: 10 maio 2021.

SANTOS, Edmea. **Pesquisa-formação na cibercultura**. Portugal: White Books, 2014.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. Produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 107-114, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8X9N9k3TpVw4X6HMpMrgj8z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SANTOS, Ises Adriana Reis dos *et al.* Abordagens metodológicas facilitadoras da aprendizagem constante da liderança na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, e20200175, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/7WMhVzX3MpSf3Vj3FTvTRmH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

SANTOS, Jamilli Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 219-30, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306085959_Politica_de_saude_no_Brasil_producao_cientifica_1988-2014. Acesso em: 10 maio 2021.

SANTOS, José Luiz dos. **O que é cultura**. São Paulo: Brasiliense, 2006. E-book. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5767487/mod_resource/content/1/O%20que%20%C3%A9%20Cultura%20-%20Jose%20Luiz%20dos%20Santos.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

SANTOS, Luana Ferreira dos *et al.* Análise de stakeholders na Gestão de Projetos Sociais. **Revista de Gestão e Projetos**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 37-50, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/gep/article/view/10957>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SANTOS, Nuno Rebelo dos. O desempenho e a sua avaliação: dicotomias na prática, desafios para a investigação. *In*: GOMES, Duarte. **Psicologia das organizações do trabalho e dos recursos humanos**. Lisboa: Universidade de Coimbra, 2011. p. 1-19.

SARLET, Gabrielle Bezerra Sales; MOLINARO, Alberto. Questões tecnológicas, éticas e normativas da proteção de dados pessoais na área da saúde em um contexto de big data. **Direitos Fundamentais & Justiça**, Belo Horizonte, ano 13, n. 41, p. 183-212, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/811>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano 1, n. 1, jul. 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SATUR, Roberto Vilmar; BASTOS, Adriana de Fatima Valente; ABREU, Nelsio Rodrigues. Os serviços de saúde e a autogestão da saúde dos usuários de plano público e de plano privado. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 2, 269-282, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14681>. Acesso em: 10 out. 2022.

SAVITZ, Andrew; WEBER, Karl. **Talent, transformation, and the triple bottom line**: how companies can leverage human resources to achieve sustainable growth. [S. l.]: John Wiley & Sons, 2013.

SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Arthur. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 985-993, ago. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TWrrQqXyjPX6mTzsCX8vdgy/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SCHMITT, Jean-Claude. **Corpo e alma**: dicionário temático do ocidente medieval. Bauru: Edusc, 2006. v. 1.

SCHÖNEBECK, Janina; SCHÖNEBECK, Manfred. Engagement and Retention: Introduction and Overview. *In*: ZEUCH, Matthias (ed.). **Handbook of human resources management**. Berlin: Springer Reference, 2016. p. 617-627. Disponível em: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-44152-7_51. Acesso em: 10 jan. 2023.

SCHÜTZ, Daiana Meregalli; OLIVEIRA, Daiane Santos. Prontuário eletrônico: uma visão histórica interdisciplinar. **Revista Universo Psi.**, Taquara, v. 1, n. 1, p. 17-32, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/asav/Downloads/1292-Texto%20do%20Artigo-5553-1-10-20210820%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/asav/Downloads/1292-Texto%20do%20Artigo-5553-1-10-20210820%20(3).pdf). Acesso em: 12 dez. 2022.

SEVERGNINI, Elizandra; GALDAMÉZ, Edwin Vladimir Cardoza; MORAES, Romildo de Oliveira. Satisfação e contribuição dos Stakeholders a partir do Modelo Performance Prism. **BBR: Brazilian Business Review**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 120-134, mar./abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bbr/a/8DJWKTBTYnxvZyxrpxJnp5b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

SIGNOR, Eduarda *et al.* Os desafios da gestão pública de saúde: alternativas na organização dos serviços de saúde. **Biblioteca Lascasas**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 1-12, 2014. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0797.php>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, Carla Silvana de Oliveira e *et al.* Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, nov. 2014a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NxNt3sST6vFMpXDb3NS7cMv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, Cristiane Rodrigues. Medical records history: evolution of traditional medical records to electronic patient record –PEP. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, e28510918031, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18031>. Acesso em: 10 out. 2022.

SILVA, Dinara Raquel Araújo *et al.* Modelos de gestão da qualidade e saúde: a busca da excelência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, e6609109090, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/346208156_Modelos_de_gestao_da_qualidade_e_saude_a_busca_da_excelencia. Acesso em: 15 abr. 2021.

SILVA, Fabiane Aguiar; SILVA, Iolete Ribeiro da. Sentidos de saúde e modos de cuidar de si elaborados por homens usuários de Unidade Básica de Saúde - UBS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDMH3LnG6XYLStXBJ9FPMDt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, Fábio Manoel Gomes *et al.* Revisão de literatura alusiva aos aspectos psíquicos de hipocondríacos em profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica**

Acervo Saúde, São Paulo, n. 29, e845, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/845>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, Henrique Salmazo da; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 34, n. 67, p. 283-296, jan./fev. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/ZRgc7NwHGN4NSWNxrwFhMCv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

SILVA, Isabelle Cristina Borba da *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p.1-10, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1433>. Acesso em: 10 maio 2021.

SILVA, Janyeire Francisca Gomes da *et al.* Câncer de próstata com ênfase na saúde preventiva do homem. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 74532-74549, out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17667>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SILVA, Kênia Lara *et al.* Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/racionalização de gastos. **Revista de Enfermagem: UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1561-1567, jun. 2014b. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9846>. Acesso em: 12 dez. 2022.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Saúde e espaço social. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010a. p. 180-200. *E-book*. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2010b.

SILVA, Maria Júlia Paes da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2011.

SILVA, Michelini Fátima *et al.* Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xdGgVDcgj8YDRKkhNSdRTPB/?lang=en>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SILVA, Paulo Vasconcellos; JORGE, Tania Araujo. **Análise de conteúdo por meio de nuvem de palavras de postagens em comunidades virtuais**: novas

perspectivas e resultados preliminares. [S. l.]: Atas CIAIQ, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/asav/Downloads/2002-Texto%20Artigo-7457-1-10-20190618%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asav/Downloads/2002-Texto%20Artigo-7457-1-10-20190618%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2023.

SILVA, Sarah Nascimento; LIMA, Marina Guimarães; RUAS, Cristina Mariano. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CLZvbVWMtQNKLT7q7MXtDMq/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SLAWOMIRSKI, Luke; AURAAEN, Ane; KLAZINGA, Niek. **The economics of patient safety**: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. [S. l.]: OECD, 2017. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/economics-patient-safety-strengthening-value-based-approach-reducing-patient-harm-national>. Acesso em: 10 maio 2021.

SOARES, Magda Becker. **Linguagem e escola**: uma perspectiva social. São Paulo: Ática, 1986.

SOARES, Nance Sássia Gomes. **Relatório final de estágio**: Sport Lisboa e Benfica: estratégias de atração e retenção de capital humano. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos) – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, Politécnico de Coimbra, Coimbra, 2021. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38643/1/Nance_Soares.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos**. Rio de Janeiro: SBGG, 27 jan. 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SOTERIO, Karine Azeredo; SANTOS, Marlise Araújo. A automedicação no Brasil e a importância do farmacêutico na orientação do uso racional de medicamentos de venda livre: uma revisão. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 1-15, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/graduacao/article/view/25673>. Acesso em: 15 nov. 2022.

SOUSA, Allysson Henrique de *et al.* Tecnologia de cuidado para os idosos em uso de Polifarmácia: uma ferramenta educativa. **Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem**, Quixadá, v. 2, n. 1, jun. 2016. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1129>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOUSA, Francisca Thamires Lima *et al.* Unique therapeutic project: a tool to promote the health of the elderly. **REAS/EJCH - Electronic Journal Collection Health**, [S. l.], v. 24, e659, p. 1-7, 2019. supl. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pOADFy-9Qj4J:https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/659/489/&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOUSA, Francisco Antonio de. **Novo dicionário latino-português**. Porto: Lello, 1961.

SOUZA, Elizeu Clementino. **(Auto) biografia, histórias de vida e práticas de formação**. Salvador: EDUFBA, 2007.

SOUZA, Rodrigo. Casos de hipocondria podem ter aumentado com a pandemia, dizem médicos. **Extra**, São Paulo, 13 dez. 2020. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/casos-de-hipocondria-podem-ter-aumentado-com-pandemia-dizem-medicos-24794808.html>. Acesso em: 10 out. 2022.

SOUZA, Wádja Batista; BARRETO, Mercia Cristiley. A importância das estratégias para a retenção de talentos. **Revista Raunp**, Lagoa Nova, v.7, n.2, p. 9-15, fev./maio 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/asav/Downloads/908-Texto%20do%20artigo-4619-1-10-20150922%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asav/Downloads/908-Texto%20do%20artigo-4619-1-10-20150922%20(1).pdf). Acesso em: 05 jan. 2023.

SOUZA, Wladimir Ferreira. Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão. **Laboreal**, Porto, v. 11, n. 1, p. 99-102, 2015. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/4401>. Acesso em: 10 maio 2021.

SPITZ, Janet; WICKHAM, Mark. Pharmaceutical high profits: The value of R&D, or oligopolistic rents? **American Journal of Economics and Sociology**, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 1-36, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22319815/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES (SPSS). **Versão 25**. Chicago: SPSS, 2018.

STOFFEL, Jaime Antonio; COLOGNESE, Silvio Antônio. O desenvolvimento sustentável sob a ótica da sustentabilidade multidimensional. **Revista FAE**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 18-37, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/48>. Acesso em: 20 mar. 2021.

STROUSS, Lisa *et al.* Complementary and alternative medicine use in women during pregnancy: do their healthcare providers know? **BMC Complement Altern Med.**, [S. l.], 2014. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945795/#:~:text=In%202013%2C%20participants%20reported%20that,0.05\)%%20\(Figure%201.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945795/#:~:text=In%202013%2C%20participants%20reported%20that,0.05)%%20(Figure%201.) Acesso em: 20 jan. 2022.

TAJEDDINI, Kayhan; ELG, Ulf; TRUEMAN, Myfanwy. Efficiency and effectiveness of small retailers: the role of customer and entrepreneurial orientation. **Journal of Retailing and Consumer Services**, [S. l.], v. 20, p. 453-462, 2013. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/eee/joreco/v20y2013i5p453-462.html>. Acesso em: 15 abr. 2021.

TECHIO, Elza Maria; GONÇALVES, Jardel Pereira; COSTA, Poliana Neres. Representação social da sustentabilidade na construção civil: a visão de estudantes universitários. **Ambiente & Sociedade**, [S. l.], v. 19, n. 2, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4422ASOC130991V1922016>. Acesso em: 05 nov. 2021.

TEIXEIRA, Cesar Pinheiro *et al.* Processos de conversão religiosa. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 1-22, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rs/a/m478TJkQJvLDDxHCfWcqcCJ/?lang=pt#:~:text=A%20convers%C3%A3o%20religiosa%20tematiza%20algo,%3A%20paradoxos%20de%20uma%20continuidade%E2%80%9D>. Acesso em: 10 out. 2022.

TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jessica; HOGA, Luiza Akiko Komura. A importância da empatia no cuidado em saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 697-698, maio/jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mgVBxzyYCCsDtD5VssdftWn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

THISTLETHWAITE, Jill; MORAN, Monica. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): literature review and synthesis. **Journal of Interprofessional Care**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. 503-5013, Sept. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20718596/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

TOV, William. Well-being concepts and components. *In*: DIENER, E.; OISHI, S.; TAY, L. (ed.). **Handbook of well-being**. Salt Lake City: DEF Publishers, 2018. Disponível em: <https://www.nobascholar.com/chapters/12/download.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2023.

UESUGI, Juliana Hiromi Emin *et al.* Telemedicine applications in the COVID-19 pandemic scenario. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, e29211124877, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24877>. Acesso em: 10 jan. 2023.

USUÁRIO. *In*: FERREIRA, Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

VEIGA, José Eli da. **Para entender o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Ed. 34, 2015.

VERAS, Renato P.; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/envelhecer-no-brasil-a-construcao-de-um-modelo-de-cuidado/16670>. Acesso em: 05 jan. 2023.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2009.v43n3/548-554/pt/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PNKYtHHSfFWK VHpvnk7XmRf/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

VIEGAS, Moacir Fernando. Produção de saberes do cuidado: questões de classe e gênero num hospital do RS, Brasil. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA

ASSOCIAÇÃO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS, 35., 2017, Lima. **Anais eletrônicos [...]**. Lima: GEDAP, 2022. Documento em PDF.

VIEIRA, Maria Elvira da Silva; BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne; FIRMINO, Rafael Gomes. Religiosity and mental health: vision of a psychosocial care center multi-professional team. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 12, n. 33, p. 16-40, 2020. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:imZQ_81Z9PMJ:https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/69803/45166/286406&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 15 nov. 2022.

VOGLER, Sabine *et al.* Pharmaceutical policies in a crisis? Challenges and solutions identified at the PPRI Conference. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, London, v. 9, n. 9, p. 1-5, Mar. 2016. Disponível em: <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-016-0056-8>. Acesso em: 12 dez. 2022.

WACHS, Louriele Soares *et al.* Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 23-29, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BRMgtbjG85DmCg3ZDzW99GD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Chía, ano 8, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100008. Acesso em: 05 jan. 2023.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MvcQR4bWHt4kcdD9DgyVCZh/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WANNMACHER, Lenita. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 23-29, 2010. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/875>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WEBER, Silke. Profissionalização docente e políticas públicas no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 24, n. 85, p. 1125-1154, dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/t5mSbBnHyHwQ4TjvDGWYy9Dq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

WEINSTEIN, James. **The missing piece**: embracing shared decision making to reform health care. [S. l.]: Spine, 2000. Disponível em: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/the-missing-piece-embracing-shared-decision-making-to-reform-heal>. Acesso em: 20 jan. 2022.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Health and healthcare in the fourth industrial revolution**: global future council on the future of health and healthcare 2016-2018. Suíça: World Economic Forum, 2019. Disponível em: <https://www.weforum.org/reports/health-and-healthcare-in-the-fourth-industrial-revolution-global-future-council-on-the-future-of-health-and-healthcare-2016-2018>. Acesso em: 05 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Draft global strategy on digital health 2020-2024**. Geneva: WHO, Feb. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/>

default-source/documents/full-eb146-26-draft-digital-health-st-26feb.pdf?sfvrsn=7753e50f_2. Acesso em: 10 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=8E99BAE6485EA13C554F00976EAE8650?sequence=1. Acesso em: 20 jan. 2022.

YEOW, Adrian; SOH, Christina; HANSEN, Rina. Aligning with new digital strategy: a dynamic capabilities approach. **The Journal of Strategic Information Systems**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 43-58, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0963868717303311>. Acesso em: 12 dez. 2022.

ZANOTTO, Bruna Stella *et al.* Avaliação econômica de um serviço de telemedicina para ampliação da atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul: o microcusteio do Projeto TeleOftalmo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1349-1360, mar. 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fy5tzX5FnNTCmms7tR76pGH/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

ZANOTTO, Gerson. La importancia del presupuesto organizacional como soporte del control gerencial. **Revista Ciência da Sabedoria (RCS –FaCiência)**, Curitiba, v. 1, n. 1, 2020b. Disponível em: [file:///C:/Users/asav/Downloads/gerson%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asav/Downloads/gerson%20(1).pdf). Acesso em: 10 out. 2022.

ZEN, Daniela *et al.* Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e62502, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/MFSZz56X8fDYQXDT4YhzTjQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ZHANG, Tao; WU, Qunfu; ZHANG, Zhigang. Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak. **Current Biology**, [S. l.], v. 30, p. 1346-1351, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960982220303602>. Acesso em: 05 nov. 2021.

APÊNDICE A - CARTA ANUÊNCIA



PROVÍNCIA DOS JESUÍTAS DO BRASIL

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Mieczyslaw Smyda, Provincial dos Jesuítas do Brasil, concedo a anuência para a realização da pesquisa intitulada MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE: estudo de caso numa entidade confessional, sob a coordenação do doutorando Orival Bonicoski, que tem como objetivo avaliar as consequências do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção.

O estudo é de abordagem quanti-quali, com coleta de dados através de análise documental (jornais, e-mails, atas e memorandos), *survey*, entrevista e grupo focal, juntos aos jesuítas e colaboradores das Comunidades de Saúde e Bem-estar.

Estou ciente de que o estudo respeitará a legislação sobre a pesquisa com seres humanos, mencionada na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo, portanto, será realizado mediante a assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

São Leopoldo, 14 de março 2022.

P. Mieczyslaw Smyda, SJ
Provincial dos Jesuítas do Brasil

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(entrevista)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE: estudo de caso numa entidade confessional no Brasil, que tem como pesquisador responsável o doutorando Orival Bonicoski, orientado pela Prof.^a Dr^a Patrícia Martins Fagundes Cabral. A investigação tem por objetivo avaliar as consequências do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção.

Neste momento, sua participação se dá por meio de uma entrevista, no formato presencial ou *online*, com tempo estimado de 60 minutos, terá o áudio gravado, para posterior transcrição das falas. Desta forma, você contribuirá para o desenvolvimento de novos conhecimentos e entendimento acerca desta temática, modelo de gestão em saúde, que é muito discutida em nossa sociedade, mas que carece de pesquisa acadêmica, o que poderá, eventualmente, beneficiar você e outras pessoas no futuro. Os registros serão sempre tratados confidencialmente, e utilizados somente para fins desta pesquisa. A sua participação é voluntária e não obrigatória, os riscos da pesquisa são mínimos, e neste sentido, se a qualquer momento, se você sentir qualquer desconforto ou constrangimento, poderá desistir e retirar seu consentimento.

Caso você tenha dúvidas, queira maiores informações sobre este estudo e tenha interesse em receber uma devolução global dos resultados da pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Doutorando Orival Bonicoski no e-mail: irbonicoski@gmail.com. Este termo está redigido em duas vias, sendo que uma delas fica com você, e a outra você devolve assinada para o pesquisador.

São Leopoldo, 18 de março de 2022

Assinatura do participante

Nome:

Assinatura do pesquisador responsável

Nome:

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(questionário)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE: estudo de caso numa entidade confessional no Brasil, que tem como pesquisador responsável o doutorando Orival Bonicoski, orientado pela Prof.^a Dr^a Patrícia Martins Fagundes Cabral. A investigação tem por objetivo avaliar as consequências do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção.

Neste momento, sua participação consiste em responder um questionário, no formato *online*, com tempo estimado de 60 minutos. Desta forma, você contribuirá para o desenvolvimento de novos conhecimentos e entendimento acerca deste cenário emergente, modelo de gestão em saúde, o que poderá, eventualmente, beneficiar você e outras pessoas no futuro. Os registros serão sempre tratados confidencialmente, e utilizados somente para fins desta pesquisa. A sua participação é voluntária e não obrigatória, os riscos são mínimos e, neste sentido, a qualquer momento, se você sentir qualquer desconforto ou constrangimento, poderá desistir e retirar seu consentimento.

Caso você tenha dúvidas, queira maiores informações sobre este estudo ou tenha interesse em receber uma devolução global dos resultados da pesquisa, poderá entrar em contato com o responsável, Doutorando Orival Bonicoski no e-mail: irbonicoski@gmail.com.

Ao confirmar seu aceite no presente Termo, você autoriza sua participação na pesquisa, e aceita que seus dados coletados sejam usados para fins científicos. Também declara que foi informado dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa. Ao clicar no botão aceite participar da pesquisa, você assinará virtualmente o Termo de Consentimento. É importante que você tenha uma cópia deste TCLE, e, portanto, você pode fazer um “print” da tela, ou enviar um e-mail ao pesquisador, solicitando sua via.

Orival Bonicoski- Pesquisador responsável

São Leopoldo, 18 de março de 2022

() Aceito participar da pesquisa

() Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(grupo focal)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE: estudo de caso numa entidade confessional no Brasil, que tem como pesquisador responsável o doutorando Orival Bonicoski, orientado pela Prof.^a Dr^a Patrícia Martins Fagundes Cabral. A investigação tem por objetivo avaliar as consequências do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção.

Neste momento, sua participação se dá por meio de um grupo focal, no formato presencial, com tempo estimado de 60 minutos, que terá o áudio gravado e posteriormente transcrito. Desta forma, você contribuirá para o desenvolvimento de novos conhecimentos e entendimento acerca desta temática, modelo de gestão em saúde, que é muito discutida em nossa sociedade, mas que carece de pesquisa acadêmica, o que poderá, eventualmente, beneficiar você e outras pessoas no futuro. Os registros serão sempre tratados confidencialmente, e utilizados somente para fins desta pesquisa. A sua participação é voluntária e não obrigatória, os riscos da pesquisa são mínimos, e neste sentido, a qualquer momento, se você sentir qualquer desconforto ou constrangimento, poderá desistir e retirar seu consentimento.

Caso você tenha dúvidas, queira maiores informações sobre este estudo e tenha interesse em receber uma devolução global dos resultados da pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Doutorando Orival Bonicoski no e-mail: irbonicoski@gmail.com. Este termo está redigido em duas vias, sendo que uma delas fica com você, e a outra você devolve assinada para o pesquisador.

São Leopoldo, 18 de março de 2022

Assinatura do participante

Nome:

Assinatura do pesquisador responsável

Nome:

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO USUÁRIOS



**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL DOUTORADO**

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO A PARTIR DAS CINCO DIMENSÕES DE
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1 Qual a sua idade? _____ anos

2 Escolaridade:

- 1) Ensino Fundamental
- 2) Ensino Médio
- 3) Ensino Superior
- 4) Mestrado
- 5) Doutorado

3 Você reside na CSBE?

(1) Sim (1) Não – pule para o próximo bloco

4 SE SIM, há quanto tempo reside na CSBE?

_____ anos (00) menos de 1 ano (8) NSA

VAMOS FALAR SOBRE SUA SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS RECEBIDOS - DIMENSÃO DE CONFIABILIDADE -

Em uma escala de 0 a 10, avalie qual o seu grau de satisfação em relação à

5 Número de pessoas no atendimento da CSBE

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
pouco satisfeito muito satisfeito

6 Facilidade para acessar os serviços que a CSBE oferta

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
pouco satisfeito muito satisfeito

<p>7 Clareza das informações sobre sua saúde</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>8 Explicação sobre medicamentos, tratamentos e exames prescritos</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>9 Forma como foram prestadas informações sobre o problema que o levou ao atendimento</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>10 Disponibilidade do profissional</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>11 Atenção prestada pelo profissional</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>12 De modo geral como avalia a qualidade dos serviços oferecidos na CSBE</p> <p>(0) Ótimo (1) Muito bom ou bom (2) Nem ruim nem bom (3) Ruim (4) Péssimo</p>
<p>- DIMENSÃO DE PRESTEZA -</p>
<p>Em uma escala de 0 a 10, avalie qual o seu grau de satisfação em relação à</p>
<p>13 Pontualidade do médico no atendimento</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>14 Agilidade no atendimento</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>
<p>15 Pontualidade na entrega dos exames</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito muito satisfeito</p>

<p>16 Atendimentos por outros profissionais (nutrição, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia etc.)</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>17 Facilidade para marcar consultas nos consultórios dos médicos externos</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>18 Tempo de espera pelo atendimento</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>19 Resolução do problema que levou ao atendimento</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>- DIMENSÃO DE SEGURANÇA -</p>
<p>Em uma escala de 0 a 10, avalie qual o seu grau de satisfação em relação à</p>
<p>20 Competência das equipes interdisciplinares</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>21 Confiança transmitida pelas equipes interdisciplinares</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>22 Atendimento dos médicos em seus consultórios externos</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>23 Atendimento do médico na CSBE</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>24 Atendimentos por outros profissionais (nutrição, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia etc.)</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>- DIMENSÃO DE EMPATIA -</p>
<p>Em uma escala de 0 a 10, avalie qual o seu grau de satisfação em relação à</p>
<p>25 Atenção no atendimento</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p> <p>pouco satisfeito _____ muito satisfeito</p>
<p>26 Respeito por parte dos funcionários</p> <p>0 _____ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10</p>

pouco satisfeito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	muito satisfeito
27 Demonstração de interesse no caso												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
28 Capacidade de escuta pelo médico												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
29 Capacidade de escuta por outros profissionais (nutrição, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, etc)												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
- DIMENSÃO DE TANGÍVEIS -												
Em uma escala de 0 a 10, avalie qual o seu grau de satisfação em relação à												
30 Atendimento recebido por telefone												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
31 Equipamentos disponíveis para a realização de exames												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
32 Qualidade dos serviços de nutrição												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
33 Qualidade dos serviços de higienização												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
34 Qualidade de infraestrutura e ambiência (conforto)												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
pouco satisfeito												
- DIMENSÃO DE GESTÃO -												
35 Como você avalia a gestão da CSBE?												
0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10												
Péssima												
Ótima												
36 Você acompanhou a mudança no modelo de gestão?												
(0) Não (1) Sim												
SE SIM:												
Você considera que as mudanças na gestão:												
(0) Trouxeram resultados positivos												
(1) Trouxeram resultados positivos, mas não me adaptei												

(2) Não alteraram os resultados

(3) Trouxeram resultados negativos, preferia antes

(4) Não sei/não quero opinar

37 Você percebe diferenças no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo anterior?

(0) Não (1) Sim

SE SIM, descreva o que você acha que é diferente:

38 Como você avalia o atual modelo de gestão para os jesuítas?


(0) É positivo

(1) Indiferente

(2) É negativo

(3) Não sei opinar

APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS

 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS NÍVEL DOUTORADO</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS NAS CSBE</p>
INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL
<p>1 Comunidade de Saúde e Bem-estar (CSBE) que você faz parte? (1) CSBE/RS (2) CSBE/SP (3) CSBE/RS (4) CSBE/CE</p>
<p>2 Qual a sua idade? _____ anos</p>
<p>3 Sexo: (0) Masculino (1) Feminino</p>
<p>4 Você estudou até:</p> <p>(1) Ensino Fundamental (2) Ensino Médio (3) Ensino Superior (4) Mestrado (5) Doutorado</p>
<p>5 Se você ESTÁ CURSANDO o 3º GRAU ou já COMPLETOU, qual o curso de graduação?</p> <p>(1) Medicina (2) Enfermagem (3) Nutrição (4) Farmácia (5) Fisioterapia (6) Psicologia</p> <p>() Outro: _____</p>
<p>Há quanto tempo concluiu o 3º GRAU: _____ (anos) (88) NSA</p>

Você tem pós-graduação:

Sim (0) Não (1) Sim (8) NSA
 Não (0) Não (1) Sim (8) NSA

SE SIM; Qual área?

