

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Mauro Eduardo Chinellato de Oliveira

**A GESTÃO DO CONHECIMENTO FRENTE À INOVAÇÃO NA
SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Taubaté – SP
2021

Mauro Eduardo Chinellato de Oliveira

**A GESTÃO DO CONHECIMENTO FRENTE À INOVAÇÃO DA
SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quesia PostigoKamimura

**Taubaté – SP
2021**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

O48g Oliveira, Mauro Eduardo Chinellato de
A gestão do conhecimento frente à inovação na saúde em organizações hospitalares / Mauro Eduardo Chinellato de Oliveira -- Taubaté : 2021.
164 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Departamento de Gestão e Negócios / Eng. Civil e Ambiental, 2021.

Orientação: Profa. Dra. Quesia Postigo Kamimura, Departamento de Gestão e Negócios

1. Gestão do conhecimento. 2. Tecnologia da informação. 3. Economia da saúde. I. Título.

CDD – 658.4038

Mauro Eduardo Chinellato de Oliveira

A GESTÃO DO CONHECIMENTO FRENTE À INOVAÇÃO DA SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quesia PostigoKamimura

Data: 14/10/2021

Resultado: APROVADO

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra.Quesia Postigo KamimuraUniversidade de Taubaté

Assinatura:_____

Profa. Dra.Nancy Julieta InocenteUniversidadedeTaubaté

Assinatura:_____

Prof. Dr.Olimpio J. Nogueira V. Bittar

Universidade de São Paulo

Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me permitido realizar mais esse sonho.

Ao meu amor, Fátima Campos, por sua compreensão, seu apoio nos momentos difíceis e pela paciência nos finais de semana e pelas viagens que não fizemos.

A minha orientadora, Dra. Quesia PostigoKamimura, por abrir a minha mente e dividir um pouco do seu conhecimento.

A todos os professores do curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional.

Aos meus colegas de turma, principalmente Haley, Carlos Rosso, Carlos Herculano e Marcela, por me incentivar nos momentos de dificuldade.

Às empresas que abriram as portas para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

Quando a tecnologia sem fio for perfeitamente aplicável, a terra inteira será convertida em um imenso cérebro, o que de fato é, com todas as coisas sendo partículas de um todo real.
(HUNT,2020)

RESUMO

No atual contexto técnico e econômico, a informação e o conhecimento se transformaram em uma ferramenta essencial às estratégias empresariais. Portanto, seu uso adequado permite identificar diversas nuances do mercado, como as necessidades e tendências dos consumidores, entre outras. O uso desse recurso pelas organizações passa por estágios como a coleta, o tratamento e o registro de informações. Essas práticas levam à aprendizagem com base em compartilhamento e retenção do conhecimento, e como consequência, as empresas que as utilizam geram inovações mais rapidamente do que seus concorrentes. O objetivo geral desta pesquisa é analisar, na percepção dos gestores, a gestão do conhecimento e sua aplicabilidade para a inovação na saúde e nas estratégias de prestação de serviço em organizações hospitalares públicas e privadas. A pesquisa, de abordagem qualitativa e exploratória, utilizou-se de estudo de casos múltiplos, por meio de documentose entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que a gestão do conhecimento, nos hospitais estudados, vem sendo realizada por meio de treinamentos e educação continuada, do compartilhamento do conhecimento, da gestão de pessoas e da autonomia dos colaboradores, que se mostraram associados ao desenvolvimento da inovação nas organizações da saúde, principalmente em momentos adversos como o da pandemia de