Especialização (00) Não (1) Sim: _____
 Mestrado (00) Não (1) Sim: _____
 Doutorado (00) Não (1) Sim: _____

6 Qual sua atividade profissional nesta CSBE?

- (1) Administrativo
- (2) Recepcionista
- (3) Cuidador de idosos
- (4) Técnico de enfermagem
- (5) Enfermeiro
- (6) Médico
- (7) Serviços Gerais
- (8) Nutricionista
- (9) Fisioterapeuta
- (10) Farmacêutico
- (11) Fonoaudiólogo
- (12) Psicólogo
- (13) Auxiliar de Lavanderia
- (14) Copeiro
- (15) Cozinheiro
- (16) Outro profissional: _____

7 Como você avalia a gestão da CSBE?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
 Péssima Ótima

8 Você acompanhou a mudança no modelo de gestão?

(0) Não (1) Sim

SE SIM: Você considera que as mudanças na gestão:

- (0) Trouxeram resultados positivos sem prejudicar a rotina
- (1) Trouxeram resultados positivos, mas prejudicaram a rotina
- (2) Não alteraram os resultados e/ou a rotina

- (3) Trouxeram resultados negativos, mas a rotina não foi prejudicada
- (4) Trouxeram resultados negativos e a rotina foi prejudicada
- (5) Não sei opinar

9 Você percebe diferenças no modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo anterior?

- (0) Não (1) Sim

10 Como você avalia o atual modelo de gestão para os jesuítas?

- (0) É positivo
- (1) Indiferente
- (2) É negativo
- (3) Não sei opinar

11 Como você avalia a organização das rotinas de trabalho?

- (0) Ótima
- (1) Muito boa ou boa
- (2) Nem ruim nem boa
- (3) Ruim
- (4) Péssima

12 Na sua opinião, como está a qualidade dos serviços prestados aos jesuítas nesta CSBE?

- (0) Ótima
- (1) Muito boa ou boa
- (2) Nem ruim nem boa
- (3) Ruim
- (4) Péssima

13 Para suas atividades profissionais, faz uso de computador, tablet ou smartphone?

- (0) Não (1) Sim

14 Para suas atividades profissionais, utiliza algum tipo de protocolo?

- (0) Não (1) Sim

15 Você considera que os protocolos assistenciais e os procedimentos operacionais técnicos auxiliam na assistência?

- (0) Não (1) Sim (2) Indiferente

SE SIM, descreva de que maneira:

16 Depois que você começou a trabalhar nesta CSBE, fez algum dos cursos de capacitação abaixo relacionados?

Protocolos assistenciais	(0) Não	(1) Sim
Procedimento Operacional Técnico (POT)	(0) Não	(1) Sim
Promoção e educação em saúde	(0) Não	(1) Sim
Envelhecimento saudável	(0) Não	(1) Sim
Espiritualidade e saúde	(0) Não	(1) Sim
Saúde mental	(0) Não	(1) Sim
Diabetes	(0) Não	(1) Sim
Hipertensão	(0) Não	(1) Sim
Sobrepeso/Obesidade	(0) Não	(1) Sim
Queda	(0) Não	(1) Sim
Alimentação saudável	(0) Não	(1) Sim
Saúde do homem	(0) Não	(1) Sim
Outro curso(s) _____	(0) Não	(1) Sim

17 A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional?

(0) Não (1) Sim

Faça um breve comentário sobre a relevância e adequação destas capacitações para seu trabalho diário:

18 Como você avalia sua qualidade de vida?

- (0) Ótima
- (1) Muito boa ou boa
- (2) Nem ruim nem boa
- (3) Ruim
- (4) Péssima

APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO *STAKEHOLDERS*



**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E NEGÓCIOS
NÍVEL DOUTORADO**

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1 Qual a sua idade? _____ anos

2 Escolaridade:

- (1) Ensino Fundamental
- (2) Ensino Médio
- (3) Ensino Superior
- (4) Mestrado
- (5) Doutorado

3 Quanto tempo tens de instituição?

_____ anos (00) menos de 1 ano

VAMOS FALAR SOBRE SUA PERCEPÇÃO SOBRE O MODELO DE SAÚDE E BEM-ESTAR IMPLANTADO NA PROVÍNCIA EM 2015

4 De modo geral, como o senhor avalia a gestão das CSBE?

- (0) Ótima
- (1) Muito boa ou boa
- (2) Nem ruim nem boa
- (3) Ruim
- (4) Péssima

5 O senhor acompanhou a mudança no modelo de gestão?

(0) Não (1) Sim

SE SIM:

Você considera que as mudanças na gestão:

- (0) Trouxeram resultados positivos
- (1) Não alteraram os resultados e/ou a rotina
- (3) Trouxeram resultados negativos
- (5) Não sei/não quero opinar

6 O senhor percebe diferenças no modelo de gestão em saúde atual em

comparação ao modelo anterior?

(0) Não (1) Sim

SE SIM, descreva o que o senhor nota de diferente:

7 Como você avalia o atual modelo de gestão para os jesuítas?

- (0) É positivo
 (1) Indiferente
 (2) É negativo
 (3) Não sei opinar

8 Avalie como o senhor considera que era a gestão da saúde antes de 2015:

- (0) Ótimo
 (1) Muito bom ou bom
 (2) Nem ruim nem bom
 (3) Ruim
 (4) Péssimo

9 O senhor considera que o modelo de gestão em saúde implantado em 2015 impactou na saúde financeira da Província?

- (1) Não
 (2) Sim, negativamente
 (3) Sim, positivamente

SE SIM, comente de que modo:

10 Quais são os desafios deste modelo de gestão?

- | | |
|---|--|
| () Financeiros | () Capacitação de profissionais |
| () Sustentabilidade | () Regionalidades e culturas locais |
| () Cultura organizacional | () Adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão |
| () Cultura institucional | |
| () Liderança | |
| () Comunicação intra e/ou interinstitucional | |

Por favor, comente:

11 Quais são as possibilidades/oportunidades deste modelo de gestão?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Financeiros | <input type="checkbox"/> Capacitação de profissionais |
| <input type="checkbox"/> Sustentabilidade | <input type="checkbox"/> Regionalidades e culturas locais |
| <input type="checkbox"/> Cultura organizacional | <input type="checkbox"/> Adesão dos jesuítas ao novo modelo de gestão |
| <input type="checkbox"/> Cultura institucional | |
| <input type="checkbox"/> Liderança | |
| <input type="checkbox"/> Comunicação intra e/ou interinstitucional | |

Por favor, comente:

APÊNDICE H - ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS

- Como você percebe o serviço dos profissionais nesta CSBE?
- Você se sente cuidado nesta CSBE? Por quê?
- Como você percebe o modelo de gestão de saúde para os jesuítas do Brasil?
- Você percebe diferenças entre o modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo anterior? Quais diferenças?

APÊNDICE I - ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

- Como você percebe o atual modelo de gestão em saúde para os jesuítas?
- O atual modelo de gestão de saúde trouxe melhorias? Quais?
- Você percebe diferenças entre o modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo anterior? Quais diferenças?
- Em que aspectos o atual modelo de gestão de saúde ainda precisa evoluir?

APÊNDICE J - ENTREVISTA COM OS *STAKEHOLDERS*

- Como você percebe o modelo de gestão da saúde para os jesuítas do Brasil?
- Quais são os desafios e oportunidades deste modelo de gestão em saúde?
- O modelo de gestão em saúde trouxe economia, eficiência, eficácia e sustentabilidade?
- Você percebe diferenças entre o modelo de gestão em saúde atual em comparação ao modelo anterior? Quais diferenças?

APÊNDICE K - GRUPO FOCAL COM OS USUÁRIOS

Temática guia: modelo de gestão em saúde

- Como vocês percebem o modelo de gestão em saúde implantado para os jesuítas do Brasil?
- Quais são os desafios e oportunidades deste modelo de gestão em saúde?

APÊNDICE L - GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS

Temática guia: modelo de gestão em saúde

- Como vocês percebem o modelo de gestão em saúde implantado para os jesuítas do Brasil?
- Quais são os desafios e oportunidades deste modelo de gestão em saúde?

APÊNDICE M - GRUPO FOCAL COM OS *STAKEHOLDERS*

Temática guia: modelo de gestão em saúde

- Como vocês percebem o modelo de gestão em saúde implantado para os jesuítas do Brasil?
- Quais são os desafios e oportunidades deste modelo de gestão em saúde?

APÊNDICE N - ESTRATÉGIA DE SAÚDE BEM-ESTAR



RESIDÊNCIAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Embora o cuidado com o corpo não deva ser exagerado, "é de louvar e a todos se pede" este cuidado. (Stº Inácio de Loyola)

RESIDÊNCIAS DE SAÚDE E BEM-ESTAR**Provincial**

Pe. João Renato Eidt

Sócio do Provincial

Ir. Eudson Ramos

Superiores de Plataforma

Pe. Antônio Tabosa Gomes

Pe. Carlos Fritzen

Pe. Inácio Luiz Rhoden

Pe. Luis Neis

Pe. Mieczyslaw Smyda

Pe. Vicente Palotti Zorzo

Pe. Cláudio Antônio Lorencini

Delegado da Saúde

Pe. Carlos Henrique Müller

Superiores da Teologia e Filosofia

Pe. Edison de Lima

Pe. Walter Falchi Honorato

Administrador Província BRA

Pe. João Geraldo Kolling

Assistentes das Residências de Saúde e Bem-estar

Pe. Itamar Carlos Gremon

Pe. Inácio Spohr

Pe. Pedro Vicente Ferreira

Pe. Mirosław Andrzej Matyja

Gestor da Saúde da Província

Ir. Orival Bonicoski

Grupo Técnico de Trabalho

José Paulo Flores da Silva – Assessor Técnico do Projeto

Maximiliano das Chagas Marques – Consultor Técnico do Projeto

Cleber Copes Lacerda – Assessor Administrativo do Projeto

Cercou o seu povo, cuidou dele e o guardou com carinho, como se fosse a menina de seus olhos. (Dt 32, 10).

1 INTRODUÇÃO

Respeitando os tempos e lugares, e buscando meios para conservar e desenvolver todo corpo da Companhia de Jesus em bom estado¹ enfrentamos o desafio de pensar uma proposta de saúde que nos sirva de referência na busca do atendimento às necessidades e à diversidade da Província dos Jesuítas do Brasil.

Para tanto, pensa-se a presente proposta como uma oportunidade de concretizar nossas moções espirituais nas quais o Espírito de Deus, neste momento histórico, nos impulsiona a pensar um referencial para a reorganização dos serviços de assistência à saúde da Província BRA, alcançando também o cuidado preventivo e a promoção de qualidade de vida para a emancipação e autonomia prolongada, propondo meios¹ além das ações de recuperação, reabilitação e cuidados continuados que hoje são realizadas nas Casas de Saúde.

Tomando-se o desafio de lidar com as especificidades e grande diversidades regionais, culturais dos jesuítas, e tendo presente que os recursos médicos, sanitários e outros meios no cuidado da saúde nos colocam numa época histórica onde se constata a existência objetiva de uma população de Jesuítas que, gradualmente será cada vez mais longeva², é necessária a discussão de uma proposta de referência que proponha meios que sejam discernidos³ com jesuítas para orientar e atender às características do envelhecimento saudável⁴ ocorridos durante a missão.

¹ Estatuto da Província dos Jesuítas do Bras, 19, 5

² Segundo o Plano Apostólico da BRA, Anexo: Fronteiras e apelos para uma nova missão, pag. 10. “Entramos numa nova etapa da história da humanidade, comparável à invenção da escrita. É uma fase de transição, que acarreta uma significativa mudança de paradigmas, fundamentada na relação do ser humano com o conhecimento crítico-científico e com os produtos tecnológicos. Muitos são os avanços proporcionados por esta nova racionalidade, principalmente nas áreas da educação, da saúde, das tecnologias da informação e do bem-estar humano.

Estatuto da Província dos Jesuítas do Bras, 19, 5.

³ E.E. 333.

⁴ E.E. 106. A saúde é uma das características elementos que Santo Inácio nos leva a contemplar nos E.E.

Acompanhando a comunidade em sua trajetória de vida com planos de cuidados que previnam e preparem para a chegada das doenças e prolonguem a capacidade para o agir autônomo e emancipado, pensa-se a saúde para os melhores meios e orientações que ajudem a gerenciar de modo saudável, em todas as etapas da vida do jesuíta, o tempo e energias conforme a missão que foi recebida.

Para isto, busca-se nos modelos conceituais que organizam ações e serviços de saúde em sistemas, sejam eles públicos ou privados, inspiração para sugerir a articulação, coordenação e sistematização do cuidado aos Jesuítas da Província BRA, compondo em Residências de Saúde e Bem-estar um serviço de base populacional, com enfoque em Atenção Primária para a vinculação, o planejamento do cuidado e o seguimento programado.

Assim, compõe objeto desta proposta a reconstrução das lógicas assistenciais e operacionais das Casas de Saúde, que atualmente acolhem jesuítas sob cuidados continuados, de modo a configurá-las em Residências de Saúde e Bem-Estar, que ampliam o foco de suas ações e serviços também às Comunidades em Missão, na forma de referência, apoio matricial e gestão de planos de cuidados.

Estes elementos serão discutidos em pormenores na sequência desta proposta.

1.1 DEFINIÇÕES, ACRÔNIMOS E ABREVIACÕES

- **Apoio matricial:** transferência, compartilhamento e construção de práticas de cuidado integrado entre os profissionais da equipe, ampliando a capacidade de resolução de problemas e de resposta às demandas e necessidades específicas de cada plano de cuidados.

- **Residências de Saúde e Bem-estar:** serviço de atenção primária e cuidados continuados direcionados à construção de planos de cuidados interdisciplinares, executados total ou parcialmente no local, ou sob o acompanhamento por apoio matricial remoto.

⁵ Analisando as Constuições da Companhia de Jesus, vemos que para Santo Inácio, em toda missão a ser executada é necessário um discernimento no qual o jesuíta tem de considerar o tempo e as energias que são necessárias para cuidar bem de sua missão. Cf. Const. 793.

- **Cuidado continuado:** ações de suporte terapêutico continuado, ininterrupto, para a oferta de autocuidado e para a supressão de necessidades, transitórias ou permanentes, para a manutenção das atividades diárias.

- **Itinerário terapêutico:** movimentações do jesuíta no serviço, no acesso aos profissionais da equipe e na utilização externa de recursos assistenciais, diagnósticos e farmacêuticos para a realização do plano de cuidados em uma perspectiva de atenção integral.

- **Plano de cuidados:** plano de ações terapêuticas personalizadas, acordadas entre a equipe de saúde e o jesuíta, para a organização e sistematização do cuidado com vistas à produção de resultados para a prevenção de agravos, para a promoção de qualidade de vida e do envelhecimento saudável, para a recuperação e para a reabilitação.

- **Seguimento programado:** planejamento de ações terapêuticas programadas, preferencialmente realizadas nas Residências de Saúde e Bem-Estar, sob o acompanhamento da equipe de saúde.

- **Terapeuta de referência:** profissional da equipe de saúde responsável pela construção do plano de cuidados em comum acordo com o jesuíta, respondendo pelo seguimento programado, pelo itinerário terapêutico e pelos resultados esperados.

- **Proteção Jurídica em situação de vulnerabilidade extremas:** Em sintonia com os documentos da Igreja e da Companhia de Jesus e dos princípios éticos, garantir, através de documentação registrada canônica e civilmente, que não deverão ser praticadas medidas terapêuticas que levem à eutanásia ou à distanásia, garantido que o jesuíta tenha o conforto necessário, quando estiver em estado terminal ao mesmo tempo que, quando estiver em tal situação, sua vida não seja prolongada, de modo desnecessário, usando meios artificiais ou tecnológicos quando a equipe médica constatar que tais meios não alteram o resultado final do processo da vida.

2 PRINCÍPIOS ESTRATÉGICOS E RESTRIÇÕES DO PROJETO

2.1 MISSÃO

Prover aos Jesuítas da Província BRA o acesso ampliado a ações e serviços de cuidado em saúde, que possibilitem a promoção de qualidade de vida e o envelhecimento saudável, com ampliação da autonomia, da emancipação e da permanência em missão.

2.2 OBJETIVO GERAL

Articular e coordenar ações e serviços para o cuidado ampliado à saúde dos Jesuítas da Província BRA, priorizando a construção de vínculo, o planejamento da assistência e o seguimento programado, em uma lógica que oportuniza a prevenção de agravos, a promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável, a recuperação e a reabilitação.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Auxiliar o Provincial, Superiores de Plataforma, Assistentes das residências, fornecendo informações consistentes, objetivas e fundamentadas em laudos de especialistas da área de saúde para que, junto com o Gestor da saúde, possam discernir e decidir qual é a forma mais humana e cristã que deverão empregar os cuidados.

- Construir mecanismos e processos de destinação do jesuíta às Residências de Saúde e Bem-Estar de modo a considerar tanto os laudos médicos (biológicos), quanto fornecendo o apoio psicológico e espiritual, para que o jesuíta possa realizar essa transição se sentindo respeitado, amado e reconhecido.

- Auxiliar os Superiores de Plataformas e Assistentes na administração das situações de enfermidades nos membros das residências.

- Definir estrutura administrativa e técnico-assistencial das Residências de Saúde e Bem-Estar.

- Discutir modelos que considerem os tempos, lugares e culturas, auxiliando as diversas Residências de Saúde e Bem-estar com orientações e princípios que ajudem a atingir as melhores formas de se organizarem profissionalmente na área da administração, da saúde e da operacionalização.

- Diagnosticar rotinas assistenciais e situação administrativa das Residências de Saúde e Bem-Estar.

- Definir rotina de seleção e perfil de admissão de profissionais para as Residências de Saúde e Bem-Estar, considerando suas capacitações profissionais e o grau de amadurecimento humano necessários ao trabalho em equipe.

- Construir projetos técnicos das Residências de Saúde e Bem-Estar, consultando sempre os próprios jesuítas de modo a evitar posturas autoritárias.

- Sistematizar rotinas de cuidado para os jesuítas em missão nas Residências de Saúde e Bem-Estar.

- Assessorar os Assistentes das Residências de Saúde e Bem-estar para achar formas de atividades que envolvam os jesuítas enfermos, respeitando seus graus de vulnerabilidade.

- Inserir a totalidade dos jesuítas da Província BRA em rotinas de cuidado programado com terapeuta de referência nas Residências de Saúde e Bem-Estar.

- Integrar o cuidado programado aos jesuítas em missão em regiões distantes das Residências de Saúde e Bem-Estar com a utilização de recursos de telessaúde e de acompanhamento remoto.

- Negociar referências assistenciais na Rede de Atenção à Saúde para os jesuítas da Província BRA, priorizando a economia de escala e a racionalidade de custos.

- Negociar acesso a plano nacional de saúde, com redução nos desembolsos diretos e ampliação das coberturas a partir das modificações nas rotinas de atenção primária e de padrões de sinistralidade dos jesuítas da província BRA.

- Integrar os desembolsos com assistência farmacêutica sob o escopo das Residências de Saúde e Bem-Estar, visando à racionalização dos custos por compras em escala e à adoção de protocolos clínicos.

- Definir rotinas de assessoria de imprensa para fornecer informações sobre os estados de saúde dos jesuítas, auxiliando o Provincial, os Superiores de Plataforma e os Assistentes das Residências de Saúde e Bem-estar a terem um gerenciamento de informações comuns e que protejam os integrantes da Companhia de Jesus de exposições desnecessárias.

- Possibilitar e integrar a formação dos novos jesuítas, disponibilizando e incentivando que realizem o experimento de hospital, normalmente realizado durante o noviciado, nas Residências de Saúde e Bem-Estar para que entrem em contato

direto com os jesuítas, criando vínculos e os preparando para as situações de enfermidades e para o envelhecimento na Companhia de Jesus.

2.4 LUZES

- Redirecionamento do modelo assistencial para um enfoque de promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável.

- Ter presente que o local onde vivem os enfermos jesuítas não são apenas clínicas geriátricas ou hospitais, mas são verdadeiras residências religiosas jesuítas.

- Destinação do jesuíta a uma Residência de Saúde e Bem-estar com especificidades que ajudam na conservação e no desenvolvimento de todo o corpo da Companhia em seu bom estado⁶ explicitados em vários documentos próprios da Companhia de Jesus.

- Construção de referências terapêuticas para o cuidado programado dos jesuítas em missão.

- Redução/prevenção de eventos que abreviem a vida em missão.

- Reinserção dos residentes em Residências de Saúde e Bem-estar em processos de convívio e interação com as residências em Missão.

- Atualizar a lógica das Residências de Saúde e Bem-estar como redutos terminais da trajetória da missão.

- Redução da sinistralidade e dos consumos farmacêuticos, médico-assistenciais e intervencionistas, desnecessários ou evitáveis, pela adoção de protocolos clínicos e rotinas de cuidado programado.

- Possibilitar que ocorra uma articulação econômica entre as obras que cuidam da saúde e bem-estar para que as compras de remédios e material hospitalar sejam menos onerosas.

- Ampliação do acesso de jesuítas em missão às ações e serviços de cuidado em saúde, com convívio comunitário, inclusive em áreas mais remotas da Província BRA.

- Reelaborar a visão das Residências de Saúde e Bem-estar para que elas sejam consideradas como autênticas residências religiosas, onde residem os jesuítas que necessitam de cuidados com a saúde.

⁶ Constituições da Companhia de Jesus e Normas complementares, Loyola, São Paulo, pag. 223 -227.

2.5 SOMBRAS

- Resistência ao modelo assistencial com enfoque de promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável.
- Resistências para a adoção de rotinas de cuidado programado entre os jesuítas em missão.
- Resistência uni ou bilateral para o convívio dos residentes em Residências de Saúde e Bem-estar com as residências em Missão.
- Manutenção da lógica de Residências de Saúde e Bem-estar como redutos terminais da trajetória em missão.
- Elevação da sinistralidade e dos consumos farmacêuticos, médico-assistenciais e intervencionistas, desnecessários ou evitáveis, por alterações no perfil de morbidade ou resistência aos cuidados sugeridos.
- Indisponibilidade do acesso de jesuítas em missão às ações e serviços de cuidado em saúde, com convívio comunitário, em áreas mais remotas da Província BRA por indisponibilidade tecnológica ou dificuldades operacionais.

2.6 PONTOS FORTES

- Modelo conceitual originado em sistemas universalistas direcionados ao cuidado programado, às ações de promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável.
- Redirecionamento da estrutura instalada para a manutenção de planos de cuidados longitudinais, com seguimento ao longo da vida ativa e programação da assistência.
- Estrutura de referência instalada no Instituto São José com capacidade técnica e operacional para a conversão em uma Residências de Saúde e Bem-Estar em curto prazo.

2.7 PONTOS FRACOS

- Necessidade de construção dos projetos técnicos e protocolos assistenciais, com treinamento das equipes interdisciplinares atualmente alocadas nos serviços.

- Necessidade de discussão da capacidade instalada e da oferta assistencial, com potencial elevação dos custos diretos no primeiro momento.
- Necessidade de incorporação de espaços terapêuticos e equipamentos para a oferta de ações de promoção de qualidade de vida.
- Necessidade de informatização dos prontuários eletrônicos em instrumento que garanta a integração das informações em território nacional, o acesso seguro e confidencial pelas equipes, e a armazenagem adequada.

3 ESCOPO

3.1 APRESENTAÇÃO

As Residências de Saúde e Bem-Estar são serviços de base territorial, com população adscrita e enfoque de cuidados no seguimento programado, no planejamento da assistência, nas ações de promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável, e nas práticas de recuperação e reabilitação.

Representa espaço de convívio comunitário entre os jesuítas residentes, que passam à utilização continuada das Residências de Saúde e Bem-Estar por necessidades de suporte às atividades da vida diárias, e daqueles em missão, que o utilizam como recurso de acesso ao seguimento programado e ao cuidado preventivo.

Além disto, integram os jesuítas residentes em uma proposta de cuidados e de missão nas Residências de Saúde e Bem-Estar, mantendo a história viva em ações de elevação do conhecimento construído e das referências pessoais.

Por fim, as Residências de Saúde e Bem-Estar responderão pela construção das referências diagnósticas, de complementaridade terapêutica, de intervenções e assistência farmacêutica em território nacional, trazendo à área da saúde da Província BRA uma convergência estratégica para a racionalização das ofertas e dos custos.

3.1.1 Contextualização

Tem-se ciência que muitas mudanças têm ocorrido na Companhia de Jesus e que o envelhecimento geral das residências em missão, traz o questionamento sobre o que é pertinente fazer para que os Jesuítas possam estender seu tempo em obra, emancipados e autônomos em relação às atividades diárias e ao autocuidado.

Diante deste desafio, o discernimento Jesuítico apresenta a necessidade de uma nova abordagem à saúde dos companheiros Jesuítas no Brasil, partindo do pressuposto que todos almejam a longevidade ativa.

Assim, construir planos de cuidados que auxiliem a corromper o pensamento do envelhecimento patológico, de modo a assumir a existência e as mudanças que acompanham os passos dos anos, *“para que a velhice não enrugue mais o espírito do que o rosto (Montaigne)”* é uma indicação de caminho para a saúde dos Jesuítas da Província BRA.

Como seres únicos, de valor inestimável pelos caminhos que constroem ao longo do curso de suas vidas, o preparo continuado para uma promoção de um envelhecimento saudável, ativo, e inserido em missão até o outono da existência, é uma forma de manutenção deste patrimônio cultural, social, espiritual e histórico dos Jesuítas. O ser humano religioso envelhece de forma natural e individual, e precisa ser entendido nas suas características específicas, prevenindo possíveis patologias e promovendo autonomia e emancipação pelo empoderamento de seu plano de cuidados e de envelhecimento.

A Companhia de Jesus prima pelo acolhimento, pelo cuidado individual de cada Jesuíta, sendo idoso, ou não, em suas especificidades. Neste sentido, pensar as Casas de Saúde como Residências de Saúde e Bem-Estar destinadas a acolher Jesuítas (Padres e Irmãos), idosos ou não, ao longo de suas caminhadas em missão, em uma ampliação do foco do cuidado da recuperação e da reabilitação, para a qualidade de vida e o envelhecimento saudável, impregnam a proposta deste projeto. Assim, as Residências de Saúde e Bem-Estar, ampliarão suas atividades também às residências de Jesuítas em missão, zelando pela preservação ativa da Igreja e da Companhia.

Nas Constituições da Companhia de Jesus (Parte III, capítulo 2, nº 292 a 306) da conservação do corpo, Santo Inácio de Loyola ressalta a importância do cuidado que cada Jesuíta deve ter com a sua saúde, em prol do divino serviço.

De igual forma, nas Normas Complementares (Sexta Parte, capítulo V, nº 244) fala-se sobre a doença, a velhice e a morte, afirmando que “nossos idosos e doentes continuam a ser apostolicamente fecundos, tornando os outros participantes da própria sabedoria acumulada pela experiência do serviço à nossa missão. Eles devem procurar animar os seus companheiros pelo exemplo de sua entrega filial e confiante a Deus na doença e enfraquecimento das próprias forças” (parágrafo 1).

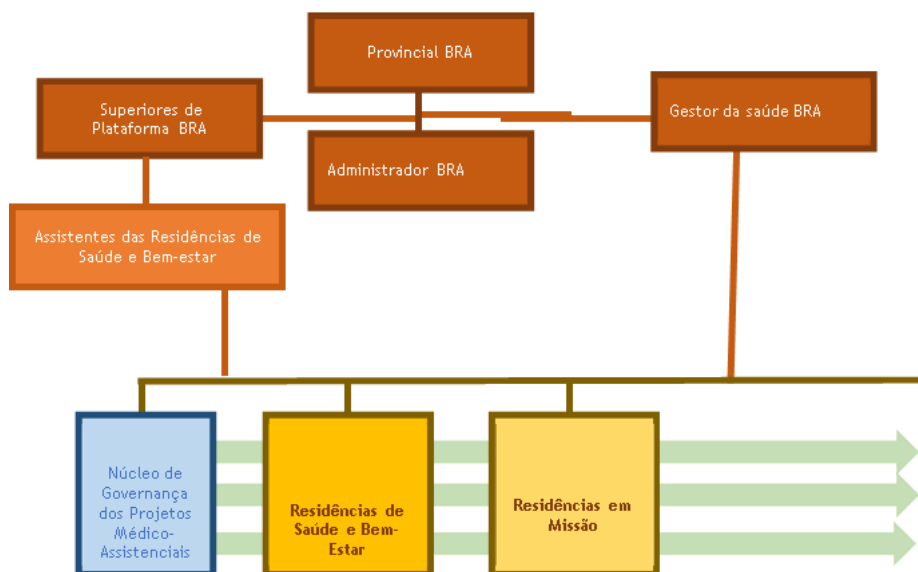
Ainda, nos parágrafos 2 e 3 do mesmo capítulo se diz que *“todos devemos prestar uma atenção especial a estes irmãos, sob o aspecto espiritual e humano, com profunda gratidão e caridade fraterna. Os superiores maiores confiam a estes idosos e doentes a missão especial de orar pela Igreja e pela Companhia e de oferecer seus sofrimentos e limitações pessoais pela sua missão universal de salvação”*.

Com esta visão geral, sugere-se à Companhia de Jesus no Brasil, a organização da saúde da Província, sob o cuidado integrado com conhecimentos científicos e técnicos de gestão em saúde, além do suporte espiritual continuado e dedicado no discernimento Jesuítico, no consolo e na desolação.

Assim os Jesuítas da Companhia, poderão dispor de melhor qualidade de vida em suas necessidades de saúde, providas pela coordenação técnica e espiritual do cuidado. Em diálogo contínuo o Gestor da saúde, a coordenação do cuidado nas Residências de Saúde e Bem-Estar (Assistentes e seus auxiliares) ofertaram a cada Irmão e Padre um apoio para suas necessidades, demandas e caminhos de vida, fazendo do cuidado a mão que se abre para a carícia essencial.

Assim, trabalharão em sintonia com o Provincial e a Companhia de Jesus para não interferir nos papéis que lhes são próprios, mas, com objetividade e simplicidade, ajudar a desempenhá-los, incluindo a gestão da qualidade da assistência aos cuidados de saúde dos Jesuítas residentes nas quatro Residências de Saúde e Bem-estar (Residência de Saúde e Bem-estar São Jose-RS/Residência de Saúde e Bem-estar São Luiz Gonzaga-CE/Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão-MG/Residência de Saúde e Bem-estar Nossa Senhora da Estrada-SP), além daqueles em residências em missão que serão referenciados em cada um destes serviços.

3.1.2 Organização



3.1.3 Escopo

Cuidado em saúde dos Jesuítas da Província BRA, com abordagem a partir de equipe de assistência com foco interdisciplinar, dedicada ao cuidado preventivo, à promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável e a recuperação e reabilitação, quando necessárias.

Para isto, as Residências de Saúde e Bem-Estar serão referência para o plano de cuidados estabelecido em construção com terapeuta de referência, de modo a se constituir em apoio matricial ao Jesuíta e agente de conexão com o Gestor da Saúde.

Além disso, ao quadro funcional atual se prevê modificações que tem impacto na oferta de ações e serviços, além da composição de um núcleo transversal governança dos projetos técnicos e terapêuticos, de modo a constituir uma homogeneidade assistencial em todos os Centros da Província BRA.

O uso da tecnologia na informatização das informações em saúde é um auxiliar no processo do gerenciamento dos cuidados em território nacional, ampliando e humanizando o acesso ao cuidado, especialmente em regiões onde a missão é exercida com escassas retaguardas assistenciais. As Residências de Saúde e Bem-Estar articularão suas ações com os hospitais onde os Jesuítas são atendidos nas suas especificidades, na realização de cirurgias, internações ou exames, acompanhando-se os recursos providos.

3.2 OBJETIVOS DO PROJETO

Articular e coordenar ações e serviços para o cuidado ampliado à saúde dos Jesuítas da Província BRA, priorizando a construção de vínculo, o planejamento da assistência e o seguimento programado, em uma lógica que oportuniza a prevenção de agravos, a promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável, a recuperação e a reabilitação.

“Em tudo amar e servir!”

APÊNDICE O - ANÁLISE DOCUMENTAL

Reunidos os documentos, e-mails, cartas, reuniões, relatórios etc., conforme Apêndice O, que narram os procedimentos para a implantação e manutenção de um modelo de gestão da atenção à saúde da população de religiosos vinculados aos Jesuítas da Província do Brasil, passamos à análise estruturada de seu conteúdo. Para tanto, os documentos foram classificados em relação à cronologia na introdução do modelo de gestão da Saúde e Bem-Estar da Província em (1) movimentos pré-implantação, (2) ações de implantação, e (3) procedimentos de manutenção. Para cada momento no ciclo, aos documentos foram atribuídas às unidades de análise de (a) Estratégia Organizacional, (b) Estratégia de Campo e (c) Estratégia de Manutenção.

A Estratégia Organizacional reuniu os documentos acerca da apresentação institucional do novo modelo, discussão sobre estrutura de atendimento, cargos e funções, deliberação sobre subordinação, e orientação para a concentração do comando para os estabelecimentos de saúde de todo o Brasil. Em relação à Estratégia de Campo, foram reunidos os documentos que demonstravam a forma como a coordenação das ações de implantação foram acompanhadas em cada estabelecimento, incluindo ajustes de equipe, a reorganização de processos de trabalho e a construção de canais de comunicação. Por fim, na Estratégia de Manutenção, estão agrupados os documentos que apresentam o controle, monitoramento e avaliação do modelo de saúde em bem-estar, seu seguimento no tempo, bem como as correções de trajeto ao longo da gestão dos estabelecimentos.

1 VISÃO GERAL DO MODELO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

No atual cenário nacional e global se percebe a imperativa urgência por uma mudança de sistema de saúde, isto é, a busca por medidas e ações que corroborem para uma saúde de cunho mais integrado e preventivo e não somente curativo. Essa busca por mudanças e ações também pode ser pensada, refletida e aplicada nas entidades confessionais. Como seres únicos, de valor inestimável pelos caminhos que constroem ao longo do curso de suas vidas, o preparo continuado para uma promoção de um envelhecimento saudável, ativo e inserido em missão até o outono da existência, é uma forma de manutenção deste patrimônio humano, cultural,

social, espiritual e histórico dos Jesuítas. O ser humano religioso envelhece de forma natural e individual e precisa ser entendido nas suas características específicas, prevenindo possíveis patologias e promovendo autonomia e emancipação pelo seu plano de cuidados e de envelhecimento, de maneira que seja ativa a sua missão até o crepúsculo da sua vida. De forma sucinta, será apresentada a trajetória em formato temporal de como é possível sair de um modelo de gestão em saúde focado no tratamento para um modelo de gestão integrado e preventivo numa entidade confessional, por meio de uma estratégia.

Em 2010, em pesquisa realizada junto aos Jesuítas do Brasil, sob o título de “Qualidade de vida: uma visão dos idosos jesuítas institucionalizados”, foi caracterizado um grupo de idosos jesuítas institucionalizados, suas percepções particulares sobre qualidade de vida e necessidades de saúde. Naquele estudo ficou evidente a necessidade de profissionalização do cuidado em saúde a esse grupo, bem como mudanças no padrão de atenção à saúde dessa população. Fatores como alimentação, espiritualidade, estrutura física e assistência de enfermagem contribuem para uma melhor percepção de suas vidas e da qualidade. O estudo permitiu concluir que os idosos apresentavam boa adaptação à instituição em que residem, satisfeitos com a estrutura física e amplo espaço verde, além de ótimas condições para exercerem sua espiritualidade. Constatou-se que no quadro dos profissionais que trabalhavam na instituição, a preocupação com o bem-estar dos residentes apresentava um padrão de profissionalização compatível com os serviços prestados por estabelecimentos de saúde, o que possibilita sua réplica como modelo assistencial (BONICOSKI, 2010).

A partir dessas informações preliminares, foi instituída a função de coordenação e assistência da comunidade de saúde e bem-estar São José, instalada em São Leopoldo/RS, período que marcou a organização e a profissionalização do cuidado, focando na integralidade e na prevenção, assumindo um novo modelo de gestão em saúde. Com novos profissionais incorporados, entre eles a nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia e educador físico, a estrutura passou a ofertar opções terapêuticas mais abrangentes, com condutas que proporcionam qualidade de vida aos idosos, buscando não separar o cuidado por partes, o que viria a ser o embrião do modelo de saúde e bem-estar da Província dos Jesuítas do Brasil.

Simultaneamente, o estabelecimento de São Leopoldo/RS passou a oferecer o espaço da instituição para ensino e aprendizagem, fechando parceria com unidades de ensino, recebendo alunos dos cursos de psicologia, enfermagem, técnico de enfermagem, música, nutrição e fisioterapia. Também, foi institucionalizada a educação permanente em serviço para os colaboradores, com avaliações periódicas e processo seletivo, impactando nas rotinas terapêuticas, que passaram a incluir tardes de cinema, passeios e outras atividades de convívio comunitário. A infraestrutura passou por reformas na lavanderia, refeitório, cozinha, sala de fisioterapia, posto de enfermagem, sala de televisão, quartos, corredores. Foram implantados registros de saúde em modelo de prontuário eletrônico, que eram realizados até então manualmente em cadernos. Nesse ponto era evidente a transição entre o modelo de caráter biomédico, com a coordenação dos colaboradores e do cuidado feito por uma religiosa que tinha formação em técnico de enfermagem, para um espaço profissionalizado de cuidado integral, preventivo e continuado, com uma visão holística.

Em 2013, com o estudo intitulado “Gerenciamento dos cuidados de enfermagem em uma comunidade jesuítica da Província do Brasil Meridional (BRM)”, buscou-se a implantação do gerenciamento dos cuidados de enfermagem na comunidade João Paulo II da Província do Brasil Meridional (BRM), localizada em Florianópolis/SC, como unidade piloto do estudo, tomada como experiência os fazeres desenvolvidos até então em São Leopoldo/RS. Os resultados demonstraram que o gerenciamento, mesmo que virtual da saúde, podia proporcionar resolutividade e avançar no modelo de atenção que privilegia a promoção da saúde e a prevenção dos agravos (BONICOSKI, 2013).

A partir deste estudo, a Companhia de Jesus passa a ficar mais sensível às ações preventivas, permitindo que cada jesuíta desenvolva sua missão com mais saúde, almejada pelo fundador, desde o início da Congregação. Além disso, a pesquisa pode projetar para as comunidades nacionais e internacionais dos jesuítas, bem como, em outras congregações, um modelo de cuidado orientado para a atenção integral e o envelhecimento saudável, subsídio, não só para estas realidades religiosas, como para a saúde pública brasileira.

Em 2014, ocorre a unificação das Províncias dos Jesuítas do Brasil, ou seja, o que eram antes três províncias, a do Sul, Sudeste e Nordeste e uma região da Amazônia, passam a fazer parte de uma única província, então denominada,

"*Província dos Jesuítas do Brasil*". Com esta unificação, as estruturas de governo se modificaram, tomando um caráter nacional e não mais regional, algo inédito para os jesuítas do Brasil, e que inclui a indicação de um "*delegado para saúde*", demonstrando a preocupação da instituição nesta dimensão. Nesse momento, o delegado não possuía formação em saúde, o que levou a reflexão da Companhia à proposta da Província de contar com um "*gestor em saúde*", com formação e experiência na área. Conforme carta enviada abaixo pelo gestor ao seu superior:

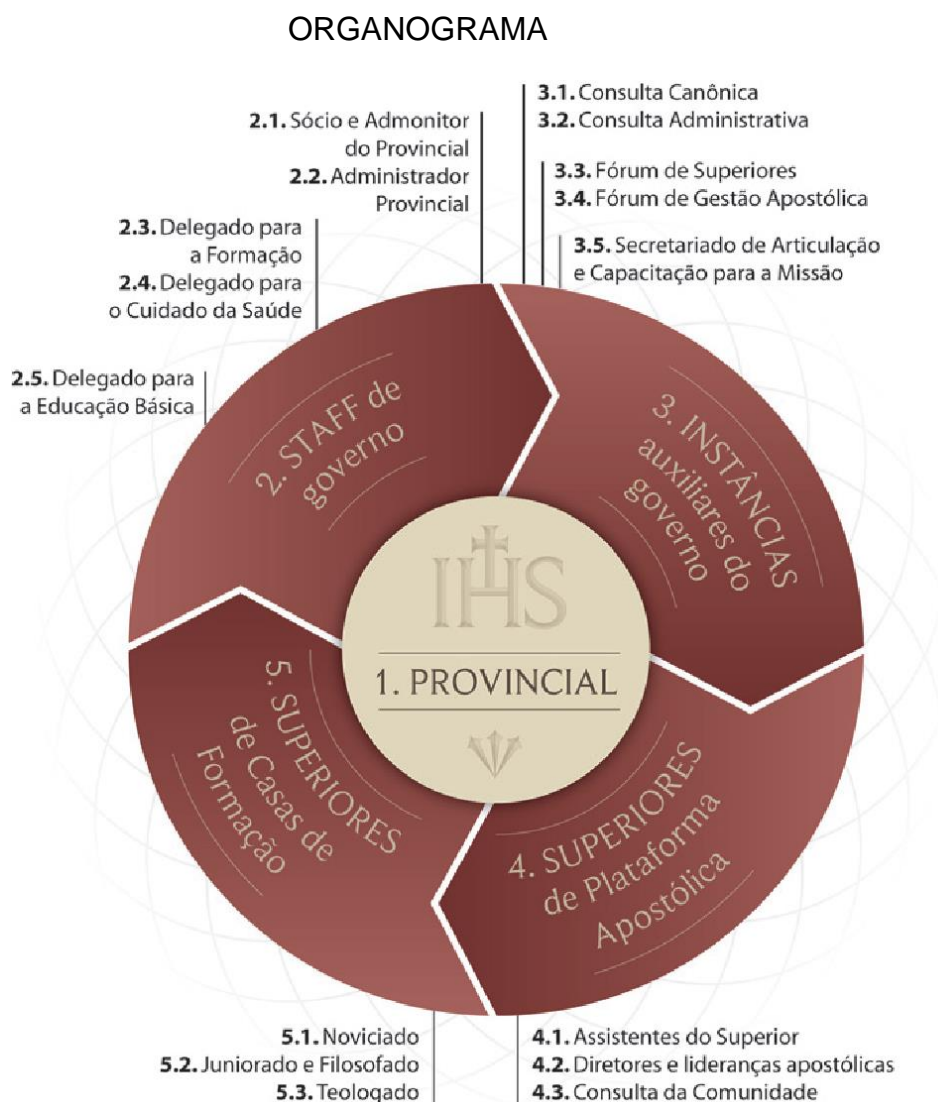
"Estimado Pe. Provincial! Com o retiro realizado, novos horizontes foram sendo discernidos à luz do Espírito Santo. Coloco-me à inteira disposição e generosidade a missão que a Companhia me confia que, pelo que percebo, se refere ao cuidado da saúde dos nossos Companheiros Jesuítas. Os anos que levo como Jesuíta Irmão na missão me levam à convicção de que a saúde dos nossos coirmãos Jesuítas, se não é, deveria ser uma prioridade. Tenho consciência de que uma vez que aumentamos na expectativa de vida, esta deverá ser vivida com qualidade. Santo Inácio nas Constituições pede que o Jesuíta deva ser saudável para a missão do divino serviço. Para uma melhor assistência nas nossas Casas de Saúde no Brasil e na saúde dos nossos, de uma maneira geral, e para poder colaborar com o Delegado para saúde com mais eficácia, penso que poderia assumir as três Casas de Saúde e mais as casas onde se concentram maior número de idosos. Sei que são contextos e culturas diferentes, e sei também dos desafios que terei, mas confio na graça de Deus. Aos poucos, de acordo com o contexto e da maneira como se está sendo executada a assistência, irei propondo um novo olhar de assistência aos nossos idosos Jesuítas" (BONICOSKI, 2015).

Com essa comunicação, os alicerces da mudança de modelo de saúde para a Companhia de Jesus no Brasil estavam criados, levando à reorganização estrutural, processual e do cuidado em todos os estabelecimentos, como é descrito a seguir na análise dos documentos.

1.1 Categoria de análise: estratégia organizacional

Nesta estratégia se apresenta a dinâmica da construção da figura do gestor da saúde dos jesuítas do Brasil com suas atribuições e o organograma. No Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA, na sua primeira versão, publicada em 2015, consta o organograma da estrutura de governo. Percebe-se que a figura do "Delegado para o cuidado da Saúde", fazia parte do *staff* do governo.

Figura 1 - Organograma da estrutura do governo da Província dos Jesuítas do Brasil



Fonte: ESTATUTO DA PROVÍNCIA DOS JESUÍTAS DO BRASIL – BRA, 2015.

No centro do organograma está o Provincial do Brasil que é o responsável último pela unidade da missão da Companhia de Jesus no país, pela fidelidade às orientações da Companhia universal e pelo vínculo do Corpo Apostólico com a Igreja (ESTATUTO DA PROVÍNCIA DOS JESUÍTAS DO BRASIL – BRA, 2015, p. 17).

Após a carta acima enviada ao Pe. Provincial no início do ano de 2015, esta começou a ser apresentada e discutida nas reuniões. Assim, iniciou-se a construção das atribuições do gestor para a saúde dos jesuítas do Brasil. De acordo com que o diálogo avançava, novas luzes, perspectivas e horizontes foram aparecendo. Nesta ocasião, em contato com a universidade, conheci um médico e um enfermeiro e começamos a dialogar sobre a “situação saúde dos jesuítas do Brasil”. Estes

profissionais, junto com o gestor, constituíram o “núcleo da gestão da saúde BRA”, o médico como assessor e o enfermeiro como consultor. Mais tarde começa a fazer parte do núcleo um gerente em saúde. Foi neste período que se elaborou e se propôs a “*estratégia de saúde e bem-estar*” à Província dos Jesuítas do Brasil:

“Como uma oportunidade de concretizar nossas moções espirituais, que nos impulsiona a pensar um referencial para a reorganização dos serviços de assistência à saúde da Província dos Jesuítas do Brasil, desenvolvendo o cuidado preventivo e a promoção da qualidade de vida, propondo meios e ações de recuperação, de reabilitação e de cuidados continuados, que hoje já são realizados nas Casas de Saúde. Por outro lado, tem-se o desafio de um plano único a considerar as especificidades de cada jesuíta e região na multifacetada diversidade brasileira, excepcionalmente a partir da constatação de uma população de Jesuítas gradualmente mais longeva. Compõe-se objeto desta proposta a reconstrução das lógicas assistenciais e operacionais das Casas de Saúde, que atualmente acolhe Jesuítas sob cuidados continuados, de modo a configurá-las em Residências de Saúde e Bem-estar, que ampliam o foco de suas ações e serviços também às Comunidades em Missão, na forma de referência, de apoio matricial e de gestão de planos de cuidados. A proposta tem por objetivo articular e coordenar ações e serviços para o cuidado ampliado à saúde dos Jesuítas da Província BRA, priorizando a construção de vínculo, o planejamento da assistência e o seguimento programado, em uma lógica que oportuniza a prevenção de agravos, a promoção de qualidade de vida e envelhecimento saudável, a recuperação e a reabilitação” (BONICOSKI et al., 2015).

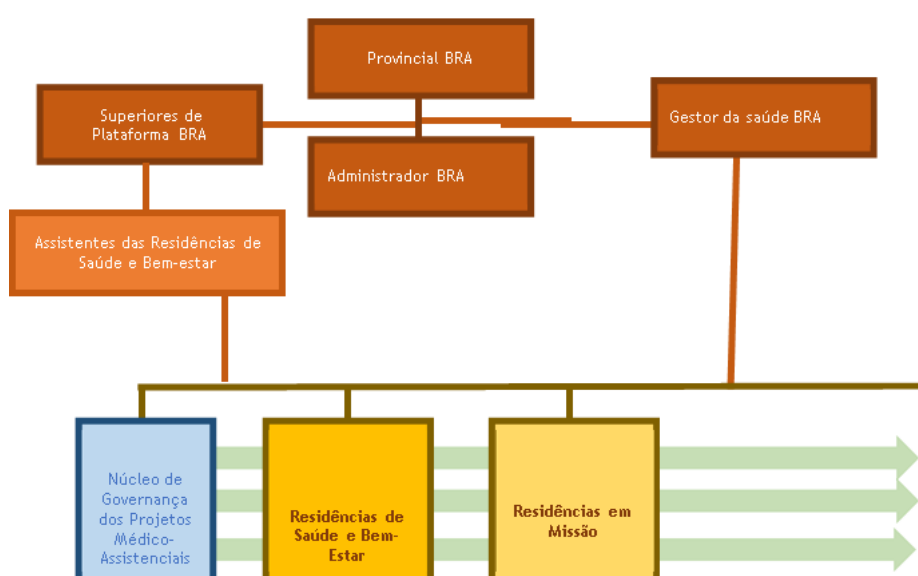
A partir disso foram acontecendo momentos de apresentação da proposta, seja por meio de reuniões, troca de *e-mails*, cartas ao governo dos jesuítas, como se percebe no estudo realizado por Bonicoski (2016), cujo objetivo foi de compreender as ações e os itinerários empreendidos pela governança para a viabilização da implantação de um modelo assistencial voltado para promoção de qualidade de vida e prevenção de agravos, em uma população comunitária confessional envelhecida, cujo resultados foram:

“Ao se reunir os documentos digitais e impressos, identificou-se pelo menos oitenta e seis (86) conversas eletrônicas para pessoas dentro e fora da organização, além do projeto nomeado inicialmente como “Comunidades [...] de Saúde e Bem-estar”, pode-se construir caminhos explicativos para compreender as ações e os itinerários empreendidos para a governança e a viabilização da implantação de um modelo assistencial voltado para promoção de qualidade de vida e prevenção de agravos, em uma população comunitária confessional envelhecida. O marco inicial foi dado a partir da designação da gestão nacional da organização para a reestruturação da área, com sugestão de nomeação de um gestor dedicado às questões de saúde, sendo o período transcorrido entre este movimento, e a consolidação do setor em âmbito nacional, ocorrido entre janeiro e setembro de 2015. Na instituição estudada, não é prática corrente da área da saúde o emprego de ofícios, memorandos ou documentos escritos para a disseminação da tomada de decisões, representando as correspondências eletrônicas ainda a principal forma de comunicação organizacional e documentação. À análise de conteúdo das correspondências eletrônicas reunidas, identificaram-se pelo menos quarenta e três categorias (43) de conceitos, sendo as mais presentes nas práticas discursivas a de estratégia de empoderamento (13,6%), de orientação (11,8%), de formalização (10,0%), de estratégia de estruturação da área (8,2%) e de planejamento (6,4%). Neste sentido, chama a atenção que para a construção de um

projeto institucional, as estratégias de empoderamento e as requisições de orientação sejam respectivamente 112,5% e 84,4% maiores do que as movimentações de planejamento” (BONICOSKI, 2016).

Como se percebe e o que chama a atenção é o volume de conversas eletrônicas para pessoas dentro e fora da organização. Essa movimentação serviu para o Provincial designar um gestor para a saúde dos jesuítas do Brasil. Conforme o organograma abaixo, assim ficou desenhado a posição do gestor.

Figura 31 - Organograma da posição do gestor saúde BRA



Fonte: Bonicoski et al. (2015).

Na sede da saúde BRA, em Porto Alegre, reuniu-se com o governo o gestor, para apresentação da estratégia de Saúde e Bem-Estar, conforme tópicos abordados abaixo:

“Visão para a Saúde da Província. Sistematizar e profissionalizar a oferta de ações e serviços para o cuidado integral aos Jesuítas do Brasil a partir das Residências de Saúde e Bem-Estar, centralizando a gestão administrativa e médico-assistencial junto ao Governo da Província. Orçamento 2016. Política de Desenvolvimento de Colaboradores. Parceria com estagiários da UNISINOS e EST. Planejamento estratégico 2016-2017. Mapa Assistencial Plataforma Sul II. Acesso a Consultas Médicas Especializadas. Doenças que acometem os Jesuítas. Manual do Sistema de Gestão. Hierarquia do Sistema de Gestão da Saúde. Regimento Interno da Residência. Aquisição e implantação do Sistema de Telessaúde. Objetivo da Imersão nas Residências. Imersões realizadas” (BONICOSKI, 2015).

“A sistematização do processo proporcionará aos nossos companheiros a segurança e a qualidade da assistência, a mudança principal com a construção da Estratégia de Saúde e Bem-estar, está no acompanhamento dos nossos companheiros ao longo de toda a

vida, ofertando ações e serviços para a promoção de qualidade de vida e o envelhecimento saudável. O processo é o de gradativamente estruturar as Residência de Saúde e Bem-Estar” (BONICOSKI; FLORES, 2016).

No primeiro documento que começa a aparecer a estratégia de saúde e bem-estar e a figura do gestor da saúde é no Plano estratégico – Província dos Jesuítas do Brasil. 2015-2020, publicado em 2018. Segue abaixo um trecho extraído:

“Visando boa qualidade dos serviços de atendimento nessas Casas e a boa integração de todos os jesuítas com relação aos serviços nelas prestados, o Delegado conta com, além dos Superiores das Comunidades respectivas, o auxílio direto de um Gestor das Casas de Saúde e Bem-Estar. Desde 2015 vêm sendo construídos três projetos considerados fundamentais, ancorados nas urgências impostas pelo contexto e nos termos da Missão da Companhia de Jesus no Brasil. Os três têm datas de início de execução diferentes. Eles buscam concentrar o foco de trabalho na estruturação das premissas pautadas pelo envelhecimento das comunidades em missão, construindo planos de cuidados que auxiliem a romper com o pensamento do envelhecimento patológico, de modo a assumir a existência e as mudanças que acompanham os passos dos anos. A sistematização e a profissionalização do cuidado na área da saúde, são expressas pela tradução das aspirações e da cultura da Companhia de Jesus, para os projetos técnicos assistenciais e rotinas assistenciais de atenção e conforto integral contornando o quadro às vezes desumanizado e exclusivamente focado no tratamento meramente corporal. Outrossim, a elevada densidade de tecnologias e da crescente variedade de ofertas terapêuticas, demanda a capacidade de distinguir, racionalmente, sobre investimentos e necessidades para o bem cuidar e o bem viver. As ferramentas de gestão e de controle das ações e serviços devem acompanhar o incremento de qualidade, observado na assistência, de modo a possibilitar que os recursos disponíveis sejam racionalmente distribuídos e utilizados. Em um cenário onde os custos com saúde seguem tendências historicamente inflacionárias, a adoção de metodologias de controle e de negociação por instrumentos científicos é imprescindível para a manutenção do equilíbrio orçamentário no cuidado aos Jesuítas, sem prejudicar a qualidade. São questões que se busca atender nos três projetos que constituem este Programa” (PLANO ESTRATÉGICO – PROVÍNCIA DOS JESUÍTAS DO BRASIL. 2015-2020, 2018).

Quadro 5 - Projetos estratégicos e responsáveis

PROJETOS ESTRATÉGICOS		RESPONSÁVEL
	Programa Estratégico: SAÚDE E BEM-ESTAR DOS JESUÍTAS	Delegado para a Saúde e Bem-Estar dos Jesuítas
2.2.1	Serviços para o cuidado integral aos Jesuítas	Delegado para a Saúde e Bem-Estar e Gestor
2.2.2	Sistematização e profissionalização dos serviços a partir das Residências de Saúde e Bem-Estar	Gestor da Saúde e Bem-Estar
2.2.3	Centralização da gestão da saúde junto ao Governo da Província	Gestor da Saúde e Bem-Estar

Fonte: Plano Estratégico – Província dos Jesuítas do Brasil (2015-2020, 2018).

Na segunda versão do Estatuto da Província do Brasil (BRA), publicada em 2019 e na terceira versão, publicada em 2021, consta:

§ 1º – É o responsável imediato pelas diferentes formas de conceber o cuidado com a saúde dos jesuítas que residem nas comunidades de saúde e bem-estar, em diálogo com os Superiores de cada comunidade e com o Gestor da Saúde. § 5º – Coordena a Comissão de Saúde e Bem-Estar da Província, composta pelos Superiores das comunidades de saúde e bem-estar e o Gestor da Saúde. § 6º – Tem como colaborador o Gestor da Saúde, que tem como responsabilidades: O acompanhamento técnico e profissional das comunidades de saúde e bem-estar e a assistência técnica perante os órgãos públicos, conforme orientações dos conselhos regionais da área de saúde.

1.2 Categoria de análise: estratégia de campo

Para esta categoria, tomar-se-á as imersões do Gestor da Saúde dos jesuítas do Brasil às comunidades de saúde e bem-estar de São Leopoldo/RS, São Paulo/SP, Belo Horizonte/MG e Fortaleza/CA de forma temporal.

- Imersões na Residência de Saúde e Bem-estar São José/RS

“Prima pela manutenção da autonomia e da qualidade de vida. Suas dependências possibilitam estimular o idoso a desempenhar suas funções cotidianas, mantendo sua independência, dentro de seu contexto de vida. Com a nova reconfiguração, novos profissionais foram sendo incorporados. Percebeu-se que a assistência oferecida, deveria ser holística, ou seja, integral, buscando não separar o cuidado por partes. Em cada mês nos reunimos para refletir condutas que proporcionam qualidade de vida aos nossos idosos. Também fazem parte da equipe o superior e o ministro. Outro ponto que está sendo novo e que veio com o intuito de agregar na qualidade de vida dos nossos Jesuítas é a presença dos estagiários da área da saúde da UNISINOS: psicologia, enfermagem, nutrição e fisioterapia. A infraestrutura da Instituição passou por grandes reformas, seguindo a rigor a legislação. Toda a lavanderia foi adaptada e reformada, também o refeitório e a cozinha. Uma sala para fisioterapia, com aparelhos sofisticados e práticos no uso. No posto de enfermagem, todos os Jesuítas internos e externos têm seu prontuário com suas evoluções clínicas. A sala de televisão foi adaptada para cinema, com um grande televisor e som. Todos os quartos têm ar-condicionado, acesso à internet, televisão e telefone. Nos corredores e quartos, melhorou-se a iluminação e novos quadros de parede. Outra realidade, buscando preservar a privacidade de cada Jesuíta, uma sala também se faz necessário, poderíamos chamar de um consultório interdisciplinar. Hoje a casa conta com um software, ou seja, um prontuário eletrônico. A proposta é informatizar as informações clínicas, já pensando numa dimensão nacional. Contamos com um prontuário para os Jesuítas internos e outro para os externos. Todas as mudanças e adaptações visam o futuro dos nossos companheiros, seguindo a legislação e o bem-estar. Temos o grande desafio de desmistificar o que são realmente as Casas de Saúde. Fazer desse espaço um espaço de prazer e lazer e não um ponto final de um jesuíta” (BONICOSKI, 2015).

- Imersões na Residência de Saúde e Bem-estar Nossa Senhora da Estrada/SP

“Ausência do profissional de nutrição que orienta uma dieta de acordo com a situação de saúde de cada idoso. Adquirir prontuário eletrônico para registros clínicos que atualmente é realizado em caderno. Possibilitar um espaço para cuidados terminais, proporcionar mais passeios e atividade lúdica aos idosos” (BONICOSKI, 2015, v. 1).

“A residência não segue um modelo profissional de casa de saúde e bem-estar, mas encarece mais, com ausência de processo e profissionalização nos setores de serviços. A empresa Home Care que atende os idosos atualmente, ultrapassa o valor de uma equipe assistencial completa dentro de um modelo de saúde e bem-estar. Na cozinha não se seguem turnos de trabalho que contemplem o café, almoço e o jantar. Sugiro um profissional de nutrição que oriente uma dieta de acordo com a situação de saúde de cada idoso. O profissional educador físico não segue uma sistematização de atendimento, percebe-se pouca adesão. Falta atividade lúdica para os idosos. Possibilitar um espaço para cuidados terminais. Proporcionar passeios aos idosos. O gestor, juntamente com sua assessoria, realizará o processo seletivo para técnicos de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta e médico para a residência” (BONICOSKI, 2016, v. 2).

“Conversa e avaliação sobre as tratativas de trabalho acordadas com o profissional enfermeiro do serviço, partilhou elementos de sua experiência de trabalho, relatando satisfação e alegria de trabalhar conosco. Solicitamos o zelo com os registros dos momentos de educação permanente, atuando preferencialmente com a escrita em livro ata. Outros processos operacionais, como o agendamento e acompanhamento dos jesuítas em acolhimento noturno às consultas e cirurgias, com comunicação de eventos ao Núcleo de Gestão da Saúde BRA, a evolução das condutas assistenciais no prontuário, a realização da prescrição de enfermagem, a organização das escalas de férias dos colaboradores sob sua subordinação, e a proposição da diversificação das atividades terapêuticas, foram elementos conduzidos e contratados. Proposta de atividades de terapia ocupacional para os residentes, além de repensar a ambiência, com a destinação de espaço para posto de enfermagem, consultório interdisciplinar e cuidados paliativos” (BONICOSKI, 2016, v. 3).

“Na agenda com o profissional de administração, refletiu-se o orçamento conforme o Planejamento Estratégico da Saúde BRA para ano 2016 e 2017, incluindo as adequações da ambiência da residência e os recursos de tecnologia para integração terapêutica pela ferramenta de telessaúde adquirida pela Província. Conduziu-se reunião com o profissional enfermeiro, resgatando-se as tratativas da última imersão, identificando-se boas repercussões de qualificação assistencial. No entanto, operacionalmente se percebem resistências à adaptação à mudança na atuação, alegando que a administração não colabora com suas necessidades. Identificada a situação de inflexão entre os colaboradores, procedeu-se reunião conjunta, com o profissional enfermeiro e o profissional de administração, ocasião em que muitas observações foram trazidas, incluindo a necessidade de melhora da comunicação entre os profissionais e de correções operacionais. Outros pontos operacionais de maior evidência para a promoção de intervenções imediatas foram a dificuldade operacional com o relógio-ponto; técnicos de enfermagem passaram a fazer turnos de 12hx36h, facilitando a elaboração da escala de trabalho pelo profissional enfermeiro; o profissional enfermeiro passará semanalmente o relatório de programação para o assistente da residência, administração e gestor da saúde da BRA; compor plano de contingência para a não ocorrência de saída dos técnicos de enfermagem em acompanhamento dos jesuítas fora do turno de trabalho, considerando o impacto negativo no orçamento pela geração de horas extras e rever a possibilidade de a residência contar com um motorista para as saídas com os jesuítas. O profissional de administração, juntamente com o profissional enfermeiro e o assistente da residência, avaliam como positiva a presença dos profissionais da fisioterapia, educação física e fonoaudiologia no serviço. Busca-se por um médico que atenda os jesuítas semanalmente na residência. Com a nova reconfiguração da residência, pensa-se na atuação do profissional nutricionista” (BONICOSKI, 2016, v. 4).

“No encontro com o profissional médico, identificou-se o não registro das condutas assistenciais, oriento que evolua no PEP. Ocorreu também reunião para avaliação das tratativas de trabalho acordadas com o profissional enfermeiro, onde se solicitou o zelo com os registros dos momentos de educação permanente em livro ata; evolução das condutas assistenciais no PEP; realização da prescrição de enfermagem; organização

das escalas de férias dos colaboradores sob sua subordinação e a proposição da diversificação das atividades terapêuticas. Conduziu-se reunião com o profissional administrador em conjunto com o assistente, onde foram listados alguns pontos operacionais de maior evidência para a promoção de intervenções imediatas, sendo elas: volume de e-mails que o profissional enfermeiro submete à gestão da saúde da BRA, sobrepondo a gestão local. Julgou-se não ter o perfil para continuar na residência. A Gestão Nacional da Saúde BRA está estudando a melhor forma de suprir esta lacuna. Promover Educação Permanente com registro em ata. Fixação e qualificação das rotinas de trabalho da enfermagem. Negociar com laboratórios para que as coletas de exames sejam feitas na residência, evitando deslocamento dos pacientes. Percebe-se que há muitos profissionais técnicos de enfermagem para poucos jesuítas dependentes, pode-se diminuir o número de profissionais e contratar mais cuidadores de idosos, o que não onera tanto a folha. Compor plano de contingência para a não ocorrência de saídas excessivas do profissional enfermeiro em acompanhamento aos jesuítas em consultas externas. Atuação positiva e boa aceitação do médico na residência. Alguns espaços na residência começam a ganhar novas formas e em boa evolução. Após cada residência receber o Regimento Interno da Residência de Saúde e Bem-estar São José, estas também estão convidadas a fazerem o seu regimento. O gestor orienta que sejam realizados três orçamentos para a compra de equipamentos para os futuros espaços que estão sendo adaptados na residência” (BONICOSKI, 2017, v. 5).

“Pensarmos em um homem para a limpeza e serviços de higienização. Quanto à guarita, recepção e segurança, optou-se que ficará apenas a guarita terceirizada. Os portões, durante as missas nos dias de feira, por uma questão de segurança, deveriam permanecer fechados. Empresa terceirizada ofertará a cuidadores de idosos, enfermeiro e fisioterapeuta a comunidade de saúde e bem-estar. Evitar encontros na área interna da comunidade e usar o salão externo para catequese, encontros e reuniões. Necessidades abordadas foram a compra de 02 camas para o espaço dos cuidados intermediários. Estudo para colocar câmeras em pontos estratégicos e alarme nos apartamentos. Aponta-se também a necessidade de uma pia para lavar as mãos no refeitório da residência. Como proposta de bem-estar, sugere-se que tenha alguns passeios, que as tarde do chá continuem, promover alguma tarde de cinema, acesso à tecnologia e tarde de estudos” (BONICOSKI, 2017, v. 6).

- **Imersões na Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH**

“Um aparelho, chamado de guincho, que auxilia a colocar e retirar os idosos do leito, está parado no corredor. Este tipo de aparelho ajuda a prevenir os colaboradores de lesões lombares. A escala de serviço o profissional enfermeiro que deveria fazer, isto lhe dá autonomia e organização nas tarefas diárias. O profissional de fonoaudiologia poderia ter um quadro branco para realização das suas atividades. Sugiro que os registros em cartão ponto deveria ser em outro local, de preferência em local visível na casa. Facilitar o processo de devolução das roupas aos idosos, uma vez que as lavadeiras precisam subir escada e levar as roupas nos braços. As camas são estreitas e de grades baixas, o que não oferece segurança ao idoso. A casa com histórico de muitas quedas. Na sala de fisioterapia poderia ter mais aparelhos e melhorar a estética. Supervisionar os colaboradores no uso dos equipamentos de proteção individual. Rever a questão da insalubridade no setor de cozinha/copa, referida pelas colaboradoras. Incentivar que os cuidadores de idosos, recebam também a passagem de plantão. Falta processo seletivo para recrutamento de futuros colaboradores. O profissional enfermeiro precisará adquirir mais personalidade e liderança. A casa precisa ainda criar um espírito de equipe na assistência aos idosos. Os colaboradores não recebem educação permanente em serviço. Falta o profissional de nutrição que oriente uma dieta de acordo com a situação de saúde de cada idosos e atividades lúdicas como passeios etc. Adquirir prontuário eletrônico para registros clínicos, que atualmente é realizado em caderno (BONICOSKI, 2015, v. 1).

“Encontro com o assistente, profissional enfermeiro e auxiliar administrativo. Apresentou-se as mudanças na infraestrutura, na área administrativa e de enfermagem e expôs-se o orçamento de investimentos para a residência. Apresentou-se a Estratégia Saúde e Bem-Estar da Província BRA com seus devidos desdobramentos. Abordado o fazer do profissional enfermeiro dentro da residência, liderança de equipe e abordagem humanizada na assistência aos jesuítas. Com o profissional fisioterapia reviu-se a carga horária e salário. Com o atual cenário da residência, com muitos acamados e dependentes, faz-se necessário que este profissional tenha mais tempo, para abordar a cada um em suas especificidades. Referente ao profissional de fonoaudiologia, apresentou seu fazer dentro da residência e aguarda o porvir da saúde BRA. Esta profissional, em conjunto com a psicóloga, poderá contribuir muito no que tange às atividades lúdicas na residência. A proposta da presença do profissional psicólogo é de apoio psicológico aos jesuítas” (BONICOSKI, 2016, v. 2).

“Com o profissional médico do serviço foi ressaltada a importância de promover a diversificação das atividades terapêuticas com os residentes e canais de acolhida e comunicação na chegada de um Jesuíta para tratamento. No entendimento do profissional médico não há necessidade dos profissionais fonoaudiólogo e nutricionista, integrando a equipe interdisciplinar. Com o profissional enfermeiro, orientou-se o empreendimento das ações iniciais de condução dos planos terapêuticos singulares a partir de uma visão ampliada do serviço. Solicitou-se também o zelo com os registros dos momentos de educação permanente com a escrita em livro ata. A evolução das condutas assistenciais no PEP, realização da prescrição de enfermagem, organização das escalas de férias dos colaboradores sob sua subordinação e a proposição da diversificação das atividades terapêuticas foram elementos conduzidos e contratados. Com o profissional fisioterapeuta, discutiu-se o perfil do profissional, o impacto terapêutico das atividades desenvolvidas após o aumento da carga horária, situação que gerou a manifestação de satisfação e felicidade com o apoio que recebe. O incremento no total de horas do profissional fisioterapeuta, com subsequente acréscimo de capacidade instalada de atendimento, em dimensionamento que atende às necessidades do serviço, parece estar acompanhado de avaliação positiva, tanto dos jesuítas, quanto da equipe interdisciplinar. Acordou-se que a referência para intercorrências com os Jesuítas em acolhimento noturno, serão conduzidas pelo profissional enfermeiro, mantendo ciente o assistente da residência. Discutiu-se sobre os protocolos imunológicos que devem ser inseridos neste serviço. Sugeriu-se a manutenção dos encontros interdisciplinares mensais, incluindo a participação do profissional médico, de pelo menos um técnico de enfermagem e de um cuidador” (BONICOSKI, 2016, v. 3).

“Com a equipe interdisciplinar e o assistente da residência, iniciou-se estudo para qualificação da ambiência da sala de fisioterapia e fonoaudiologia, incluindo sugestão de novos equipamentos que proporcionem incremento dos recursos técnicos para promoção de qualidade de vida aos jesuítas. A Estratégia de Saúde e Bem-Estar da Província vai também ao encontro dos nossos colaboradores, pois entendemos que tendo um colaborador satisfeito e saudável, este prestará melhor serviço aos jesuítas” (BONICOSKI, 2016, v. 4).

“Conversa e avaliação sobre as tratativas de trabalho feitas em visita anterior com o profissional enfermeiro, que realiza o agendamento das consultas e seleciona o profissional para acompanhar o Jesuíta até a clínica ou consultório. Orientado a capacitar os técnicos de enfermagem para a realização de coleta de sangue. No encontro com o profissional médico, foi discutida a possibilidade de autogestão. Ele refere que a proposta trazida pela gestão da saúde BRA é totalmente viável, conforme suas experiências. Com o profissional fisioterapeuta e fonoaudiólogo, discutiu-se o plano terapêutico singular de cada residente atendido por estas especialidades. Abordada também a realização da agenda de trabalho em conjunto com o profissional enfermeiro e médico. O enfoque de trabalho dessas especialidades abrange atividades voltadas para a reabilitação e para o bem-estar. Percebe-se uma boa adesão dos residentes quanto a essas atividades. O profissional fonoaudiólogo fará capacitações para os técnicos de

enfermagem e cuidadores. Concluiu-se o manual de fonoaudiologia para a residência e a aplicação do mesmo entre os profissionais. Quanto aos medicamentos, os que estiverem com valor melhor do que a tabela da distribuidora, serão adquiridos pela Residência e o restante será encaminhado conforme estratégia da saúde da Província (BONICOSKI, 2017, v. 5).

"Conduziu-se à reunião com o novo superior da residência, compartilhou suas percepções. Constata-se um quadro de 30 colaboradores para 15 jesuítas, destes jesuítas apenas 04 precisam de cuidados totais pela equipe de enfermagem. Levando em consideração o número de jesuítas para a quantidade de colaboradores, faz necessário readequar essa quantidade, uma vez que vem impactando financeiramente na folha mensal. A proposta é deixar uma equipe no modelo já seguido nas demais comunidades de saúde e bem-estar da Província com atuação interdisciplinar e com bons resultados. Para que isso aconteça, as mudanças apontadas são necessárias e urgentes" (BONICOSKI; LACERDA, 2022, v. 6).

- **Imersões na Residência de Saúde e Bem-estar São Luiz Gonzaga/CE**

"Orienta-se um relógio ponto, pois não há controle nos registros ponto e nas atividades do dia a dia. Os registros são feitos em folha avulsa de papel. Melhorar o acesso à piscina para os cadeirantes. A casa caminha por um caráter doméstico no seu funcionamento. Os colaboradores não recebem educação permanente. A necessidade de ter um profissional enfermeiro, pois quem é o responsável pela equipe de enfermagem é um técnico de enfermagem. Rever a insalubridade de alguns colaboradores. Adquiriu-se algumas poltronas confortáveis nas salas de televisão e prontuário eletrônico para registros clínicos, que atualmente é realizado em caderno. Falta o profissional de nutrição que oriente uma dieta de acordo com a situação de saúde de cada idoso e atividades lúdicas. Projetar orçamento que possa contemplar ar-condicionado nos quartos e nas salas de televisão. Otimizar o espaço da horta como lazer. A compra e o controle das medicações são feitos por um jesuíta idoso, estas muitas vezes faltam ou vencem. Não há processo seletivo de efetivação de novos colaboradores. Possibilitar um espaço para cuidados terminais e proporcionar mais passeios aos idosos" (BONICOSKI, 2015, v. 1).

"Realização do processo seletivo para o profissional enfermeiro e médico. Realizado contato com o RH da mantenedora, pedindo orientações da instalação do relógio ponto para os colaboradores da residência e orientações para contratação de novos profissionais" (BONICOSKI, 2016, v. 2).

"Retomados pontos das conversas anteriores e avaliação sobre as tratativas de trabalho acordadas com profissional enfermeiro, que partilhou elementos de sua experiência no trabalho, relatando satisfação e alegria. Solicitou-se o zelo com os registros dos momentos de educação permanente, atuando preferencialmente com a escrita em livro ata. A evolução das condutas assistenciais no PEP, a realização da prescrição de enfermagem, a organização das escalas de férias dos colaboradores sob sua subordinação e a proposição da diversificação das atividades terapêuticas. Foi perceptível os relatos de satisfação com a atuação da equipe interdisciplinar por parte dos usuários, sendo pontos de destaque a observação do sentimento de segurança e da condução profissional das rotinas da residência. Recomendou-se que todos os deslocamentos sejam conduzidos com veículo institucional ou na indisponibilidade deste, por transporte comercial. Contato com RH da mantenedora, pedindo orientações quanto à instalação do relógio-ponto no serviço" (BONICOSKI, 2016, v. 3).

"Conversa e avaliação sobre as tratativas de trabalho acordadas anteriormente com os profissionais enfermeiro, médico e fisioterapeuta com a presença do assistente da residência e suas percepções sobre suas respectivas atribuições e inserções no cuidado aos jesuítas na residência. Ficou acordado que o profissional enfermeiro será referência

assistencial. Encontro exclusivo com o profissional enfermeiro para avaliar os pontos que foram acordados na última imersão, observando-se como positivos os movimentos na direção do alinhamento processual com a Estratégia de Saúde e Bem-Estar. Necessário transigir maiores espaços de autonomia e concessão para que a equipe interdisciplinar conduza suas atividades assistenciais, sem a interferência do superior religioso local. Reuniu-se com os técnicos de enfermagem, apresentando a Estratégia de Saúde e Bem-Estar, momentos estes de ouvir suas expectativas e inspirarmos o horizonte de qualificação do cuidado. Discussões para alcance dos colaboradores por plano de saúde, ampliando-se com isto os recursos de investimento social e humano, com estratégias de retenção de profissionais qualificados. Falta do profissional de nutrição para acompanhar o cardápio da cozinha, a ausência de gerenciamento nos setores da limpeza, lavanderia e cozinha e no atendimento da portaria. Contato junto ao RH da mantenedora, pedindo orientações quanto à instalação do relógio-ponto no serviço” (BONICOSKI, 2016, v. 4).

De acordo com os relatos, percebe-se uma temporalidade no processo. Importante salientar que a Comunidade de Saúde e Bem-estar de São Leopoldo/RS estava mais estruturada de acordo com o modelo de gestão proposto por meio da estratégia de saúde e bem-estar. Um fator que colaborou foi pelo fato de o gestor ser o responsável imediato pela assistência neste local. Na Residência de Saúde e Bem-estar Nossa Senhora da Estrada/SP, foram vários os movimentos que percorreram cada etapa. Em 2015 esta comunidade não era considerada uma comunidade de saúde e bem-estar, mas sim uma comunidade em missão com muitos idosos jesuítas. Na primeira imersão do gestor, constatou-se algumas situações que oneravam a casa. Tinha-se contrato com uma empresa *home care* que prestava o serviço, e o valor que se pagava ultrapassava o que se paga por uma equipe completa de uma comunidade de saúde e bem-estar. Por meio desta e outras observações, iniciou-se o processo de transição da comunidade. O processo seletivo dos profissionais foi realizado pelo gestor e seu assessor na sede da mantenedora, auxiliado pelo RH local. A formação da equipe assistencial, seguia a mesma proposta que já havia na comunidade de saúde e bem-estar de São Leopoldo/RS. Para chegar a equipe que há atualmente, foi necessário reconfigurá-la por três vezes.

Quanto à Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH, foram várias imersões em prol da implantação da estratégia de saúde e bem-estar. Encontrou-se muita resistência dos profissionais e do superior jesuíta local, fazendo com que alguma parte da estratégia andasse e outra não. Por fim, na Residência de Saúde e Bem-estar São Luiz Gonzaga/CE, iniciou-se as imersões com a proposta de formação de uma equipe assistencial, tendo como modelo a estrutura de equipe que se segue na Comunidade de Saúde e Bem-estar de São Leopoldo/RS. Foi

realizado processo seletivo para médico e enfermeiro. Atualmente a equipe assistencial é composta por uma enfermeira, médico, fisioterapeuta, administrador e técnicos de enfermagem. Para chegar nesta estrutura atual, foram necessárias duas reconfigurações de equipe.

Abaixo seguem algumas das publicações que foram sendo realizadas de acordo com que a Estratégia de Saúde e Bem-Estar, foi sendo implantada.

“As Residências de Saúde e Bem-Estar são serviços pensados para a acolhida, o conforto e a oferta de ações para o bem viver e o bem envelhecer. Assim, a Estratégia de Saúde e Bem-estar da Província BRA, juntamente com a Gestão Nacional da Saúde BRA, tem pensado e reestruturado os serviços para acompanhar a todos os jesuítas a caminho do bem envelhecer, atuando como recurso para a maior permanência em missão e no viver comunitário. Ações podem ser vistas na Residência de Saúde e Bem-Estar São José em São Leopoldo/RS, com a inserção dos estagiários dos cursos de enfermagem psicologia e fisioterapia, permitindo o convívio comunitário, as trocas intergeracionais e os laços que definem a missão contínua de evangelização pelo servir. Outra ação terapêutica foi a inserção social no Vale dos Vinhedos, onde os jesuítas puderam compartilhar momentos e refletir estratégias de bem viver. Em Fortaleza, foi-se iniciada as movimentações para a consolidação do modelo de cuidados na direção que almejamos, começando as atividades uma nova enfermeira, e em breve, um médico. São exemplos das pequenas e iniciais ações que têm transformado os serviços para melhor atender os jesuítas ao longo de toda sua vida” (BONICOSKI, 2016).

“A materialização da Estratégia de Saúde e Bem-estar da Província dos Jesuítas do Brasil passa pela articulação, organização e funcionamento colaborativo das Residências de Saúde e Bem-estar. Em Fortaleza, boas devolutivas teve-se da atuação da equipe interdisciplinar, com evidentes avanços para o cuidado seguro e profissionalizado aos Jesuítas. Nas terras mineiras, a equipe interdisciplinar propicia aos jesuítas zelo e dedicação, podendo ser discutido com os profissionais médico, fonoaudiólogo, enfermeiro e fisioterapeuta aspectos da rotina de cuidados que impactam na satisfação dos Jesuítas e maior alcance de resultados com os atendimentos” (BONICOSKI, 2016).

“Construção de um cuidado mais qualificado e profissional aos Jesuítas da Província. O reflexo desse esforço pode ser descrito na construção do novo Projeto Técnico Assistencial da Residência de Saúde e Bem-estar São José. Têm-se organizado as atividades nas Residências de Saúde e Bem-estar São Luís Gonzaga de Fortaleza e Irmão Luciano Brandão de Belo Horizonte, promovendo discussões sobre a promoção do envelhecimento saudável e de qualidade de vida aos nossos. A Residência Nossa Senhora da Estrada de São Paulo, também tem recebido atenção para a qualificação dos seus serviços. Já se começam a colher os primeiros frutos com a obtenção do Alvará Sanitário à Residência de Saúde e Bem-estar São José” (BONICOSKI, 2016).

Em São Paulo, reuniu-se com o governo o gestor e o assessor para apresentação da estratégia de Saúde e Bem-Estar:

“A Estratégia de Saúde e Bem-Estar se dará por meio da sistematização e profissionalização do cuidado aos Jesuítas da Província. Preservação do corpo da Companhia de Jesus apto à permanência em missão. Acolhida para o envelhecimento saudável. Planejamento Estratégico 2016-2018. Evolução da Gestão da Saúde (2015-

2017). *Estrutura das Residências de Saúde e Bem-Estar. Orçamentos 2017*” (BONICOSKI; FLORES, 2016).

Elaborou-se e implantou-se documentos de uso interno. O objetivo desses documentos é orientar e sistematizar os processos da rotina do cuidado aos jesuítas.

“Programa de desenvolvimento de colaboradores; aplicação de diagnóstico situacional; elaboração do formulário para coleta de informações de saúde; instruções e procedimentos que ajudam a acolher o jesuíta que vem morar nas comunidades de saúde e bem-estar; instrumento para processo seletivo; ações para o alinhamento de processos assistenciais e a integração da comunicação e prontuários; política educação permanente em serviço de saúde; procedimentos operacionais técnicos; política de permanência noturna; regimento interno; projeto técnico assistencial; adoção de metas operacionais para as atividades dos colaboradores; indicadores e protocolos assistenciais (BONICOSKI, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

Em 2015, iniciou-se as tratativas para a confecção e adoção de um prontuário eletrônico. Abaixo segue um recorte da carta enviada ao gestor da empresa *STERIS Corporation* – soluções em telemedicina:

“Utiliza-se a presente carta para convidar o senhor para uma visita institucional de benchmark e discussão sobre o desenvolvimento de soluções para a qualificação do monitoramento, do registro eletrônico (prontuário) e do compartilhamento de informações clínicas pessoais por canais seguros e protegidos. Entende-se como promissora e bem-vinda sua presença em nossa casa para discussão, compartilhando sua visão gerencial e assistencial em serviços de longa permanência e cuidados paliativos” (PEREIRA JUNIOR, 2015).

No ano de 2016, na sede da gestão da saúde BRA em Porto Alegre, teve a apresentação da proposta técnica e comercial em solução de telemedicina da empresa *BRHOMED* para o núcleo da gestão saúde BRA e ao governo dos jesuítas.

“A BRHOMED é uma empresa brasileira fundada em 2012 com objetivo de oferecer ao mercado Brasileiro soluções inovadoras na área da saúde que permitam a adoção de novos modelos de entrega de serviços de saúde, com objetivo de racionalizar o uso dos recursos e entregar serviços assistenciais de melhor qualidade em todo o território nacional. Este documento tem por objetivo apresentar a proposta técnica e comercial para implementação de uma rede de telemedicina para Saúde BRA. A BRHOMED está propondo a implementação de uma das melhores e mais difundidas soluções de telemedicina disponíveis no mundo - “Medweb”. A solução proposta abrange o provimento de software (Medweb Collage, Medweb Smart Consult e Medweb PACS/Tele-radiology) e equipamentos, bem como todos os serviços relacionados a implantação e manutenção da solução” (DIPP, 2016).

Após a apresentação da proposta técnica da empresa BRHOMED, o núcleo da gestão saúde BRA deu o seu parecer técnico para o governo dos jesuítas do Brasil.

“A conectividade entre os serviços, oportunizando desde já o monitoramento, controle, avaliação e qualificação do cuidado efetuado nas Residências de Saúde e Bem-estar, sugerimos a implantação concomitante nos quatro serviços. Com esta medida, pode-se otimizar os treinamentos de implantação, qualificando as trocas entre os profissionais do apoio matricial especializado, além da presença do gestor em todas as tarefas das residências do Brasil. Ainda, pensamos que se possa avançar na avaliação do acesso em outros pontos, com uma tecnologia mais simples de hardware, alcançando os jesuítas mais isolados, seguindo as diretrizes do nosso Planejamento Estratégico. Por todos estes pontos, acreditamos que seja possível conduzir a implantação de forma linear nas Residências de Saúde e Bem-estar, alcançando patamares adequados de qualidade assistencial” (BONICOSKI; FLORES; CHAGAS, 2016).

Diante desse parecer técnico, iniciou-se as tratativas de aquisição do prontuário eletrônico junto com a empresa. Aos poucos a proposta de telessaúde, termo adaptado pela gestão da saúde que melhor se comunica com a estratégia de saúde e bem-estar, foi sendo sensibilizada entre os jesuítas e colaboradores, conforme publicação do gestor abaixo.

“A construção dos nossos laços para a saúde, tomando em conta as diversidades regionais e culturais, assim como os recursos médicos, sanitários e de cuidado, com a recente organização operacional das Residências de Saúde e Bem-Estar e a preparação dos recursos de interligação das informações em saúde, por meio da telessaúde, poderemos atuar de forma sinérgica para o cuidado. As tecnologias em telessaúde, que começam a ser implantadas pela Estratégia de Saúde e Bem-Estar, irão ampliar as possibilidades de cuidado, trazendo benefícios para os Jesuítas, os profissionais e as instituições, especialmente no provimento de qualidade e acesso. A chegada do sistema de telessaúde a partir das Residências e Saúde e Bem-Estar, apoiando a integração entre as equipes interdisciplinares e a normalização das informações do Prontuário Eletrônico” (BONICOSKI, 2016).

Importante salientar que a primeira versão do prontuário eletrônico, foi em solução de telemedicina, solução esta que não atendeu às necessidades das comunidades de saúde e bem-estar, causando resistência na adesão por alguns profissionais e jesuítas. Uma nova negociação com a empresa foi necessária, buscando customizar o prontuário eletrônico. Essa customização foi realizada em conjunto com os colaboradores e jesuítas, deixando o prontuário dentro de um escopo de telessaúde. Nesse processo, contribuíram as ferramentas de design estratégico, conforme estudo realizado por Bonicoski em 2017. Uma vez a solução disponibilizada, novamente foi sensibilizada entre os jesuítas, profissionais e

orientado o passo a passo de como acessar, o que registrar no prontuário eletrônico, denominado WIPPE.

“Prontuário Eletrônico “WIPPE”, permite gerar periodicamente relatório de acompanhamento das consultas internas/externas, escalas, evoluções dos profissionais, internações, exames, lesão por pressão, medicações em uso, procedimentos, quedas, vacinas e médico de referência e local” (BONICOSKI, 2017).

“Aquisição e implantação do Sistema de Telessaúde com direcionamento assistencial. Assinatura com a empresa BRHOMED para implantação de solução desenvolvida, disponível a partir de outubro de 2016 nas Residências de Saúde e Bem-Estar” (BONICOSKI, 2017).

Em reunião com o governo, na sede da saúde em Porto Alegre, o núcleo da gestão abordou os seguintes pontos:

“Realinhamento da Estratégia de Saúde e Bem-estar da Província, iniciada em 2015, onde apresentou-se três cenários. Foi acordado num primeiro momento com a Administração da Província, buscarmos outra possibilidade de plano de saúde. O Gestor também pontuou resistências na implantação da Estratégia de Saúde e Bem-estar da Província nas Residências de Saúde e Bem-estar, sendo uma das principais resistências alguns dos Assistentes, que julgam equivocadamente que a ferramenta de telessaúde distancia o profissional do cuidado ao Jesuíta, propiciando boicote desses profissionais a estratégia que se valem da autoridade local para justificar esta conduta inadequada. Necessita-se nas Residências de Saúde e Bem-estar, ponte da estratégia de saúde dos jesuítas para estes e o corpo técnico dos colaboradores. A Gestão da Saúde BRA, apresentou três possíveis cenários para o futuro das RESABEM: 1) manutenção do planejamento estratégico atual; 2) ajuste no Planejamento Estratégico para redução das atividades operacionais a ações de apoio; 3) modelo misto, com redução nos profissionais de maior custo, mas manutenção de serviços de enfermagem, com supervisão compartilhada com rede externa. Diante dos três cenários apresentados, optou-se por modelo híbrido entre a segunda proposta e a terceira, com desmobilização da estrutura atual, revertendo-se oficialmente as Residências de Saúde e Bem-estar à condição de residencial, com amparo de cuidadores e sistematização de redes de cuidado eletivo e retaguardas de urgência e emergência, para situações críticas e de agudização” (BONICOSKI; FLORES; LACERDA, 2017).

1.3 Categoria de análise: estratégia de manutenção

Dentro dessa estratégia se abordará a sustentabilidade econômica, autogestão, a compra em escala de medicações e avaliação dos indicadores. Na sede da saúde BRA em Porto Alegre, reuniu-se com o governo o gestor, assessor, consultor e o gerente da saúde BRA para alinhamento estratégico. O núcleo de gestão da saúde BRA, após um período de reflexão e alinhamentos com o governo, elaboraram as justificativas para a composição do orçamento e dos aditivos para a Saúde BRA no exercício de 2016.

“Composição do orçamento 2016 para a Saúde BRA parte da premissa que os investimentos e operações das Residências Jesuítas de Saúde e Bem-estar serão apropriados, neste primeiro momento, na estrutura de custos dos próprios serviços. Desse modo, compôs o orçamento da Saúde BRA aqueles investimentos que abrangem o conjunto das Residências, implicando a qualificação da gestão, do monitoramento, do controle e da avaliação da assistência à saúde na Província BRA. Planejar os investimentos necessários à implantação do Projeto das Residências Jesuítas de Saúde e Bem-estar a partir das diretrizes do planejamento da Saúde BRA. Ajustar as projeções orçamentárias realizadas localmente nas Residências Jesuítas de Saúde e Bem-estar a partir de parâmetros técnicos nacionais, com vistas à racionalização das ações da Saúde BRA” (BONICOSKI et al., 2015).

Na reunião com o governo, o gestor, assessor e o consultor propuseram como pauta a discussão da proposta para a saúde da Província BRA. Entre os pontos abordados, foram:

“Rever o plano com operadoras de saúde nas regiões onde se encontram as Casas de Saúde, facilitando o processo de gestão. O gestor sugeriu adquirir o prontuário eletrônico para todas as casas de saúde, facilitando a gestão dos dados clínicos, alertando que onde há serviços de enfermagem é obrigatório ter um enfermeiro responsável, segundo Conselho Federal de Enfermagem. Diante da situação apresentada, se propõe a contratação imediata de enfermeiro para a casa de saúde de Fortaleza. A administração BRA orienta a contratação para janeiro de 2016 do referido profissional. As residências de saúde e bem-estar, algumas mais equipadas e outras menos, todas possuem bom preparo profissional. Algumas questões a serem discutidas e adequadas em curto prazo, pois poderíamos assim evitar muitas internações, baixando o custo efetivamente da saúde na Província, revendo, por exemplo, o mobiliário, os equipamentos de monitorização, a compra de medicamentos e outros” (BONICOSKI; FLORES; CHAGAS, 2015).

Na sede da saúde BRA em Porto Alegre, reuniu-se com o governo o núcleo da gestão saúde BRA para propor a construção do planejamento estratégico saúde BRA 2016-2020:

“Conjunto de diretrizes definidas pela Província dos Jesuítas do Brasil, para os períodos entre 2016-2017 e 2016-2020 para a Saúde BRA, para as ações junto às Residências de Saúde e Bem-estar, assegurando que os resultados alcançados se assemelham com as expectativas, necessidades e demandas da Companhia de Jesus. Eixos do planejamento: A construção de um modelo assistencial direcionado para a promoção de qualidade de vida, prevenção de agravos e a recuperação em serviço de base comunitária, preferencialmente; a racionalização dos custos operacionais das Residências de Saúde e Bem-estar; a ampliação das ações de gestão, governança e controle da Saúde BRA a todas as Residências de Saúde e Bem-estar e a adequação jurídico-normativa e médico-assistencial do cuidado realizado nas Residências de Saúde e Bem-estar. Inserção Estratégica Biênio 2016-2017. Visão de futuro Biênio 2016-2020” (BONICOSKI et al., 2016).

O gestor, juntamente com o assessor por meio de comunicação interna a todos os jesuítas da Província, destacam:

“A realização do Mapa Assistencial dos Jesuítas da Plataforma Sul II, trabalho que tem como objetivo uma oferta mais ampla e qualificada de cuidado, a busca de maior economicidade para futuramente realizar compras em escala, ter o melhor com menos, visando à sustentabilidade” (BONICOSKI; FLORES, 2016). “A Estratégia de Saúde e Bem-estar tem avançado na coleta de informações para o cuidado aos jesuítas, com dados sobre os planos de saúde (operadoras), permitindo a reflexão sobre a melhor qualificação para o cuidado, ainda mais em cenários de instabilidade e incerteza. Anteciparmos cenários futuros, utilizando informações sobre o mercado da saúde, trazidas pelos jesuítas e coletadas juntos às operadoras, para que no futuro se construa um painel amplo que conduza à melhor tomada de decisão” (BONICOSKI, 2016).

Em Porto Alegre, na sede da saúde BRA, reuniu-se com o governo o núcleo da gestão saúde BRA, para propor o realinhamento da Estratégia de Saúde e Bem-estar da Província, iniciada em 2015. Alguns pontos destacados:

“O Provincial relata a dificuldade que os jesuítas encontram em algumas regiões do Brasil na utilização do plano de saúde. Foi acordado num primeiro momento com a administração da Província, buscarmos outra possibilidade de plano de saúde. A médio prazo, o assessor da saúde dos jesuítas junto com o gestor, sugeriram que nas quatro Residências de Saúde e Bem-estar, se construísse serviços no modelo de autogestão, seguindo o piloto realizado em São Leopoldo, que montou rede de parceiros para realização de exames de imagem e laboratorial com redução no custo de 50% e 40%, respectivamente, e a compra de medicações e insumos, com decréscimo entre 45% e 50%. Reflexões desta reunião, trarão também redução de custos hospitalares e com especialistas externos, através da estruturação de nossa rede referenciada. Outro ponto abordado pelo assessor, foi que cada Residência de Saúde e Bem-estar faça por meio da gestão, sua rede de especialistas e hospitais credenciados” (BONICOSKI et al., 2017).

Em outras ocasiões o núcleo de gestão saúde BRA, reuniu-se com o governo para apresentar o estudo piloto conduzido na Comunidade de Saúde e Bem-estar São José na modalidade de autogestão. Desde 2016, a Província dos Jesuítas do Brasil vem fazendo a autogestão dos seus próprios recursos, desvencilhando-se da burocracia típica das operadoras de saúde.

O modelo de gestão adotado estabelece uma relação direta com os fornecedores e as entidades na compra e na contratação de serviços médicos hospitalares, por meio de negociações com hospitais, clínicas e laboratórios, o que não só otimiza o tempo de resposta para procedimentos, mas também proporciona maior satisfação e menos desgastes aos usuários.

Em São Paulo, na Assembleia dos Jesuítas do Brasil, reuniu-se jesuítas de todo o território nacional e alguns colaboradores para debaterem diversos assuntos, entre eles estava a gestão da saúde. Nesta ocasião foi apresentado os seguintes tópicos:

“Planejamento estratégico 2016-2017. Construção de um modelo assistencial. Racionalização dos custos operacionais. Ampliação das ações de gestão e governança. Regulamentação e adequação médico-assistencial. Autogestão do plano de saúde dos jesuítas da Província. Aquisição e implantação do sistema de telessaúde. Prontuário eletrônico individual com direcionamento assistencial. Assinatura com a empresa BRHomMed para implantação de solução desenvolvida, disponível a partir de outubro de 2016 nas Residências de Saúde e Bem-Estar. Sistema de autogestão. Autogerir a saúde dos jesuítas da Província sem operadoras de saúde do mercado (compra direta de serviços médico-hospitalares). Compra em escala de medicações para as quatro Residências de Saúde e Bem-Estar e residências dentro do escopo da Plataforma Sul II. Desde o ano passado a Residência de Saúde e Bem-estar São José/RS já atua no modelo de parceria com hospitais, clínicas de imagem e laboratórios de análise” (BONICOSKI; LACERDA, 2017).

Carta enviada e assinada pelo governo, aprovando o orçamento para o exercício de 2017.

“Agradecendo o empenho e a dedicação à organização do setor saúde em favor do bem-estar de todos os jesuítas da Província, agradecemos também a elaboração do orçamento do escritório e das quatro Casas de Saúde e Bem-estar para o próximo ano” (KOLLING; EIDT, 2017).

Em 2019, no encontro do orçado e realizado da Província, realizado em São Leopoldo, a gestão da saúde representada pelo Delegado, Gestor e Gerente, teve seu espaço para apresentar os seguintes pontos:

“Mudança no conceito de casas de saúde para comunidades de saúde e bem-estar. Prontuário eletrônico que sincroniza as 04 CSBE. Elaboração e implantação de indicadores e protocolos clínicos assistenciais. Compra direta de serviços médico-hospitalares (autogestão). Compra em escala de medicamentos (20 comunidades). Atuação por meio de equipes interdisciplinares. Médico da CSBE vinculado ao hospital conveniado. As CSBE são referência aos jesuítas externos. Jesuítas com mais de 01 médico de referência e com duplicidade de planos de saúde. Conscientização do jesuíta para o cuidado preventivo. O jesuíta jovem usando mais dos serviços médicos, comparado a outras faixas etárias. Aumentar o número de jesuítas que buscam as CSBE. Ampliar o rol de parceiros (hospitais, laboratórios e clínicas). Estender para mais comunidades os fornecimentos de medicamentos” (BONICOSKI; LACERDA; SMYDA, 2019).

Conforme relato, percebe-se a evolução da estratégia de saúde e bem-estar na Província. Um dos movimentos que possibilitou a compra em escala de medicações e por menor custo, foi de regulamentar uma das comunidades de saúde e bem-estar, conforme trecho:

“Já se começam a colher os primeiros frutos, sendo obtido para a Residência de Saúde e Bem-estar São José o Alvará Sanitário. Esta regularização possibilitará, entre outras condições, o cadastramento do serviço junto aos fornecedores de medicação e materiais assistenciais, possibilitando a obtenção de descontos para a aquisição, próprios para estabelecimentos de saúde” (BONICOSKI, 2016).

Em 2020 realizou-se a avaliação dos indicadores assistenciais por Projeto do Plano Estratégico da Província BRA pelo gestor, onde constatou-se:

“Projeto n.1. o atendimento médico individualizado e acompanhamento interdisciplinar acontece de forma satisfatória. Quanto aos procedimentos, cuidados de enfermagem, rotinas de enfermagem para apoio às atividades da vida diária, nas quatro comunidades é satisfatório. Algumas comunidades evoluíram mais e outras menos quanto com as interações coletivas (passeios, tarde de cinema etc.). O suporte na transição do cuidado (hospitalizações, urgências, exames e procedimentos), ocorre de forma satisfatória com as comunidades que estão bem alinhadas com o modelo de autogestão. Quanto à farmacoterapia, todas as quatro comunidades e jesuítas externos a estas, possuem cobertura total. As quatro comunidades estão estruturadas para o acolhimento de eventos agudos e pós-operatórios. Por último, as quatro comunidades possuem profissionais que favorecem o acompanhamento e cuidado pessoal integral. Projeto n.2: as quatro comunidades possuem seu Procedimento Operacional Padrão (POP) e receberam orientações de implementação. Quanto aos protocolos assistenciais, as quatro comunidades receberam e foram orientadas na implantação. Projeto n.3: as quatro comunidades possuem parceria direta com hospitais e clínicas. Anualmente ocorrem as negociações de reajuste e negociação de tabelas de serviços. Cobertura nacional por meio do plano UNIMED. Ampliação do modelo de autogestão na Província” (PLANO ESTRATÉGICO – PROVÍNCIA DOS JESUÍTAS DO BRASIL (2015-2020, 2018).

Os dados acima corroboram com a Dissertação de Lacerda, defendida em 2020, com o título indicadores de gestão para instituições de longa permanência para idosos: um estudo em uma entidade confessional, com o objetivo de construir um framework de indicadores para monitorar, controlar e avaliar a gestão de eficiência assistencial e financeira dentro de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), baseado nas melhores práticas de cuidado e de gestão. Este estudo obteve como resultado a proposição de um *framework* composto por um conjunto de indicadores de gestão para ILPI. Diante dos indicadores selecionados, foi possível monitorar, controlar e avaliar a eficiência assistencial e financeira da entidade.

Figura 32 - Proposição de um *framework* composto por um conjunto de indicadores de gestão para ILPI



Fonte: Lacerda, 2020.

A base do *framework* é a utilização das dimensões das características pessoais, e ao efeito que produzem sobre maiores níveis de necessidades de assistência, à estrutura e processos de trabalho, e aos marcadores de desempenho econômico, a partir dos quais são possíveis as conclusões deste material. Trata-se de síntese distribuída em características pessoais, oferta de cuidado e impacto financeiro, no qual a direcionalidade das flechas indicam o melhor resultado desejado para a gestão desse tipo de serviços.

Entre os indicadores assistenciais implantados pela gestão da saúde nas comunidades de saúde e bem-estar, estão o de queda, lesão por pressão, registros no prontuário eletrônico, eventos de urgência e emergência e serviços especializados. Estes indicadores estão contemplados na pesquisa de Lacerda e corroboram com a avaliação dos indicadores assistenciais realizada pelo gestor em 2020.

REFERÊNCIAS

BONICOSKI, Orival *et al.* **Alinhamento estratégico**. Porto Alegre: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Analgesia**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Apresentação proposta técnica & comercial solução de telemedicina**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Constipação intestinal**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Cuidados paliativos**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Diabetes mellitus**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Elaboração da justificativa para a composição do orçamento e dos aditivos para a saúde BRA**. Porto Alegre: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Estratégia de saúde e bem-estar**. São Leopoldo: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Hipertensão arterial sistêmica**. São Leopoldo, 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Obesidade e sobrepeso**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Planejamento estratégico 2016-2020**. Porto Alegre: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Planejamento estratégico 2016-2020**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Prevenção na saúde do homem**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Protocolo dos 10 passos para uma alimentação**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno da Instituição. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival *et al.* **Queda**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. Ações estratégicas na saúde. **Boletim BREVESBRA**, Rio de Janeiro, n. 29, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Ala Residência Conceição na acolhida de idosos Jesuítas**. São Leopoldo, 2015. Informações enviadas via e-mail.

BONICOSKI, Orival. **Análise do processo decisório para a construção de uma estratégia de melhoria assistencial para serviços de cuidados de uma instituição profissional**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em Gestão e Processos de Saúde) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2016.

BONICOSKI, Orival. **Apresentação da estratégia de saúde e bem-estar**. Porto Alegre: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Apresentação da estratégia de saúde e bem-estar da Província dos Jesuítas do Brasil**. São Paulo: [s. n.], 2017. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. Design estratégico: **contribuições para a estratégia de saúde e bem-estar dos Jesuítas do Brasil**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Design Estratégico) – Programa de Pós-Graduação em Design Estratégico, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2017.

BONICOSKI, Orival. **Elaboração das metas para desenvolvimento interno de colaboradores**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Novos horizontes foram sendo discernidos à luz do Espírito Santo**. São Leopoldo, 2015. Informações enviadas via e-mail.

BONICOSKI, Orival. **Orientação aos profissionais de saúde de como acessar e o que registrar no prontuário eletrônico WIPPE**. Porto Alegre: [s. n.], 2017. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Parecer profissional técnico do Instituto São José -RS**. São Leopoldo: [s. n.], 2015. v. 1. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Parecer profissional técnico sobre a Residência Nossa Senhora da Estrada – SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2015. v. 1. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Parecer profissional técnico sobre a Residência Irmão Luciano Brandão – BH**. São Leopoldo São Leopoldo: [s. n.], 2015. v. 1. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Parecer profissional técnico sobre a Residência São Luiz Gonzaga – CA**. São Leopoldo: [s. n.], 2015. v. 1. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Perspectivas para a organização das ações da saúde BRA no ano de 2016**. São Leopoldo: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Política de permanência noturna da Província dos Jesuítas do Brasil**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Política educação permanente em serviço de saúde dos Jesuítas do Brasil**. Porto Alegre: [s. n.], 2017. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Procedimentos operacionais técnico**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. Profissionalização do cuidado nas residências de saúde e bem-estar: primeiros passos para a normatização do cuidado. **Boletim BREVESBRA**, Rio de Janeiro, n. 43, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Projeto técnico assistencial**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Qualidade de vida**: uma visão dos idosos jesuítas institucionalizados. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2010.

BONICOSKI, Orival. **Regimento interno**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. Residências de saúde e bem-estar: uma caminhada na direção do bem-viver e bem envelhecer. **Boletim BREVESBRA**, Rio de Janeiro, n. 37, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência Nossa Senhora da Estrada/SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 2. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 2. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência de saúde e bem-estar São Luiz Gonzaga – CE**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 2. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência Nossa Senhora da Estrada/SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 3. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência Nossa Senhora da Estrada/SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 4. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência Nossa Senhora da Estrada/SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 5. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 3. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 4. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência de Saúde e Bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 5. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência Nossa Senhora da Estrada/SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2017. v. 6. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica - Residência Nossa Senhora da Estrada/SP**. São Leopoldo: [s. n.], 2017. v. 7. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica – Residência de Saúde e Bem-estar São Luiz Gonzaga – CE**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 3. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica – Residência de Saúde e Bem-estar São Luiz Gonzaga – CE**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 4. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. **Resumo executivo de visita técnica – Residência de Saúde e Bem-estar São Luiz Gonzaga – CE**. São Leopoldo: [s. n.], 2016. v. 5. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. Saúde da Província - Planos de saúde. **Boletim BREVESBRA**, Rio de Janeiro, n. 41, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival. Telessaúde: o cuidado mais próximo dos jesuítas. **Boletim BREVESBRA**, Rio de Janeiro, n. 57, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo. A renovação da saúde na província do Brasil. **Boletim Informativo**, Porto Alegre, n. 5, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo. **Apresentação da estratégia de saúde e bem-estar**. São Paulo: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo. Estratégia de saúde e bem-estar. **Boletim BREVESBRA**, Rio de Janeiro, n. 27, 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo. **Realinhamento da estratégia de saúde e bem-estar da Província**. Porto Alegre: [s. n.], 2017. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo; CHAGAS, Maximiliano Marques. **Parecer técnico sobre a empresa de telemedicina**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo; CHAGAS, Maximiliano Marques. **Elaboração das ações para o alinhamento de processos assistenciais e integração da comunicação e prontuários**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; FLORES, José Paulo; CHAGAS, Maximiliano Marques. **Discussão da proposta para a saúde da Província BRA**. Porto Alegre: [s. n.], 2015. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; LACERDA, Cleber. **Resumo executivo de visita técnica - Residência de saúde e bem-estar Irmão Luciano Brandão/BH**. São Leopoldo: [s. n.], 2022. Documento de uso interno na Instituição.

BONICOSKI, Orival; LACERDA, Cleber; SMYDA, Mieczyslaw. **Orçado e realizado da Província dos Jesuítas do Brasil**. São Leopoldo: [s. n.], 2019. Documento de uso interno na Instituição.

COMPANHIA DE JESUS. **Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA**. Rio de Janeiro: Companhia de Jesus, 2015.

COMPANHIA DE JESUS. **Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA**. Rio de Janeiro: Companhia de Jesus, 2019.

COMPANHIA DE JESUS. **Estatuto da Província dos Jesuítas do Brasil – BRA**. Rio de Janeiro: Companhia de Jesus, 2021.

COMPANHIA DE JESUS. **Planejamento estratégico – Província dos Jesuítas do Brasil: 2015-2020**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2018. Documento de uso interno da Instituição.

DIPP, Daniel. **Proposta técnica e comercial solução de telemedicina – BRHOMED**. São Paulo, 2016. Apresentação de informações – reunião: empresa BRHOMED.

KOLLING, João Geraldo; EIDT, João Renato. **Orçamento do escritório e das quatro casas de saúde e bem-estar**. Rio de Janeiro, 2017. Informações recebidas via e-mail.

LACERDA, Cléber Colpes. **Indicadores de gestão para instituições de longa permanência para idosos: um estudo em uma entidade confessional**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Negócios) – Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2020.

BONICOSKI, Orival. **Gerenciamento dos cuidados de enfermagem em uma comunidade jesuítica da Província do Brasil Meridional (BRM)**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA JUNIOR, Ivam Cavalcante. **STERIS Corporation – soluções em telemedicina**. São Paulo, 2015. Informações recebidas via e-mail.

APÊNDICE P - DIFERENÇAS DO ANTES E DO DEPOIS

ANTES	DEPOIS
<p>Tínhamos as nossas enfermarias de nossas casas, cada um cuidava dos seus (GF_SP). Era um tempo difícil, o médico vinha quando era coisa grave e precisava hospitalizar. O cuidado era feito entre os jesuítas (ENTREVISTADO PROF 28_RS). A responsabilidade era de cada comunidade (ENTREVISTADO STAK_12). Os idosos ficavam nas casas, não tínhamos planos de saúde, não tínhamos um pensamento corporativo, o cuidado era feito entre os da comunidade (ENTREVISTADO STAK_6). Na província do Sul, tínhamos em Pareci Novo um local que reunia os jesuítas que precisavam ser cuidados, simplesmente um depósito das pessoas mais idosas e tinha um irmão que cuidava, com formação básica em enfermagem, não tinha médico e enfermeiro com curso superior. Era tudo muito caseiro (ENTREVISTADO STAK_13). Trabalhei em uma enfermaria de uma de nossas comunidades com jesuítas idosos, o esforço gasto e energias para que isso acontecesse eram gigantescas, era tudo muito doméstico, ia na farmácia e comprava a lista de remédio de cada um (ENTREVISTADO STAK_16). Era só técnico de enfermagem (ENTREVISTADO PROF 20_CE). Não tínhamos nenhum tipo de padronização (ENTREVISTADO PROF 11_SP). Antes era tudo desorganizado, cada uma fazia como queria e do seu jeito, (ENTREVISTADO STAK_14). Não tinha profissionais de saúde, o pessoal que trabalhava na limpeza, também cuidavam dos idosos (ENTREVISTADO PROF 20_CE). Existia uma gestão vamos dizer mais caseira, o</p>	<p>Temos um espaço pensado por uma equipe interdisciplinar que permite que o jesuíta morra em casa, sendo acompanhado pelos seus companheiros, isso é muito humano (ENTREVISTADO STAK_19). Caráter muito mais profissional, atua na interdisciplinaridade (GF_CE). Agora está muito melhor, o médico está sempre ali, tem a enfermeira (ENTREVISTADO PROF 20_CE). Readequação, visada para toda equipe, para todos que trabalham nas casas de saúde. Interação interdisciplinar, a equipe trabalha de forma muito mais coesa, conjunta, muito mais unida, mensalmente temos a nossa reunião, o que não existia antes. A comunicação é muito maior, hoje tem uma enfermeira que faz esse meio de campo entre a fisio, enfermagem e médico. (ENTREVISTADO PROF 19_CE). Desde 2015, as equipes melhoram muito, o trabalho é mais interdisciplinar, com diferentes saberes em prol de um bem comum (ENTREVISTADO STAK_13). Qualificação dos serviços prestados nas comunidades de saúde com profissionais de diversas frentes de cuidado com a saúde física, psíquica e mental das pessoas (ENTREVISTADO STAK_17). Reuniões interdisciplinares são essenciais para a gestão e funcionamento da casa. Assistência integral e interdisciplinar permite a assistência total ao jesuíta, contemplando suas necessidades de saúde e bem-estar, sem interferir na sua doutrina. Qualidade da equipe interdisciplinar que resolve tudo o que o jesuíta procura. A abordagem profissional integrada torna as ações mais efetivas, com maior controle de agravos. A interdisciplinaridade, portanto, estabelece uma relação que promove saúde e bem-estar aos envolvidos, prevenindo mais e tratando menos. Incentivando o trabalho interdisciplinar, resultando em segurança para o residente e maior adesão dos jesuítas, inclusive externos (QUEST_PROFSSIONAIS). Tem informações e dados sistematizados (ENTREVISTADO STAK_9). O computador também melhorou bastante (GF_BH). A implementação de um prontuário digital e de diretrizes a partir dos protocolos (ENTREVISTADO PROF 26_CE). A aquisição de um prontuário eletrônico para toda a província foi um grande avanço, isso dá segurança no processo de tomada de decisão futuramente (ENTREVISTADO STAK_13). Está mais moderno, um exemplo é o sistema digital ao invés de papel (QUEST_PROFSSIONAIS). Acompanhamento longitudinal da saúde do jesuíta, criação de sistema integrado de atendimento nacional (QUEST_STAKHOLDERES). Esse modelo de gestão integra mais as casas de saúde (ENTREVISTADO STAK_8). A comunicação entre as casas, essa intersecção, isso trouxe essa mentalidade comum para os jesuítas e leigos (ENTREVISTADO STAK_1). O bom atendimento a todos, independente em que lugar ou região do Brasil, todos são contemplados, tudo bem pensado, estruturado, instalado e tem qualificado muito o atendimento à saúde (ENTREVISTADO STAK_10).</p> <p>Existe hoje uma política de bem-estar do jesuíta enquanto documento, um direcionador, a dimensão do bem-estar é um marco a meu ver que faz esse avanço, falar do bem-estar na vida religiosa é de bem-estar para os religiosos (ENTREVISTADO STAK_16). Gestão integrada, há um padrão de excelência e é perceptível a evolução do conceito, a cultura do tratamento paliativo e preventivo, a sinergia de processos de gestão e um olhar atento e cuidadoso no sentido de garantir bem-estar e saúde a toda província (ENTREVISTADO STAK_20). Se tornou mais universal e equitativo, todos usufruem (ENTREVISTADO STAK_02). A integração entre as casas, melhor integração entre as comunidades, a criação de um protocolo comum entre as casas, maior atendimento às casas de saúde da BRA, o</p>

modelo era muito precário, não tinha uma proposta de prevenção. O cuidado era voltado mais para o tratamento da doença e para questões de urgência e emergência (GF_RS). A questão de que tudo é do médico, era muito enraizado (ENTREVISTADO PROF 14_BH). Era muito individualizado o trabalho e o acesso às informações eram mais difíceis (ENTREVISTADO PROF 21_BH). Não tinha a confiança que eles têm hoje (ENTREVISTADO PROF 7_RS). Antes eram chamados de empregados ou funcionários (GF_RS). Antigamente ninguém ligava muito para a gente (ENTREVISTADO USU_11). Não tínhamos nenhuma previsibilidade do custo assistencial (ENTREVISTADO PROF 24_CE). Cada residência tinha seu hospital, ambulatório e isso dava um gasto final impressionante. Cada um ia ao seu médico, o médico passava o remédio e aí a pessoa ia na farmácia e comprava aquele monte de remédios (GF_RS). Antes se internava e gastava uma fortuna, deixávamos o jesuíta morrer no hospital (ENTREVISTADO STAK_19). Antigamente as pessoas faziam e repassavam que estava sobrando, um ia para um apartamento, outro ficava numa enfermaria, outro não tinha atendimento, outro ia ao posto de saúde ou para um hospital (ENTREVISTADO STAK_02). Tinham vários planos de saúde, às vezes demorava bastante e quando autorizavam (ENTREVISTADO USU_09). Não se tinha o atendimento prático, rápido e centrado (ENTREVISTADO PROF 27_BH).

oferecimento de um espaço de cuidado para todos os jesuítas, não somente os idosos. Equipes engajadas no bem-estar dos religiosos residentes nas casas de saúde e bem-estar (QUEST_STAKHOLDERES). Percepção de melhoria, de cuidado, de atenção e planejamento (ENTREVISTADO STAK_18). Hoje nós temos essa casa e tem gente para cuidar, melhorou muito (ENTREVISTADO USU_11). Ajudou a termos uma qualidade de vida excelente (ENTREVISTADO STAK_19). Antigamente não tinha a parte humanizada de procurá-los, conversar e ouvi-los (ENTREVISTADO PROF 22_CE). Cuidado preventivo eficaz em termos de atendimento aos jesuítas (ENTREVISTADO STAK_20). Está bem priorizado para eles o cuidado e a atenção (ENTREVISTADO PROF 7_RS). Agora a gente percebe que existe todo um cuidado especial para aquele momento da vida, a gente pode recorrer às nossas casas de saúde pelo Brasil e ser atendido (ENTREVISTADO STAK_8). Uma das coisas que mudou, certamente foi o melhor cuidado pela pessoa, não ver as pessoas como uma mercadoria, mas como um ser humano com sentimentos, que necessita de cuidados e isso é muito bem feito nas nossas casas de saúde e bem-estar (ENTREVISTADO USU_14). Certamente, vejo grandes progressos, um grande interesse pelas pessoas (ENTREVISTADO USU_02). Trabalhando a prevenção, assim reduzindo a necessidade de exames e consultas externas. Maior preocupação e cuidado com o residente, acolhimento aos jesuítas, sempre proporcionando conforto e bem-estar. O carinho e os cuidados com os jesuítas e os demais. Os pacientes possuem cuidados integrados e contínuos, o que permite a identificação precoce de problemas e gerenciamento adequado das condições crônicas causadas por processos de senilidade e senescência. Existe um cuidado mais humanizado de quem procura a comunidade de saúde (QUEST_PROFSSIONAIS). Melhorias do cuidado para com cada jesuíta, uma atenção individualizada e humanizada em todos os processos, existe um cuidado mais preventivo, a organização é mais transversal, cuida-se da pessoa toda e existem fluxos mais integrados. As pessoas assistidas são mais cuidadas de forma apropriada, isso faz toda diferença. A prevenção permite a antecipação dos problemas (QUEST_STAKHOLDERES). Uma visão holística de saúde e não da doença. O ambiente é humanizado. As duas casas que conheço, valorizam o ser para o nosso bem-estar, para cuidar da nossa saúde física, primam pela nossa saúde psíquica-espiritual. Os responsáveis buscam ajudar os jesuítas a envelhecer com alegria e serenidade, buscam desmontar a ideia de que nesta casa ficam os que estão "fora de combate", como se cuidar de si e rezar pela igreja e companhia não fosse missão. O modo de encaminhar os exames e os que necessitam de auxílio mais especializado. Fraternal, solícita atenção, dedicação qualificada e paciência, a compreensão, atenção e escuta atenta é "medicamento" muito eficiente, excelente acolhida e tratamento humano, profissionais preparados, qualificado e atentos, um cuidado maior como um todo, não só focando o que a pessoa precisa, mas digamos, um cuidado do corporal, psicológico e espiritual. Atenção respeitosa para com as pessoas, serviços prestados com dedicação, cuidados para ter um ambiente saudável, eficiência, profissionalismo e confiança (QUEST_USUÁRIOS). Hoje chamamos de colaboradores (GF_RS). Independente do cargo profissional, todos somos igualmente promotores de saúde e bem-estar, é algo muito agradável, valoriza o profissional. (ENTREVISTADO PROF 14_BH). Cuidado com os colaboradores, senso de valorização profissional, hoje sinto que todos somos iguais no papel de promotores de saúde e bem-estar, independente da formação profissional e/ou cargo profissional ocupado na residência. Maior atenção e cuidado com jesuítas e funcionários (QUEST_PROFSSIONAIS). Uma organização em nível nacional e

	<p>com profissionalismo (ENTREVISTADO STAK_9). Está tudo muito bem-organizado (ENTREVISTADO PROF 20_CE). Nestes últimos anos a gente percebe que as coisas estão melhor, não vê fofocas, todo mundo trabalhando juntos, comunicando-se e a questão da assistência está muito bem-organizada (ENTREVISTADO USU_04). É uma gestão profissional e colaborativa (ENTREVISTADO PROF 18_CE). É descentralizador (ENTREVISTADO PROF 23_BH). É mais ativo e efetivo (ENTREVISTADO PROF 25_BH). Atendimento prático rápido e centrado, a facilitação na comunicação entre todos envolvidos nos cuidados com os jesuítas (ENTREVISTADO PROF 27_BH). Organização no sentido da assistência aos jesuítas. Gestão mais técnica, eficiente em relativo à equipe de saúde, proatividade e empatia (QUEST_PROFSSIONAIS). A busca da excelência no atendimento, atendimento mais personalizado, sistematização de processos técnicos, melhor acompanhamento do processo de tratamento dos idosos, sinergia, clareza e organização dos processos, orientações comuns, prontidão nas respostas, o jeito de encaminhar as consultas e procedimentos, aumento na qualidade, segurança, confiabilidade e acompanhamento dos processos do cuidado da saúde, profissionalização dos processos, maior controle, acompanhamentos de casos especiais, as pessoas são atendidas nas casas de saúde, facilitando encaminhamentos para exames aprofundados, profissionais de excelente qualidade, gestão humana vendo a pessoa como um todo, temos a transparência da gestão, gestão integrada, inteligente e focada no bem-estar preventivo (QUEST_STAKHOLDERES). Competência e proximidade na comunicação, o número satisfatório de técnicos de enfermagem, a escolha do médico da casa e da chefe de enfermagem, facilidade e agilidade no atendimento, fazendo alguns exames na própria casa (QUEST_USUÁRIOS). Hoje padronizou o atendimento e possibilitou o acesso para todos (ENTREVISTADO PROF 21_BH). Implantação de protocolos de rotinas que previnem doenças (ENTREVISTADO STAK_5). Os protocolos ajudaram no atendimento rápido e assertivo e facilitou a maneira de trabalhar, temos mais tempo de oferecer assistência para nossos idosos. Os indicadores de risco conseguimos avaliar, quantificar e analisar melhor nossas estratégias e atendimento necessário a forma na qual estamos lidando com atualizações da área em que estamos, conteúdos propostos, ensinamentos, algo voltado profissionalmente aplicado humanamente para os jesuítas idosos (QUEST_PROFSSIONAIS). Fizemos salas de desospitalização, compra de aparelhos novos para a sala de fisioterapia, nova sala de TV, ar-condicionado em todos os espaços da casa, sala de farmácia organizada, muitas coisas que aos poucos foi-se incrementado para o bem-estar do jesuíta (ENTREVISTADO STAK_18). Melhorias na infraestrutura de alvenaria das residências de saúde, compra de equipamentos hospitalares (ENTREVISTADO STAK_5). A casa mudou muito, os corredores, a comida tudo muito bem cuidado (ENTREVISTADO USU_1). Todo o ambiente desde 2015 está renovado, muito bem assumido e oferece eu diria todas as condições para as pessoas (ENTREVISTADO USU_03). Ótima infraestrutura física e técnica, melhoria significativa nas estruturas assistenciais, maiores investimentos financeiros na aquisição de equipamentos e nas estruturas patrimoniais (QUEST_STAKHOLDERES). A estrutura patrimonial melhorou (QUEST_USUÁRIOS). Agilidade nos encaminhamentos através dos nossos parceiros, não temos de esperar autorizações para realizar atendimentos, eficiência na intervenção clínica, confiabilidade, eliminamos uma grande quantidade de erros médicos e exames desnecessários (ENTREVISTADO STAK_5). Prefiro agora esse da autogestão (ENTREVISTADO USU_09). Estabelecimento de parcerias com hospitais e laboratórios</p>
--	---

	<p>que ajudam na otimização dos recursos do fundo de saúde (QUEST_STAKHOLDERES). Centralização dos pedidos de medicamentos e admissão do profissional farmacêutico (QUEST_PROFSSIONAIS). Sistema de compras de medicamentos, com a centralização das compras dos medicamentos a tendência que se otimize os preços, com a compra de remédios direto dos laboratórios. O modelo de gestão adotado propiciou economia na compra de medicamentos e outros insumos hospitalares (QUEST_STAKHOLDERES). Inteligência sistêmica em termos de administração (ENTREVISTADO STAK_20). Ajudou a racionalizar o que tornou mais barato e temos resultado (ENTREVISTADO STAK_02). Controle e redução de custos, com atendimentos externos (QUEST_PROFSSIONAIS). Maior racionalidade no manejo dos gastos, sempre se gastava muito com saúde e de certa forma desorganizado. Atualmente os gastos são feitos com estudos mais seguros da problemática em que o paciente se encontra. Unificação da administração saúde BRA, houve uma maior economia dos recursos pela centralidade de operações. A opção pelo plano pré-pago foi mais vantajosa e o compartilhamento dos processos usados em cada comunidade. Redução de despesas e atendimento profissional nas casas. Muita coisa foi otimizada e houve um acompanhamento maior das pessoas e de suas necessidades (QUEST_STAKHOLDERES). A nova proposta conseguiu mapear demandas, analisar custos e propor ajustes, seja em equipamentos, pessoal, manutenções e insumos. Vejo que houve uma gestão financeira com maior poder de negociação. O atendimento humano aos idosos lhes transmitem segurança, conseqüentemente eles se recuperam mais rápido, evitando maiores gastos. As parcerias com hospitais e laboratórios reduziram os gastos com planos de saúde. Maior economia na aquisição de medicamentos. O fluxo de atendimento no qual passa pela triagem de um médico da saúde BRA, evita que ocorram consultas desnecessárias que a BRA teria de pagar para os planos de saúde. A elaboração do orçamento anual estabelece um referencial financeiro que ajuda a gerenciar os investimentos e custos operacionais. Houve maior acompanhamento dos processos administrativos (QUEST_STAKHOLDERES). Otimização dos recursos financeiros (QUEST_USUÁRIOS). Implantação de avaliação periódica dos colaboradores, recebendo feedback coletivos importantes que talvez numa conversa informal não teríamos. Maior clareza dos objetivos propostos, melhor desempenho das tarefas propostas (QUEST_PROFSSIONAIS). Com algumas mudanças nas atividades periódicas, otimizamos mais o nosso tempo, podendo assim, dedicar mais tempo e atenção aos jesuítas, com diálogos, atividades lúdicas, acatar solicitações e desejos dos residentes, fazer o dia deles feliz. Mais resolutividade, compromisso, apoio, disponibilidade e integração com a equipe, assistência humana aos jesuítas, cada vez mais otimizada valorizando o bem-estar (QUEST_PROFSSIONAIS). A presença do gestor de saúde visita as casas (QUEST_PROFSSIONAIS). A presença de uma liderança comum (delegado e gestor) (QUEST_STAKHOLDERES).</p>
--	---

APÊNDICE Q - AVALIAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*, PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E GRUPO FOCAL

STAKEHOLDERS - Uma inovação, cuidado mais humanizado, algo positivo da implementação do modelo de gestão, tomando como base as 4 das comunidades de saúde bem-estar como referência STAK_1. Um processo coletivo que vem sendo construído STAK_2. Relação médico paciente, processo de unificação, humanização e desospitalização STAK_3. Cuidar da saúde de forma mais humana, preocupação com o companheiro STAK_4. Percepção dos processos envolvidos, melhorou a estrutura de saúde, a compreensão de que cuidar da saúde é cuidar da companhia e o cuidado da saúde dos colaboradores STAK_5. As equipes empenhadas e melhorias nos espaços STAK_6. É um processo mais integral da pessoa nessa questão do cuidar da saúde. É um trabalho mais cooperativo, compreendendo os espaços de casas de saúde como comunidade de saúde e bem-estar e a troca de informação dentro das nossas comunidades. STAK_7. Integração das casas de saúde, acompanhamento e avaliação do processo STAK_8. É mais afetivo no cuidado, sejam idosos ou não, e negociação com diminuição de custo. STAK_9. Um modelo inovador para a vida religiosa e no âmbito eclesial que vai além de acompanhar a saúde de cada jesuíta, compromete o indivíduo a se responsabilizar mais pela própria saúde e favorece um bom atendimento de saúde para todos. É mais versátil e flexível com banco de dados disponíveis sobre cada jesuíta para que o médico e a gestão da saúde acompanhem melhor os jesuítas e ajudá-los a tomarem consciência sobre a importância da saúde preventiva STAK_10. Uma estrutura de atendimento que temos refeitório, horários de oração, momentos de convivência, tarde de filmes, integrando nossos colaboradores que nos acompanham e assistem, numa forma alegre e não de transigência STAK_11 Muito bem-organizado e um exemplo bem concreto é a centralização da aquisição dos medicamentos STAK_12. Uma compreensão de saúde mais ampla, que vai para além do biológico e do cuidado diário, é cuidar no fundo da saúde, da saúde mental e espiritual do jesuíta. Uma melhor racionalização dos recursos, as 4 casas fazendo a compra conjunta dos remédios STAK_13. É algo muito novo, é recente STAK_14. Por ser um modelo, por si só já traz uma crítica a outros modelos e esse pensamento para dentro de um Brasil tão grande STAK_15. Como ele está sendo levado, digamos que é incipiente STAK_16. Vem se estruturando gradativamente ao longo dos últimos anos, e está numa fase em que consegue responder agilmente às demandas dos jesuítas STAK_17. É uma percepção de melhoria, de cuidado, de atenção e planejamento STAK_18. Ajudou a termos uma qualidade de vida excelente, nós temos agora um acompanhamento e os idosos têm um espaço adequado STAK_19. Percebo que tem ocorrido com inteligência sistêmica em termos de administração e cuidado preventivo eficaz em termos de atendimento aos jesuítas. Predomina o cuidado paliativo e isso tem garantido dignidade e redução de sofrimentos nos casos de gravidade. As casas de saúde e bem-estar se tornaram centros de referência em saúde, espiritualidade e missão STAK-20.

PROFISSIONAIS - O atendimento para todos os jesuítas internos e externos. Este modelo dá segurança. Aparece a prevenção, os protocolos e o profissionalismo. Equipes interdisciplinares nas 4 comunidades de saúde e bem-estar. Uma gestão mais profissional e humanizada, sendo referência para outras entidades confessionais e até mesmo para o sistema de saúde do Brasil, porque o modelo é diferenciado. Traz a satisfação para quem procura ser cuidado PROF_1. Eles se sentem contemplados com a assistência, sabem a quem eles têm que se direcionar quando têm uma necessidade. A gente faz o atendimento e consegue contemplar de forma integral e resolver quase tudo aqui na residência PROF_2. Um modelo diferenciado comparado aos outros locais que conheço, é algo mais humanizado, personalizado, voltado para a saúde integral da pessoa e com protocolos, voltado mais para a prevenção PROF_3. Está sendo feito um trabalho mais interdisciplinar, eles se sentem mais seguros PROF_4. Fundamental para conseguir fazer uma evolução no trabalho com os jesuítas. Essa reunião que temos com a equipe interdisciplinar, essa integração eu acho bem positiva PROF_5. Um modelo bem adequado pelo momento que a gente vive, tanto dentro da comunidade jesuíta como para a comunidade geral. O envelhecimento demanda cada vez mais necessidade de cuidados e cuidados complexos PROF_6. Um cuidado direcionado, eles têm tudo que precisam, desde a higiene até ao

médico PROF_7. É como se realmente ele estivesse em casa PROF_8. Um atendimento direcionado para a individualidade de cada jesuíta PROF_9. Gestão de educação, não é só aquela coisa imposta. Não é um tratamento só de curar, mas sim de prevenir e preservar a autonomia dos idosos PROF_10. Um modelo integrado das equipes e essa integração ela multiplica ações PROF_11. De convívio que passa pela relação paciente e profissional PROF_12. É bom e preza-se pelo conforto PROF_13. Uma proposta de mudança, sai da questão do tratar patologias para promover saúde e bem-estar. Independente do cargo profissional, todos somos promotores de saúde e bem-estar, esse modelo de gestão valoriza o profissional PROF_14. Melhorou com a compra das medicações PROF_15. O acompanhamento dos exames e a melhora da comunicação entre os profissionais e jesuítas PROF_16. A ter pacientes mais complexos e protocolos para direcionar PROF_17. Mais profissional, com interação interdisciplinar e reuniões mensais PROF_18. Uma gestão mais direcionada e centrada PROF_19. Tudo muito bem-organizado PROF_20. É um modelo eficiente, bem claro e possibilita uma interação maior entre as equipes PROF_21. Atende os jesuítas de uma forma muito mais humanizada, mais profissional e com equipe interdisciplinar PROF_22. Uma gestão fazendo o melhor uso possível dos recursos disponíveis para atender aos jesuítas, com melhorias no acesso às informações, conseguindo otimizar a rotina de trabalho. É descentralizador, as escolhas passam pela necessidade dos jesuítas e colaboradores PROF_23. É um modelo sustentável, com alta eficácia a um custo acessível. Um atendimento focado na resolutividade dos problemas, com humanização, ética, segurança, mantendo o jesuíta em sua comunidade, atendido por uma equipe na qual ele confia, a um custo bem mais baixo tendo a retaguarda em uma instituição hospitalar para resolver os maiores desafios, com contratos negociados PROF_24. É eficaz, produz efeito positivo em relação ao atendimento das necessidades e do bem-estar dos jesuítas PROF_25. Há uma busca por melhor atender as demandas dos jesuítas em relação ao processo saúde/doença e bem-estar PROF_26. Um processo facilitador para auxiliar nos cuidados com os jesuítas PROF_BH-27.

USUÁRIOS - Um espírito de comunidade, de fraternidade e de bem querer USU_1. Vejo grandes progressos, um grande interesse em melhorias USU_2. Muito bom, eficaz e assumido com muita responsabilidade e dedicação. Um zelo por todas as pessoas que trabalham nas diversas funções USU_3. Está muito bem-organizado, as pessoas se sentem valorizadas, amigas e companheiras. Eu não escuto nenhum murmúrio, nenhuma reclamação, muito tranquilo, todo mundo tá feliz nessa casa. USU_4. Existe uma grande atenção, realmente uma preocupação, um serviço personalizado e humanizado USU_5. Tudo bem-organizado, as pessoas nos respeitam e fazem o trabalho com muito amor e dedicação USU_6. É uma organização fantástica USU_CE 7. Muita dedicação e atenção com os idosos USU_9. A gestão da província está boa USU_10. O cuidado é bom, o pessoal trabalha direitinho, hoje está muito melhor USU_11. O cuidado, atenção, o carinho que têm com as pessoas USU_12. São respeitosos e cuidadosos USU_13.

GRUPO FOCAL - É um gerenciamento que otimiza os custos, sem perder a humanização do tratamento. Em relação aos atendimentos, consegue-se fazer uma assistência integral, individualizada e, principalmente, humanizada. Com este modelo de gestão chamamos os nossos profissionais de colaboradores GF_RS. A unificação das províncias proporcionou que alguém assumisse e leva-se em frente esse projeto que começa um pouco incipiente, com iniciativas isoladas, até que se ganha corpo e cada vez mais vai se aperfeiçoando e se adaptando a realidade de cada contexto e cultura. Mesmo existindo as diversidades regionais, o modelo de gestão em saúde foi pensado com abrangência nacional. Com este modelo de gestão, estão preocupados não só com o curativo, de tratar doenças, mas sim, com a espiritualidade, lazer, prevenção e humanização. Quero destacar aqui a audácia de quem pensou o modelo de gestão para a saúde dos jesuítas do Brasil, penso ser audacioso por vários elementos, entre eles destaco os contextos e as culturas que temos no Brasil. Teria sido muito mais fácil ter terceirizado, mas esse olhar audacioso e humano fez com que o cuidado dos jesuítas fosse pensado e realizado de forma diferenciada, num contexto tão complexo como é o Brasil. O que eu admiro de paixão é que foi um projeto pensando no bem-estar de todos, jesuítas e também dos colaboradores. O modelo de gestão ajuda na integração das informações de saúde dos jesuítas entre as casas de saúde e bem-estar GF_SP. Um modelo com caráter muito mais profissional, atuamos na interdisciplinaridade. Vou focar um pouquinho mais do lado da gestão, não só o lado médico, e esse tem sido o objetivo aqui e tem sido um case de sucesso. O modelo implantado, tenta resolver a maior parte dos problemas dentro da equipe, porque o modelo é de sucesso GF_CE. O modelo de gestão é bom GF-BH.

APÊNDICE R - DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO MODELO DE GESTÃO

DESAFIOS	OPORTUNIDADES
<p>A mentalidade de saúde na própria vida religiosa, onde o importante é cuidar da alma e não do corpo. Não estamos preparados para envelhecer com saúde psicológica (STAK_5). A construção entre os jesuítas de uma cultura preventiva ao bom envelhecer e melhores hábitos de saúde alimentar. Pensar no acompanhamento dos jesuítas que estão fora das casas de saúde e bem-estar. Como se organizar e chegar às necessidades de saúde desses jesuítas? Como aproximá-los e conscientizá-los para usufruir mais das estruturas que hoje a província dispõe por meio das 04 comunidades de saúde e bem-estar? (QUEST_STAK). Todos os jesuítas tomarem consciência da importância da saúde preventiva, em vista da missão. Responsabilizar mais o jesuíta pela própria saúde e superar o individualismo (STAK_10). O jesuíta deixar-se cuidar. A vida religiosa está envelhecida, que precisa ser cuidada no seu envelhecimento (STAK_16). A questão da saúde mental e espiritual, abordar a saúde mental no meu ver é o mais difícil. A depressão dos nossos jesuítas quando chegam nas nossas comunidades de saúde e bem-estar. O que as comunidades oferecem para estas situações? Quem é que cuida dos jesuítas idosos que estão na missão? (STAK_13). Precisamos pensar em como trabalhar a saúde mental dos nossos jesuítas. O que a companhia oferece para esta dimensão? (USU_06). Percebe-se nos jovens um certo cuidado excessivo com a saúde e temos aqueles que nunca vão ao médico. Como equilibrar essas questões? (STAK_7). Os mais jovens têm que ter essa conscientização de prevenção (GF_RS). Os jesuítas se acomodarem ao processo e esquecerem que ainda podem trabalhar (ENTREVISTADO STAK_2). A pergunta pela felicidade, porque a pessoa precisa terminar feliz a sua vida, e se a gente não puder dizer que foi feliz? Não há propaganda vocacional, inclusive é uma anti-propaganda. Eu mesmo não teria coragem de dizer para ninguém, a um jovem que vale a pena. A pergunta que eu coloco é se nós vamos ter coragem de colocar essa pergunta para os idosos. Se eles estão felizes (STAK_15). Nós temos dificuldade, os jesuítas de compartilhar o serviço do poder (GF_CE).</p>	<p>Preparar o jesuíta para a velhice (GF_RS). Refletir sobre como nós, os jesuítas, estamos cuidando do corpo. Fazer a autobiografia dos jesuítas (STAK_15). Ter um projeto para a dependência e o envelhecimento na vida (ENTREVISTADO STAK_7). Preparar o jesuíta para enfrentar a dependência (STAK_4). Pensar em formas de envelhecimento saudável, ajudar a envelhecer bem na companhia de Jesus. Seria bom que os jesuítas dessem a conta de consciência sobre como cuidam da saúde. A instituição, os membros, compreenderem as casas de saúde e bem-estar como um lugar de cuidado e de qualidade de vida. Muitos dos jesuítas que estão em idade bastante avançada, com boa saúde mental e intelectual, mas precisando de cuidados, poderiam residir nas casas de saúde e bem-estar, considerar que por meios eletrônicos poderiam continuar colaborando com a igreja e com as editoras, em processo de escrita, correção e tradução de textos (QUEST_STAK). Já é prática que jesuítas saiam da comunidade dele para uma dessas nossas comunidades de saúde e bem-estar e faz o tratamento (STAK_1). Se sente feliz que pode através dos meios digitais, continuar apoiando, tendo contato com o público externo e sendo assistido fisicamente e ele reconhece que não tem mais forças sem este apoio (STAK_11). Melhorar ainda mais a estrutura, cores das casas (STAK_5). Praticamos a visão de medicina do futuro, com essa ideia de um médico que acompanha e que conhece o funcionamento de cada jesuíta (STAK_3). Processo de mudança nos externos dia virem a residir nas comunidades de saúde e bem-estar (PROF_14).</p>

APÊNDICE S - TRANSIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE: AVALIAÇÃO *MULTISTAKEHOLDERS* NUMA ENTIDADE CONFSSIONAL

Transição do modelo de gestão em saúde: avaliação *multistakeholders* numa entidade confessional

Orival Bonicoski¹

Patrícia Martins Fagundes Cabral²

Nuno Rebelo dos Santos³

Resumo

O artigo tem como objetivo avaliar o processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção. Esta avaliação foi realizada numa entidade confessional no Brasil na perspectiva de múltiplos *stakeholders*, nomeadamente usuários, profissionais e lideranças estratégicas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde os dados foram coletados em 61 entrevistas e tratados por meio da Análise Textual Discursiva (ATD). Após codificar o conteúdo em 7 categorias (nós) e 28 subcategorias (sub-nós), foi realizada uma análise de *clusters* por similaridade de codificação, para cada grupo estudado com apoio do *software* NVivo, tendo gerado 8 *clusters* para os profissionais, 7 para os *stakeholders* e 3 para os usuários. Os resultados evidenciaram três aspectos que integram a análise transversal. O primeiro envolve a mudança dos processos e a maior profissionalização. O segundo diz respeito ao incremento do ambiente de segurança psicológica e o terceiro, o desenvolvimento do cuidado. Quanto aos desafios, são realçados os de política de gestão de pessoas e os institucionais. Relativamente às oportunidades, menciona-se as institucionais, as regionais do país e a financeira.

Modelo de gestão em saúde; Saúde integrada e preventiva; Entidade confessional; *Multistakeholders*

Introdução

A evolução dos modelos de gestão em saúde, acompanham as necessidades de adequação das organizações em busca da qualidade dos serviços. A promoção de novos modelos de gestão em saúde, baseados na cooperação ativa de equipes interdisciplinares, é ainda um desafio persistente¹.

É inquestionável a necessidade de evolução e transformação em saúde com vista à melhoria da sua qualidade². A criação e desenvolvimento de novos modelos de gestão em saúde, deve centrar-se no usuário, nas suas expectativas quanto à sua doença e tratamento, nas suas necessidades e nos seus interesses^{3 4}.

O conceito de modelo assistencial vem sendo problematizado desde a década de 1970⁵, referindo-se ao modelo tradicional biomédico, centrado na doença e na cura, considerado pela literatura como ultrapassado, com baixa cobertura de resolubilidade, ineficiente na longitudinalidade e na integralidade do cuidado⁶. A

insatisfação com o sistema de assistência médica tende a recair na queixa que tratam apenas das doenças e não estão interessados na saúde⁷. Reconhecendo a complexidade das organizações de saúde, bem como a relevância dos serviços prestados à sociedade, demonstra-se a urgência de novos modelos de gestão em saúde⁸.

As mudanças de modelo de atenção à saúde, devem acompanhar as melhorias dos processos, proporcionando dignidade e qualidade aos serviços⁹. Para que tais modelos de gestão em saúde sejam satisfatórios e resolutamente implantados, exige-se uma qualificação competente dos gestores, para abordarem e superarem os desafios da gestão¹⁰. Desse modo, um futuro sistema de assistência à saúde, consistirá num sistema abrangente, efetivo e bem integrado de assistência preventiva. É dizer, convencionou-se da importância de estabelecer uma cultura do cuidado, da prevenção e da educação em saúde com abordagem interdisciplinar no cuidado integral e não apenas pelo tratamento eventual de alguma doença.

São poucos os estudos no Brasil e os exemplos de um modelo de gestão em saúde contemporâneo que atenda a critérios de uma saúde mais humanizada, preventiva e integrada, ou seja, um olhar clínico mais horizontal e ampliado, com enfoque na integralidade do usuário e com característica interdisciplinar. A gestão dos serviços de saúde precisa ser pensada a partir de um novo paradigma, tornando necessário que os colaboradores das instituições sejam cada vez mais qualificados e transcendam as especificidades dos seus cargos, numa horizontalização de tarefas¹¹. O modelo participativo de gestão, conhecido como democrático, descentralizado e compartilhado, corresponde aos modelos de gestão mais contemporâneos, que estimulam a intensificação da comunicação e a flexibilização do poder e do processo decisório¹².

Entretanto, quando se pesquisa em bases de indexação de publicações científicas, como Scielo, Lilacs, Google Scholar, Ebsco, Scopus e CAPES no período de 2018 a 2022 com as palavras-chave “*health management model*” e “*health management model in confessional entities*”, que é o tema desta proposta de pesquisa, percebe-se uma notória escassez de estudos publicados. Por isso, há muito a se explorar e a se discutir nesse âmbito, o que constitui o eixo central que justifica a realização do presente estudo. Por essa razão, busca-se elementos que possibilitem a construção de um processo de gestão e cuidado em saúde mais integral, preventivo e ajustado às necessidades e expectativas dos usuários, trabalhadores e demais agentes da entidade confessional. Desse ponto, ao frisar entidades confessionais se quer dizer, aqui especificamente, instituições religiosas católicas, tal como a Companhia de Jesus, que foi campo da pesquisa, cujos membros são conhecidos como Jesuítas.

Mudanças na última década têm ocorrido na Província dos Jesuítas do Brasil, havendo o questionamento sobre o que é pertinente fazer para que os jesuítas possam estender seu tempo em obra, emancipados e autônomos em relação às atividades diárias e ao autocuidado, uma vez que é evidente o envelhecimento geral das comunidades em missão. Assim, construir planos de cuidados que auxiliem a desmistificar o pensamento do envelhecimento patológico, de modo a assumir a existência e as mudanças que acompanham os passos dos anos, é uma indicação de caminho para a saúde dos Jesuítas do Brasil. Por esse motivo em 2015 foi proposto um modelo de gestão em saúde, que veio suplantar de modo resolutivo o tipo de gestão anterior, na reconstrução das lógicas assistenciais e operacionais das “*casas de saúde*”, que acolhem os jesuítas sob cuidados continuados,

reconfiguraram-se em “Comunidades de Saúde e Bem-estar” (CSBE), que ampliam o foco de suas ações e serviços também às comunidades em missão.

Assim, pelas razões apresentadas, cabe destacar que o primeiro autor desta pesquisa, atua na área de saúde da entidade confessional há quase duas décadas e pôde, ao longo deste período, elaborar, propor, implantar, acompanhar e participar ativamente de um processo de atualização e de reestruturação da gestão de saúde. Conseqüentemente, como resultado desse trabalho, em 2015, foi implantado um modelo de gestão em saúde na entidade confessional. Este artigo avalia o processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção, realizada numa entidade confessional no Brasil na perspectiva de múltiplos *stakeholders*.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso¹³, com abordagem qualitativa^{14,15}, na Província dos Jesuítas do Brasil. Participaram no estudo 20 *stakeholders*, 27 profissionais e 14 usuários (N = 61). Os profissionais e usuários, foram provenientes das quatro comunidades de saúde e bem-estar de diferentes regiões do Brasil e os *stakeholders*, jesuítas que ocupavam cargos de liderança estratégica na instituição.

Todos os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também foi obtida a Carta de Anuência da Província dos Jesuítas no Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição de ensino superior. O critério de inclusão dos participantes usuários e profissionais foi de estarem vinculados às comunidades de saúde e bem-estar no momento do estudo e serem jesuítas que ocupassem cargos estratégicos na instituição. Foram excluídos do estudo, participantes sem autonomia cognitiva que por este motivo estavam impossibilitados de responder sozinhos às questões.

O procedimento de coleta dos dados, ocorreu por meio de entrevistas¹⁶ com participação síncrona e presencialidade física ou remota (via Teams). O tempo de duração variou de 30 minutos a uma hora. As perguntas foram: Como você percebe o modelo de gestão em saúde para os jesuítas do Brasil? Quais as diferenças que você percebe do modelo de gestão em saúde anterior em comparação ao modelo atual? Para análise dos dados, após a transcrição das gravações e leitura crítica do material obtido, elaborou-se as categorias (nós) e as (subcategorias) (sub-nós), conforme Quadro 1.

Quadro¹. Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Modelo de gestão em saúde	Desmistificação dos espaços; sistematização e profissionalização; racionalização e otimização dos custos; aspectos a evoluir
Compreensão do cuidado	Cuidado integrado, preventivo e humanizado; cuidado com abordagem interdisciplinar
Mudanças ocorridas	Diferenças do antes e do depois; principais melhorias; documentos instituídos; educação continuada; serviço dos profissionais; sentimento de ser cuidado
Sustentabilidade econômica	Autogestão; compra de medicação em escala; otimização dos serviços; investimento em profissionais
Desafios	Institucional; regional; adesão; financeiro; comunicação; sustentabilidade; liderança
Oportunidades	Institucional; regional; preparar o jesuíta para envelhecer; financeira; uso

Regional	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Adesão	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Financeiro	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Comunicação	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Sustentabilidade	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Liderança	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Oportunidades								
Institucional	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y
Regional	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Preparar o jesuíta para envelhecer	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Financeira	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y
Uso de tecnologias	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y
Ampliar os serviços	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y	0

Fonte: Elaborado pelos autores

Os *clusters* Um, Dois, Três, Quatro, Cinco e Seis são formados por vinte e dois profissionais, variando de um a vinte cinco anos o tempo de vivência institucional e se caracterizam pelas principais melhorias e as diferenças do antes e do depois. Quanto às principais melhorias, menciona-se a reunião com os profissionais, o atendimento centralizado, a resolutividade dos problemas, a retaguarda hospitalar e a compra direta dos serviços médicos hospitalares por meio da autogestão e os espaços onde os jesuítas são cuidados. Os excertos a seguir ilustram as melhorias mencionadas: “*Centralização dos atendimentos* (Ent.prof-2). *A reunião da equipe dos profissionais* (Ent.prof-5). *Atendimento focado na resolutividade dos problemas e tendo de retaguarda uma instituição hospitalar para fins diagnóstico e tratamento* (Ent.prof-24). *Melhorou-se os espaços de cuidados*” (Ent.prof-6). Estas respostas indicam que as reuniões regulares com os profissionais, oportuniza a tomada de decisão em equipe¹⁷. O atendimento integral e centralizado, se dá pela integração sistêmica entre os diversos serviços que compõem uma equipe de profissionais de saúde¹⁸. Por meio da autogestão os indivíduos se comprometem a cocriar valor aos serviços de saúde e coproduzir saúde¹⁹.

Outras melhorias são apresentadas, como a aproximação das equipes de profissionais com as reuniões mensais, a escuta ativa, a dispensação segura das medicações, os registros por meio do prontuário eletrônico, a agilidade dos processos, a aquisição dos medicamentos, a autogestão, a implantação dos protocolos, a acessibilidade nas informações clínicas diárias, a prevenção e o trabalho horizontal entre as equipes interdisciplinares. Como se constata: “*Aproximação das equipes de profissionais com as reuniões mensais* (Ent.prof-14). *Ouve-se mais os jesuítas* (Ent.prof-22). *O cuidado na dispensação das medicações* (Ent.prof-7). *Registros em prontuário eletrônico* (Ent.prof-19). *Os processos mais ágeis* (Ent.prof-21). *Fornecimento de medicações e parceria com hospitais* (Ent.prof-25). *A implantação dos protocolos* (Ent.prof-26). *Acesso às informações clínicas* (Ent.pof-23). *Prevenção a patologias* (Ent.prof-18). *O trabalho horizontal entre as equipes interdisciplinares* (Ent.prof-11). Parece plausível considerar que estas observações mostram que trabalhar em equipe demanda relações efetivas, com ênfase na comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes com relações horizontalizadas^{20,18}.

E ainda como melhorias, os jesuítas usufruindo dos serviços por meio das CSBE e o olhar peculiar às necessidades de saúde. Como mencionaram: “*Olha para o indivíduo na sua particularidade* (Ent.prof-3). *Os jesuítas fazem as consultas e*

voltam para a sua comunidade (Ent.prof-4). De acordo com alguns autores, a forma de olhar está vinculada aos conceitos de humanização, responsabilização e da integralidade do cuidado²¹, o que agrega um diferencial na relação de promoção de saúde e não apenas tratamento da doença, tal como é o núcleo da proposta do modelo integrado de saúde. Constitui-se, assim, uma importante estratégia de cuidado da prática profissional no que tange a reorganização dos serviços assistenciais de saúde e a resolutividade dos serviços²².

Nas diferenças do antes e do depois, identifica-se nos excertos a seguir que *“antes tudo era do médico* (Ent.prof-14). *O trabalho individualizado e sem acesso às informações clínicas* (Ent.prof-21). *Sem confiança dos jesuítas no cuidado que recebiam* (Ent.prof-7). *Não tinha nenhum tipo de padronização* (Ent.prof-11). *Pouca humanização de procurá-los, conversar e ouvi-los* (Ent.prof-22). Percebe-se que no modelo de gestão anterior o cuidado era centrado no médico, o trabalho individualizado, restrições às informações clínicas, falta de confiança dos jesuítas no cuidado, não havia qualquer tipo de padronização e pouca humanização no cuidado. Neste sentido, a interdisciplinaridade no contexto da área da saúde vale a pena ser ressaltada, uma vez que requer que haja uma intercessão na atuação de cada profissional, fazendo-os terem êxito em seus planos terapêuticos²³.

No modelo de gestão atual, identifica-se nos relatos que *“hoje todos somos igualmente promotores de saúde e bem-estar, valoriza-se o profissional* (Ent.prof-14). *Temos maior interação interdisciplinar com reuniões mensais* (Ent.prof-19). *A implementação do prontuário eletrônico e de diretrizes com protocolos* (Ent.prof-26). *Descentralizadora* (Ent.prof-23). *Atendimento prático, rápido e centrado* (Ent.prof-27). *Padronizou-se o atendimento”* (Ent.prof-21). Atualmente, busca-se empoderar e valorizar cada profissional em sua área de atuação, descentralizando e padronizando o cuidado por meio de protocolos, registros em prontuário eletrônico e atuação interdisciplinar. Quantos aos protocolos, são instrumentos direcionadores e normativos, voltados para ações preventivas, promocionais e educativas²⁴. No que se refere ao prontuário eletrônico, trouxe vantagens para a otimização e armazenamento das informações, centralizando e integrando as informações sobre o paciente²⁵.

Quanto as singularidades de cada *cluster*, no Dois ocorre a presença da compreensão do cuidado no que tange ao cuidado integrado, preventivo e humanizado, como se percebe nas falas dos participantes: *“O cuidado é mais humanizado, personalizado, voltado para a saúde integral da pessoa* (Ent.prof-3). *O cuidado que se dá é integrado e preventivo* (Ent.prof-11). Tal como referem os autores, todos os seres têm inscritos em si a condição ou tendência de exercer o cuidado²⁶. Quanto ao cuidado integral, a integralidade carrega em si a essência do cuidar²⁷. No que se refere ao cuidado humanizado, significa considerar a essência do sujeito²⁸.

No *cluster* Três, a similaridade acontece pela sistematização e profissionalização, onde os participantes evidenciaram os protocolos, o atendimento e a gestão profissional, a interação entre os profissionais e o direcionamento e a centralização, representado nos excertos: *“Os protocolos instituídos* (Ent.prof-1). *Atendimento profissional e sistemático às necessidades de saúde* (Ent.prof-25). *Uma gestão profissional, que tem uma interação com a equipe que trabalha de uma forma coesa* (Ent.prof-18). De acordo com os autores, a prática interdisciplinar surge como

uma alternativa para concretização de uma proposta de assistência mútua. Consiste na gestão do cuidado correlacionado entre as diversas áreas ofertadas, visando uma troca contínua de informações e o compartilhamento de atividades²⁹.

O *cluster* Quatro, associa participantes pelos aspectos a evoluir no modelo de gestão em saúde, onde algumas dimensões são constatadas, como a adesão mais efetiva dos profissionais ao modelo de gestão em saúde, a liberdade de ação profissional, o paradigma biomédico, no serviço de odontologia para os jesuítas dependentes e na busca constante por melhorias e mudanças. Os seguintes excertos exemplificam estas ideias: “A aceitação de todos na equipe de agirem conforme o modelo de gestão e o profissional ter mais liberdade de ação e quebrar esse paradigma biomédico (Ent.prof-14). Buscando melhorias que possam mantê-lo sempre eficiente e funcional (Ent.prof-26). Facilitar o acesso aos serviços de odontologia para os jesuítas com dificuldade de locomoção (Ent.prof-27). Para os autores, embora haja todo um esforço para modificar as práticas e os arranjos institucionais, com o intuito de propiciar maior integralidade dentro dos serviços e da rede de atenção, permanecem os resquícios autoritários do modelo biomédico³⁰.

No *cluster* Cinco, os participantes conectam-se pela otimização dos serviços, em que referem, a centralização dos atendimentos, a unificação das necessidades, os espaços que as CSBE possuem que permite a desospitalização e o conhecimento das necessidades de saúde que os profissionais têm dos jesuítas, como se percebe nos relatos: “Consegue-se centralizar a maioria dos atendimentos (Ent.prof-2). Juntar as necessidades de saúde dos jesuítas e discutir em equipe (Ent.prof-5). A construção de sala para desospitalização (Ent.prof-24). Conforme os autores, a interdisciplinaridade constitui-se de uma equipe, no compartilhamento de experiências e trocas de conhecimentos de suas respectivas especialidades³¹. A utilização da atenção domiciliar, a desospitalização, o foco nos profissionais e a reorganização dos serviços, são fundamentais para uma eficiente redução de custos³².

Os *clusters* Sete e Oito se definem negativamente pela ausência de codificação comum. Destes profissionais, um estava na instituição quando foi implantado o modelo de gestão em saúde e os outros cinco, entraram após a implantação. O que é interessante observar é a temporalidade dos participantes na instituição, indicando que não possuem comunalidades na percepção do modelo de gestão em saúde.

Quadro³. Análise comparativa dos *clusters* para os 20 *stakeholders*

Categorias e subcategorias	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
Modelo de gestão em saúde							
Desmistificação dos espaços	Y	0	0	Y	Y	0	0
Sistematização e profissionalização	Y	Y	0	Y	X	X	X
Racionalização e otimização dos custos	Y	Y	Y	Y	X	Y	0
Compreensão do cuidado							
Integrado, preventivo e humanizado	Y	0	Y	0	0	X	Y
Com abordagem interdisciplinar	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y
Mudanças ocorridas							
Diferenças do antes e depois	Y	0	X	X	X	0	X
Principais melhorias	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y
Documentos instituídos	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0
Educação continuada	Y	0	Y	0	Y	Y	Y
Serviço dos profissionais	Y	Y	X	Y	Y	Y	Y

Sentimento de ser cuidado	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y
Sustentabilidade econômica							
Autogestão	Y	Y	Y	0	Y	0	0
Compra de medicação em escala	Y	Y	0	X	0	Y	0
Otimização dos serviços	Y	0	0	Y	0	0	0
Investimento em profissionais	Y	0	0	0	0	Y	Y
Desafios							
Institucional	Y	X	0	X	Y	X	0
Regional	Y	0	Y	Y	0	Y	0
Adesão	Y	Y	Y	Y	0	0	0
Financeiro	Y	0	Y	Y	Y	0	Y
Comunicação	Y	Y	Y	0	Y	Y	0
Sustentabilidade	Y	X	X	Y	0	Y	0
Liderança	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0
Oportunidades							
Institucional	Y	X	X	X	X	X	X
Regional	Y	X	Y	Y	0	0	0
Preparar o jesuíta para envelhecer	Y	0	0	Y	0	Y	0
Financeira	Y	Y	0	0	Y	X	X
Uso de tecnologias	Y	Y	Y	Y	Y	0	0
Ampliar os serviços	Y	0	Y	Y	0	Y	Y

Fonte: Elaborado pelos autores

O *cluster* Um é formado por um *stakeholder* com mais de trinta anos de instituição e se define negativamente pela ausência de codificação. Enquanto os *clusters*, Dois, Três, Quatro, Cinco, Seis e Sete, são constituídos por dezenove *stakeholders*, variando de vinte a trinta e cinco anos de instituição e associam-se pela oportunidade institucional, como se menciona nas falas a seguir: “*Refletir sobre o cuidado com o corpo e de elaborar a autobiografia* (Ent.stak-15). *Uma cultura de prevenção entre os religiosos* (Ent.stak-11). *Os jesuítas entenderem as CSBE como um lugar de cuidado* (Ent.stak-6). Algumas dimensões são verbalizadas, como a do cuidado com o corpo, a elaboração da autobiografia, o cuidado do idoso religioso, a proposta de um estilo de vida saudável e preventivo. O entendimento dos jesuítas referentes às CSBE. Segundo alguns autores, na dimensão do corpo, propõe-se uma escuta ativa da sua linguagem, seus gritos, seus sussurros e seus silêncios³³. Quanto a autobiografia, o seu significado vai além da linguagem verbal³⁴. No que se refere ao envelhecimento saudável é necessária uma mudança no estilo de vida³⁵. Em relação ao processo de envelhecimento das congregações religiosas, tem gerado a necessidade de ressignificar o modo de ser e agir frente às limitações que o envelhecimento impõe³⁶.

Outras oportunidades institucionais são mencionadas: “*A compreensão dos espaços das CSBE* (Ent.stak-7). *A consciência da saúde preventiva ao bem envelhecer em vista da missão* (Ent.stak-10). *As ferramentas de tecnologias, intermediarem as reuniões com os profissionais e jesuítas, envolvendo as quatro CSBE*” (Ent.stak-2). *No Brasil são muitas culturas, porém, o modelo de gestão segue uma mesma linguagem* (Ent.stak-8). É referido pelos participantes, a compreensão dos jesuítas referente aos espaços das CSBE, a conscientização por uma cultura de prevenção em prol da missão, os meios tecnológicos como ferramentas de intermediação de reuniões e a linguagem comum, como estratégia de diluir as diferenças culturais. Para esses autores, a diversidade cultural faz parte da história do Brasil, o qual é composto por um território amplo, extenso e diversificado³⁷.

Nos *clusters* Três, Quatro, Cinco e Sete, aparecem as diferenças do antes e depois, como é mencionado em alguns relatos: “*Antes se internava muito e hoje temos um espaço pensado por uma equipe interdisciplinar que permite que o jesuíta*

fique na CSBE (Ent.stak-19). Fizemos salas de desospitalização com compra de aparelhos novos (Ent.stak-18). Percebe-se que no modelo de gestão anterior as internações eram mais frequentes, o que acabava onerando a instituição. Enquanto no atual, foi-se pensado em espaços que permitem que o jesuíta fique na CSBE, tendo de retaguarda a assistência de uma equipe interdisciplinar.

A sistematização e a profissionalização associam-se aos *clusters* Cinco, Seis e Sete, onde relacionam o acompanhamento médico, a atualização das informações clínicas por meio do prontuário eletrônico, o planejamento e a organização dos processos assistenciais das rotinas do cuidado aos jesuítas, a qualificação, a integralidade, a agilidade, a universalidade, a racionalização e a canalização nos processos do cuidado ao jesuíta, como se identifica: *“Acompanhamento médico (Ent.stak-19). Informações atualizadas em banco de dados (Ent.stak-9). A organização dos processos e planejamento (Ent.stak-18). Tem-se qualificado e profissionalizado o atendimento aos jesuítas (Ent.stak-10). Gestão integrada dos processos (Ent.stak-20). Agilidade nos encaminhamentos (Ent.stak-5). A universalidade do atendimento e a racionalidade e canalização dos processos” (Ent.stak-2).*

O desafio institucional é mencionado nos *clusters* Dois, Quatro e Seis, elencando-se a relação da igreja com o corpo, a ausência de uma cultura preventiva em saúde, a desmistificação dos espaços de cuidado, o envelhecimento populacional da instituição, a preocupação com a saúde mental dos jesuítas, a falta de um responsável pela saúde dos jesuítas em missão, os jesuítas jovens usando mais dos recursos em saúde e o questionamento quanto a felicidade no processo terminal de um jesuíta, como se ilustra nos excertos em seguida. *“A mentalidade na vida religiosa em relação ao corpo (Ent.stak-5). A conscientização de uma cultura preventiva ao bem envelhecer (Ent.stak-20). A vida religiosa está envelhecida (Ent.stak-16). O conceito dos espaços de cuidado (Ent.stak-6). A saúde mental dos jesuítas e os jovens usando em excesso os recursos de saúde. Quem cuida da saúde dos jesuítas em missão? (Ent.stak-7). O jesuíta precisa terminar a sua vida feliz.” (Ent.stak-15).* De acordo com os autores, a felicidade, enquanto busca universal, é ensinada de acordo com cada tradição sobre sua forma, requisitos e considerações para alcançá-la³⁸.

O desafio de sustentabilidade, relaciona-se aos *clusters* Dois e Três, em que se relata, o modelo de gestão em saúde vai precisar contar com gestores capacitados, qualificados, competentes, interdisciplinares, ágeis e que sejam responsáveis pela gestão do processo, como se observa nas falas: *“O modelo precisa e vai precisar contar com gestores capacitados e qualificados e como vamos segurá-los? (Ent.stak-11). Vai demandar de pessoas competentes, interdisciplinares, ágeis, e que sejam responsáveis pela gestão do processo” (Ent.stak-2).* Segundo alguns autores, um gestor preparado apresenta aspectos positivos, demonstra a autoconfiança necessária em suas capacidades, tornando suas ações assertivas mesmo em situações adversas independente do resultado alcançado, assumindo as responsabilidades por elas³⁹. Um dos maiores desafios atuais é a atração e a retenção de pessoas adequadas à cultura da empresa⁴⁰. O cuidado com os colaboradores, a empatia entre os profissionais com atuação horizontal onde todos são ouvidos é uma forma de estratégia para a retenção de profissionais na instituição⁴¹.

As oportunidades financeiras, vinculam-se aos *clusters* Seis e Sete, onde se constata a conscientização dos jesuítas para usufruírem mais das estruturas dos serviços de saúde, a adoção de uma cultura preventiva e a adoção da telemedicina, como se percebe nos excertos a seguir: “A conscientização dos jesuítas das estruturas de saúde que se oferece (Ent.stak-7). A construção de uma cultura preventiva ao envelhecimento saudável (Ent.stak-20). A implantação da telemedicina, reduziria os custos e melhoraria o acompanhamento dos jesuítas em regiões remotas” (Ent.stak-5). A telemedicina consiste na aplicação de tecnologias de informação na saúde com objetivo de ampliar a oferta de serviços básicos, principalmente quando a distância entre o paciente e o centro de saúde procurado é um fator crítico⁴².

Quanto as singularidades, no *cluster* Dois aparece a oportunidade regional, onde menciona-se que as CSBE acolhem jesuítas de qualquer parte do Brasil, a sistematização de práticas e linguagens com um mesmo objetivo, como se constata nas falas: “As CSBE acolhem jesuítas de todo o Brasil e seguem as mesmas orientações (Ent.stak-18). Sistematizar práticas diferentes com um mesmo objetivo comum (Ent.stak-2). Traduzir diferentes linguagens” (Ent.stak-8). De acordo com os autores, o processo de regionalização deve ser compreendido, como um modo de organização das ações e dos serviços de saúde em uma região cujo objetivo é assegurar a integralidade da atenção⁴³. As diferenças culturais são essenciais em todas as sociedades, pois são as diferenças que fazem a diferença, é a diversidade que oferece oportunidade de conhecer o outro, de respeitar, entender, analisar e estudar os conhecimentos culturais passados, na busca de enriquecer as diversas culturas do presente⁴⁴.

No *cluster* Três, consta o serviço dos profissionais, destacando-se a relação de confiança que se estabelece entre os profissionais e jesuítas e o atendimento humanizado e qualificado, como segue nos relatos: “A relação de confiança entre profissionais e jesuítas (Ent.stak-3). A qualidade do atendimento (Ent.stak-10). Profissionais humanos” (Ent.stak-4). Segundo os autores, o interesse do profissional em estar presente, dialogar e escutar o que a pessoa assistida tem a dizer, demonstra uma postura acolhedora e destaca o indivíduo enquanto singular, gerando sentimentos de bem-estar, segurança e satisfação, estreitando a relação supracitada e favorecendo uma assistência pautada na perspectiva da humanização⁴⁵.

No que toca a compra de medicação em escala, relaciona-se com o *cluster* Quatro, que citam a economia, a redução de custos, a organização dos processos com a centralização das aquisições e o acompanhamento personalizado, conforme os excertos: “A compra das medicações em escala traz economia (Ent.stak-18). A gestão centralizada dos medicamentos reduz custos (Ent.stak-11). A distribuição das medicações é organizada (Ent.stak-12). Se acompanha o histórico das medicações dos jesuítas (Ent.stak-8). Para os autores, ter eficiência na aquisição de produtos com qualidade assegurada e em quantidades apropriadas por um preço razoável, viabiliza a economicidade dos recursos e no caso específico da aquisição de medicamentos⁴⁶. Um dos ganhos na compra em escala de medicamentos é a racionalidade dos processos⁴⁷.

Com o *cluster* Cinco, associa-se a racionalização e otimização dos custos, onde é referido os investimentos iniciais, a autogestão, a centralização da compra em escala das medicações e as desospitalizações, como se percebe nos excertos:

“Por primeiro, precisa-se de investimento (Ent.stak-19). A autogestão (Ent.stak-9). As desospitalizações (Ent.stak-18). A centralização da compra em escala das medicações” (Ent.stak-8). De acordo com os autores, todo investimento deve garantir uma racionalidade econômica e representa um indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde⁴⁸.

O cuidado integrado, preventivo e humanizado, vincula-se ao *cluster* Seis, em que o cuidado é compreendido nas dimensões da integralidade, da prevenção e da humanização, como é fundamentado pelos autores que afirmam, é fundamental informar as pessoas da sua condição de saúde, para melhor preveni-la e gerenciá-la por meio do autocuidado⁴⁹. Segue os relatos: “A compreensão do cuidado é mais ampla, é algo integrado, preventivo (Ent.stak-13). Um cuidado humanizado” (Ent.stak-20).

Quadro⁴. Análise comparativa dos *clusters* para os 14 usuários

Categorias e subcategorias	C1	C2	C3
Modelo de gestão em saúde			
Desmistificação dos espaços	Y	Y	0
Sistematização e profissionalização	0	Y	Y
Racionalização e otimização dos custos	Y	Y	Y
Compreensão do cuidado			
Integrado, preventivo e humanizado	Y	Y	Y
Com abordagem interdisciplinar	Y	Y	Y
Mudanças ocorridas			
Diferenças do antes e depois	X	X	Y
Principais melhorias	Y	Y	Y
Documentos instituídos	Y	Y	Y
Educação continuada	0	Y	Y
Serviço dos profissionais	X	Y	X
Sentimento de ser cuidado	0	X	X
Sustentabilidade econômica			
Autogestão	0	Y	Y
Compra de medicação em escala	Y	Y	Y
Otimização dos serviços	0	Y	Y
Investimento em profissionais	Y	Y	Y
Desafios			
Institucional	Y	Y	Y
Regional	Y	0	0
Adesão	Y	Y	Y
Financeiro	Y	X	0
Comunicação	Y	Y	Y
Sustentabilidade	Y	Y	Y
Liderança	Y	0	Y
Oportunidades			
Institucional	Y	Y	0
Regional	Y	Y	Y
Preparar o jesuíta para envelhecer	0	Y	Y
Financeira	Y	Y	Y
Uso de tecnologias	Y	Y	Y
Ampliar os serviços	Y	Y	Y

Fonte: Elaborado pelos autores

Os participantes dos três *clusters*, variam de um a vinte cinco anos de tempo de residência nas CSBE e aproximam-se pelas diferenças do antes e depois, onde referem que anteriormente não havia muito interesse pela pessoa humana, com muitos planos de saúde, o ambiente era de pouca comunicação e de atritos entre os profissionais. Enquanto o modelo de gestão atual, ocorre a valorização e a humanização no cuidado, a autogestão, mudanças nas cores na infraestrutura,

nutricionistas que cuidam e organizam o cardápio e o ambiente de trabalho, como se percebe nas falas a seguir: “*Antigamente ninguém ligava muito para nós, hoje temos casa e gente para cuidar* (Ent.usu-11). *Se tinha vários planos de saúde e tudo muito burocrático e agora temos a autogestão* (Ent.usu-9). *Mudou as cores dos corredores e a alimentação* (Ent.usu-1). *Um bom acompanhamento no cuidado* (Ent.usu-3). *Sem focos, todos trabalhando juntos e se comunicando* (Ent.usu-4). *Melhor cuidado pela pessoa*” (Ent.usu-14).

Os *clusters* Um e Três associam-se com os serviços dos profissionais, citando a empatia, o carinho, a dedicação, a disponibilidade, a gentileza, a integralidade, a alegria, a felicidade, o respeito, o cuidado e a acolhida, como segue nos excertos: “*Capacidade de empatia* (Ent.usu-1). *Carinhosos e dedicados* (Ent.usu-12). *Sempre disponíveis* (Ent.usu-14). *A gentileza no cuidado* (Ent.usu-2). *O serviço atinge as pessoas como um todo* (Ent.usu-4). *Alegres e felizes* (Ent.usu-7). *Respeitosos e cuidadosos* (Ent.usu-13). *Excepcionais de acolhida*” (Ent.usu-8). De acordo com os autores, o acolhimento não é apenas uma atividade de recepção nas instituições de saúde, ele é uma atitude e uma técnica de conversa que pode ocorrer em qualquer momento do atendimento e por qualquer profissional de saúde⁵⁰. O interesse do profissional em estar presente, dialogar e escutar o que a pessoa assistida tem a dizer, demonstra uma postura acolhedora e destaca o indivíduo enquanto singular, gerando sentimentos de bem-estar, segurança e satisfação, estreitando a relação supracitada e favorecendo uma assistência pautada na perspectiva da humanização⁵¹.

O sentimento de ser cuidado assemelha-se nos *clusters* Dois e Três, destacando-se a organização dos processos, a acolhida, o cuidado, a valorização da vida humana, a alimentação, o interesse dos profissionais, a segurança, o respeito, a dedicação, a humanização, o amor e o tratamento igualado, como se observa nas falas: “*Não falta nada tudo é organizado* (Ent.usu-1). *Muito bem cuidado e acolhido* (Ent.usu-12). *Valorizam a vida da pessoa* (Ent.usu-13). *A comida é pensada de acordo com a idade e a situação de saúde de cada um* (Ent.usu-14). *Os profissionais perguntam, tem interesse de saber como que a gente está* (Ent.usu-2). *Me sinto seguro* (Ent.usu-3). *Nos respeitam e fazem o trabalho com muito amor e dedicação* (Ent.usu-6). *Trata-se todos igual*” (Ent.usu-7).

Para os autores, o acolhimento enquanto momento e enquanto ato-ação singular de encontro com o outro no cuidado em saúde, precisa proporcionar um ambiente de cuidado, respeito e acolhida. Colocar em prática a ação do acolhimento requer uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como a ação terapêutica⁵². A empatia na área da saúde é um instrumento indispensável de fim diagnóstico e terapêutico e envolve a escuta ativa, identificação de problemas e de emoções vinculadas a eles e expressão de linguagem corporal⁵³. A relação com o profissional de saúde é valorizada na duração do tempo disponibilizado para poder conversar sobre seus problemas e tirar dúvidas⁵⁴.

Como singular no *cluster* Dois, aparece o desafio financeiro, onde se constata o quantitativo de profissionais, impactando financeiramente a instituição, como se percebe nos excertos: “*Se poderia economizar em funcionários* (Ent.usu-13). *Somos em muito poucos, para muitos funcionários*” (Ent.usu-10). Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a dimensão qualitativa do dimensionamento de pessoal existe pela previsão da quantidade de pessoal

ajustada proporcionalmente à categoria (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) profissional necessário para atender, direta ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem da clientela assistida nas instituições de saúde⁵⁵.

Diante dos dados apresentados e analisados, percebe-se que a subcategoria das diferenças do antes e do depois, perpassa nos três grupos estudados. As subcategorias, sistematização e profissionalização e o cuidado integrado, preventivo e humanizado, aparecem nos grupos dos profissionais e *stakeholders*. É exclusivo do grupo dos profissionais as subcategorias principais melhorias, otimização dos serviços e os aspectos a evoluir. Nos *stakeholders* é a racionalização e otimização dos serviços, a compra em escala dos medicamentos, os desafios institucionais e de sustentabilidade, as oportunidades institucionais, a financeira e a regional. Para os usuários, o sentimento de ser cuidado e o desafio financeiro.

São três os aspectos que integram a análise transversal entre os participantes. O primeiro envolve os processos e a profissionalização, o que significa: a criação de protocolos e documentos instituídos; a autogestão (por ex., a compra de medicamentos em escala); o aumento do planejamento e diminuição da burocratização, gerando maior agilidade e racionalização das ações; a capacitação, expansão e qualificação das equipes de profissionais (por ex. atuação interdisciplinar e contratação de especialistas); a implantação do prontuário eletrônico; a construção de espaços de cuidado que permite a desospitalização, gerando nos usuários maior confiança e segurança. O segundo aspecto diz respeito ao ambiente de segurança psicológica, com relações interpessoais mais empáticas e confiáveis; comunicação mais aberta e fluída; formação de equipes mais coesas, menos conflituosas e menos hierárquicas, rompendo com o paradigma biomédico. O terceiro aspecto, é o cuidado: mais humanizado e personalizado; preventivo a partir de um olhar integrado de diferentes profissionais; com espaços e práticas adequados ao acolhimento e acompanhamento das necessidades de saúde dos jesuítas.

Em relação aos desafios institucionais, emergiram das respostas dos *stakeholders* a importância de: ressignificar a consciência do corpo entre religiosos; fomentar a cultura de prevenção em saúde e o envelhecimento saudável na vida religiosa; atentar para a saúde mental dos religiosos, definindo estratégias de cuidado e promoção de bem-estar; instituir práticas de cuidado em saúde para os jesuítas externos às CSBE; promover bem-estar e dignidade no processo terminal da vida. Um outro desafio envolve a política de gestão de pessoas, nomeadamente a alocação, a retenção e o desenvolvimento de lideranças.

Quanto às oportunidades, evidenciou-se nesse grupo de participantes a importância de considerar as peculiaridades das diferentes regiões do país, respeitando-as e ao mesmo tempo construindo um modelo de gestão único. Em relação a oportunidade financeira, sublinharam que a adoção de hábitos saudáveis e a cultura preventiva, ajudaria a prevenir doenças e a reduzir custos. Além disso, a implantação da telemedicina facilitaria o acesso a saúde para jesuítas em regiões remotas com acompanhamento periódico. Isso poderá traduzir-se em ganhos de eficiência e eficácia no cuidado de saúde.

Considerações finais

Conclui-se que os três grupos pesquisados, integram-se em três aspectos, a saber, os processos e a profissionalização, o ambiente de segurança psicológica e o cuidado. De uma maneira geral, o novo modelo de gestão é visto favoravelmente pelos três grupos de participantes, o que confirma algumas proposições da literatura de referência.

As evidências e análises apresentadas conduzem à conclusão de que a implementação de estratégias de gestão da saúde, centradas nas pessoas e com o direcionamento ao estilo de vida em uma população religiosa envelhecida, traz benefícios significativos para o bem-estar e qualidade do cuidado dos indivíduos. O processo de mudança no modelo de gestão e oferta da atenção à saúde, partindo do foco no tratamento para uma abordagem mais holística, sugere maior capacidade de lidar com as necessidades específicas desse grupo populacional, principalmente pela participação ativa e engajamento dos múltiplos stakeholders, incluindo usuários, profissionais de saúde e lideranças estratégicas.

Academicamente, a pesquisa contribui para avanços no entendimento sobre a necessária parceria entre a entidade confessional e os serviços de saúde, com vistas ao fortalecimento de ações voltadas para a população religiosa envelhecida. Neste sentido, a colaboração para a implementação de medidas para o acesso facilitado aos cuidados de saúde, a criação de um ambiente promotor de integração entre fé e saúde, e para a abordagem centrada na integração e prevenção, com o fortalecimento da coesão social e o senso de pertencimento religioso, são fatores-chave no processo de aprimoramento do modelo de saúde. Considerando que este estudo reforça a importância de adotar estratégias que podem ser aplicadas não apenas em entidades confessionais, mas também em outras organizações de saúde, para atender às demandas de grupos populacionais específicos, essencialmente os mais envelhecidos, há também subsídios teóricos e práticos relevantes para profissionais da saúde, gestores e formuladores de políticas, visando o aprimoramento dos sistemas de saúde e o bem-estar de uma população.

Com base nas conclusões deste estudo, pode-se recomendar gerencialmente aos executivos que dirigem serviços de saúde orientados a grupos envelhecidos, que direcionem seus esforços para uma abordagem mais integrada, preventiva e centrada nas pessoas, de modo que os melhores resultados em saúde e bem-estar de corram de boas práticas de coordenação e transição do cuidado, em um ambiente de convívio e coesão social. Adicionalmente, investir na promoção de uma cultura de cuidado preventivo voltados às doenças específicas associadas ao envelhecimento, e à emancipação pela longevidade ativa e autônoma, com a oferta de exames preventivos, campanhas de vacinação, orientações sobre hábitos de vida saudáveis e a promoção da atividade física regular, por exemplo, contribuem para evitar o surgimento de doenças crônicas, e minimizar as complicações de saúde.

Destaca-se ainda que o fomento de parcerias com entidades religiosas e comunitárias, permite valorizar o papel da integração entre fé e saúde, com a ampliação do alcance dos serviços de saúde e a oferta de cuidados personalizados e culturalmente sensíveis, além de também facilitar a identificação de necessidades específicas da população, e a criação de programas e atividades adequados às suas demandas. Não menos importante, utilizar as tecnologias de saúde digital e telemedicina, o que inclui sistemas de monitoramento remoto e prontuários eletrônicos, pode otimizar a prestação de serviços de saúde, por proporcionar maior acessibilidade aos cuidados de saúde, permitindo consultas virtuais, monitoramento

de indicadores de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais e pacientes, além de contribuir para a eficiência operacional, a redução de custos e a melhora da comunicação e coordenação entre os membros da equipe de saúde.

Por ter sido conduzido a partir da análise da experiência de uma instituição confessional de alcance nacional, no Brasil, é limitação marcada do presente estudo as inferências a partir do contexto próprio e específico daquele grupo, demandadas ainda explorações em outros contextos, inclusive em outras realidades nacionais. Por estar circunscrito em um tempo específico, é limitação a capacidade de exploração do campo, o que sugere a continuidade das avaliações e a preservação de análises dos resultados com o amadurecimento do modelo de gestão, e sob condições de crescimento no número de pessoas longevas no grupo confessional estudado.

Como seguimento, algumas sugestões de pesquisas futuras podem ser exploradas para as estratégias de gestão da saúde em população religiosa longeva, e extrapoladas para a população geral. Nessa direção, acompanhar ao longo do tempo a condução do modelo e avaliar os resultados da estratégia de gestão da saúde centradas na integração e prevenção, em populações longevas, principalmente para a verificação da sustentabilidade, dos eventuais desafios e do impacto na qualidade de vida e satisfação das pessoas. Também, uma análise comparativa entre diferentes populações religiosas e longevas, poderia fornecer ideias valiosas sobre os fatores específicos relacionados à religião, cultura e dinâmica de grupos, que influenciam a gestão da saúde, com suas particularidades, para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas de cada grupo.

Por fim, estudos focados na percepção e experiência dos profissionais de saúde e lideranças estratégicas envolvidas na mudança de modelo de gestão, poderia apoiar na compreensão como esses atores-chave percebem a transição, os desafios enfrentados, os fatores facilitadores e as melhores práticas identificadas, para além das apresentadas na presente pesquisa, o que permitirá aprimorar a implementação de estratégias de gestão da saúde centradas na integração e prevenção. Essas sugestões de pesquisas futuras contribuiriam para aprofundar o conhecimento sobre a eficácia, os desafios e os fatores determinantes no processo de implementação de estratégias de gestão da saúde em populações religiosas longevas, refinadas as abordagens, e dirigidos os esforços para atender às necessidades de grupos específicos.

Referências

1. Gomes R, Moreira W, Girão P. Health management models and their impacts on organizational behaviors of human resources in the hospital setting. *World Journal of Advanced Research and Reviews* 2023; 17: 318–324.
2. André SMM. *Desafios da gestão em saúde: custos vs qualidade*. Universidade Católica Portuguesa. Viseu, 2020.
3. Bernardino M. *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*. Coimbra, 2017.

4. Barros PP. Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 4. ed. Portugal: Lisboa, 2021.
5. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2013; 23:1189-1213.
6. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Filho CEE, Queiroz DM. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev. APS* 2017. 20: 98 – 106.
7. Capra F. Ponto de mutação. São Paulo: Ed. Cultrix. 2012.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377; 1778-1797.
9. Araújo HPA, Santos LC, Domingos TS, Alencar RA. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2021; 29:34-50.
10. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistema de Saúde* 2015; 4:1-10.
11. Lobato DM. Gestão resiliente: um modelo eficaz para a cultura empresarial brasileira contemporânea. Atlas, 2013.
12. Hayashida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. Decision-making of the nursing team after the revitalization of a decentralized management model. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23: 286-93.
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3a Ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
14. Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação* 2003; 9:191-210.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
16. Moraes R, Galiuzzi, MC. Análise textual discursiva. 3. ed. rev. e ampl. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.

17. O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: protocol for an integrative review. *Plos One* 2017; 12: 0177026.
18. Medeiros KKAS, Júnior EPP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2017; 41: 288-295.
19. Satur RV, Bastos AFV, Abreu NR. Os serviços de saúde e a autogestão da saúde dos usuários de plano público e de plano privado. *Rev. Gest. Sist. Saúde* 2020; 9:269-282.
20. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate* 2018; 42:163-173.
21. Push R. Humanização e integralidade. *Rev. SBPH* 2010; 2: 210-216.
22. Matsuoka ETM, Rodrigues MLFM, Silva JMM, Galindo WCM, Galvão JO. A comunicação profissional de saúde-usuário (a) na doença renal crônica. *Revista Subjetividades* 2019; 19:75-93.
23. Soares ML, Aquino DF, Sousa GML, Queiroz J L, Matos JMS, Santiago LB, Gomes YVC, Filho HGL. The role of the interdisciplinary team in the treatment of patients. *Brazilian Journal of Health Review* 2022; 5:11424–11433.
24. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde departamento de gestão e incorporação de tecnologias e inovação em saúde coordenação-geral de gestão de tecnologias em saúde coordenação de gestão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Brasília, 2020.
25. Schütz DM, Oliveira DS. Prontuário eletrônico: uma visão histórica interdisciplinar. *Revista Universo Psi* 2020; 1:17-32.
26. Oliveira MFV, Carraro TE. Care in Heidegger: an ontological possibility for nursing. *Rev. Bras. Enferm* 2011; 64:376-380.
27. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental - ano IX* 2011;17: 523-536.

28. Ministério da Saúde (BRASIL). Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Rede de Produção de Saúde. Brasília: Editora MS, 2010.
29. Jafelice GT, Marcolan JF. O trabalho multiprofissional nos centros de atenção psicossocial de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018; 7:2259-66.
30. Oliveira PRS, Calais LB, Souza DLA, Silva MH, Pinto NS. Bond, affection, work in health: ethical-political approaches to care. *Psicologia Argum* 2022; 39:1532-1556.
31. Nascimento JW, Silva LR, Arruda LES, Freitas MVA, Nascimento MLV, Silva MGG, Santos EM, Silva LC, Leite RTV. Experience report on the importance of intersectoriality and interprofessionality for the promotion of health in an extension project, Pet-health interprofessionality. *Brazilian Journal of Health Review* 2021; 4: 560-578.
32. Andrade AM, Brito MJM, Von Randow RM, Montenegro LC, Silva, KL. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam* 2013; 5:33-83.
33. Oliveira PRF. Corpo apostólico, espiritualidade encarnada: Pistas para uma teologia dos sentidos. *ATEo* 2022; 26:198-226.
34. Pereira ALM. Como e porque (des) ler os clássicos da biografia. Porto Alegre: EDIPUCRS; IEL, 2010.
35. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
36. Santos CN, Caldas CP, Andrade PCDT, Lindolpho MC, Sá SPC, Penna LHG. O envelhecimento de mulheres religiosas (freiras): implicações para a enfermagem. *Rev Recien* 2021; 34:237-247.
37. Oliveira RM. Diversidade cultural: a importância das diversas culturas no ensino-aprendizagem, no desenvolvimento da cidadania e na preservação de valores éticos e morais. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2017; 1:376-403.
38. Pereira D, Araújo UF. Uma reflexão sobre a busca e o significado da felicidade. *Revista Educação e Linguagens* 2018;12: jan./jun.
39. Marinelli EB. Gestores do capital intelectual – quebrando amarras. *Revista Científica Multidisciplinar* 2022; 7: 371304.

40. Soares NSG. Estratégias de atração e retenção de capital humano. Coimbra, 2021.
41. Backes DS, Pereira ADATM, Mara RC, Rupolo I, Backes MTS, Büscher A. Bonding professional-user: competence to act in the family health strategy team. *Av Enfrm* 2015; 33:222-229.
42. Zanotto BS, Ruschel KB, Silva RS, Oliveira M, Campos Moreira T, Cabral FC, Araujo AL, Umpierre RN, Gonçalves MR, Harzheim E, Polanczyk CA. Economic evaluation of a telemedicine service to expand primary health care in Rio Grande do Sul: teleoftalmo's microcosting analysis. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25:1349-1360.
43. Morais VS, Chaves APL. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. *Saúde e Sociedade* 2016; 2:349-360.
44. Oliveira ACC. Design para a felicidade: objetos de memória em espaços de vivências. (Dissertação) Mestrado em Design. Belo Horizonte: Universidade do Estado de Minas Gerais, 2017.
45. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the family health strategy. *Cienc Cuid Saude* 2014;13: 556-562.
46. Paes FJBB. Modelo de análise custo-benefício – um mecanismo de racionalidade económica. Universidade de Lisboa, 2019.
47. Peters JR, Castro MC, Cavalcanti ITN. Analysis of practical prices in the acquisition of medicines by the health consortia compared to municipal institutions in the period from 2017 to 2018. *J Bras Econ Saúde* 2022; 14:38-51.
48. Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25:325-338.
49. Palheta RP, Oliveira VV, Lima ACS. A humanização em saúde visão dos usuários de um hospital público. *Brazilian Journal of health Review* 2020; 3:14553-14565.
50. Silva GTR, Silva INC, Lima JMM, Veiga KB, Teixeira GAS, Almeida DB. Modelos de gestión de enfermería: un mecanismo de (des)encuentros en el ambiente hospitalario. *Ciencia y Enfermeria* 2022; 28:25.

51. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S; Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula VG, Domingos MMLN. Assistance in family health from the perspective of users. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18:[09 telas].
52. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad Saude Publica* 2017; 33: 00184715.
53. Terezam R, Reis-Queiroz J, Hoga LAK. A importância da empatia no cuidado em saúde e Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2017; 70:697-8.
54. Dawalibi NW, Anacleto GMC, Witter C, Goulart RMM, Aquino RC. Aging and quality of life: analysis of scientific production in SciELO. *Estudos de psicologia em Campinas* 2013; 30:393-40.
55. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2017.

APÊNDICE T - GUIA COM ORIENTAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE INTEGRADA E PREVENTIVA A ENTIDADES CONFSSIONAIS

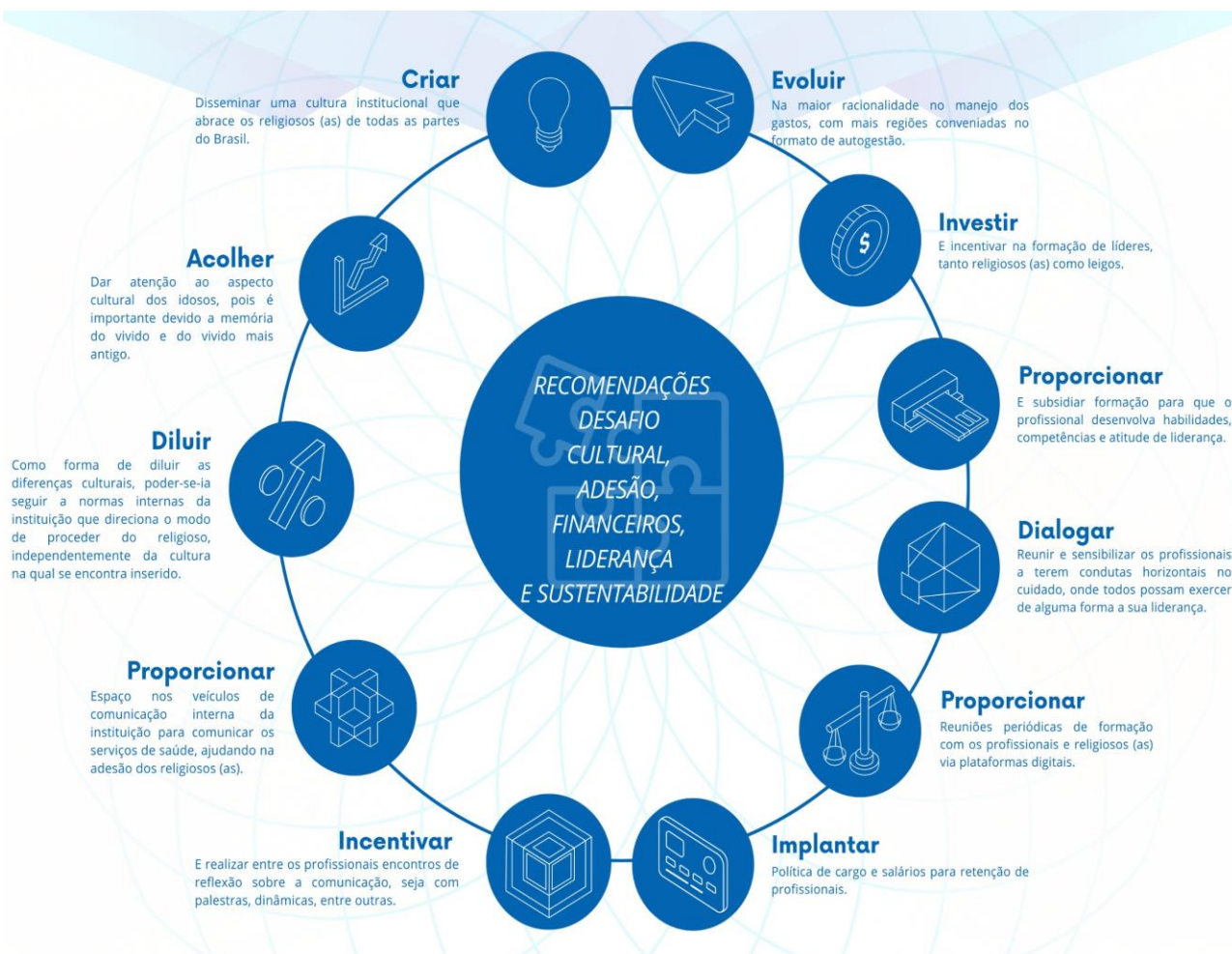
APRESENTAÇÃO

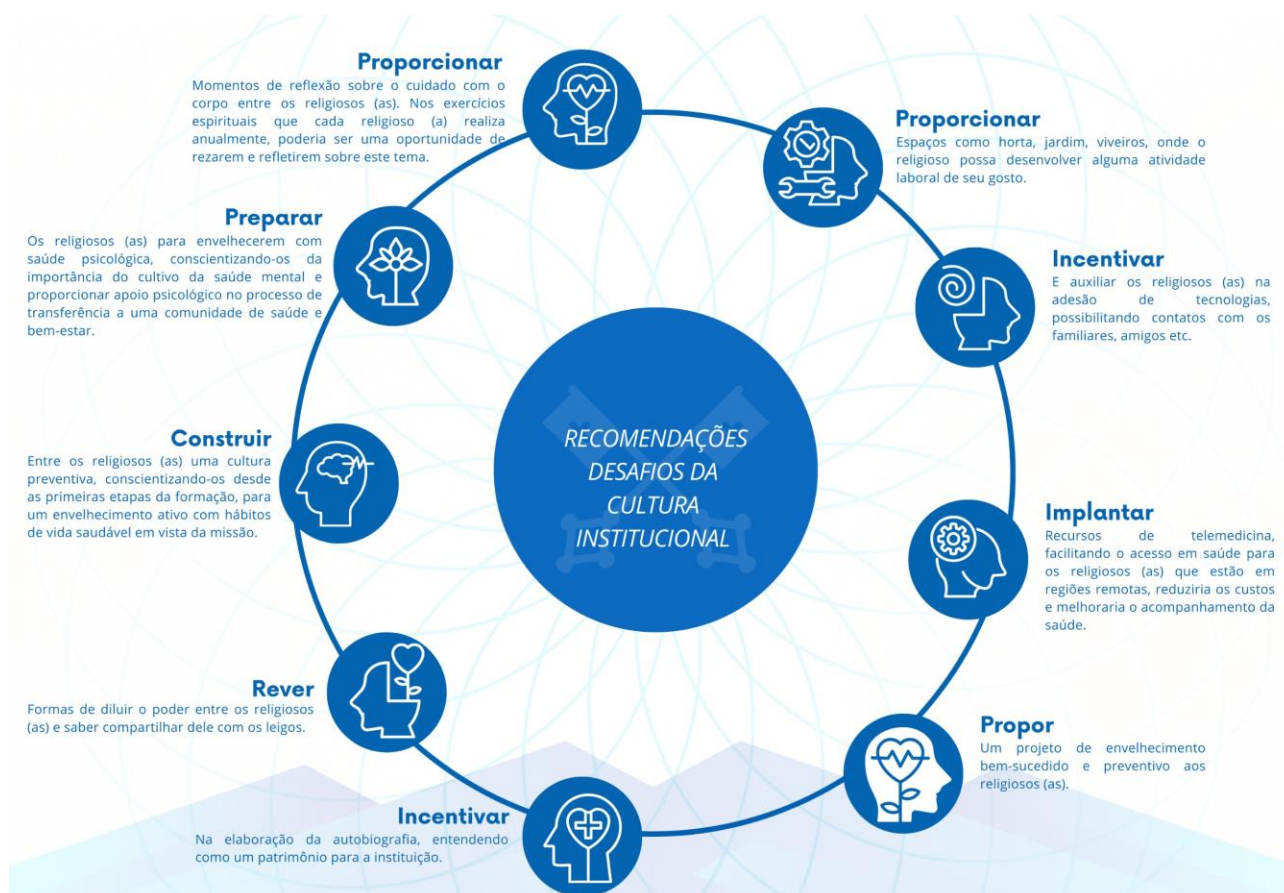
Este guia é fruto de uma parte dos dados da tese, onde avaliou-se a transição do processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção numa entidade confessional no Brasil.

Um dos objetivos proposto foi de avaliar as oportunidades e desafios de gestão em saúde da entidade confessional, entendendo que o que pode ser um desafio também pode ser uma oportunidade.

REFERÊNCIA:

BONICOSKI, Orival. Modelo de gestão em saúde: estudo de caso numa Entidade Confessional no Brasil. Tese (Doutorado em Gestão e Negócios) Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa Pós-Graduação em Gestão e Negócios, 2023. Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Martins Fagundes Cabral (Unisinos/BR) e Coorientador: Prof. Dr. Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos (Universidade de Évora/PT).





Ir. Orival Bonicoski, SJ

GUIA COM ORIENTAÇÕES DE BOAS
PRÁTICAS DE SAÚDE INTEGRADA E
PREVENTIVA A ENTIDADES CONFESSIONAIS



JESUITAS BRASIL



AACSB
ACCREDITED

ESCOLA

de Gestão
e Negócios



UNISINOS

DESAFIE O AMANHÃ.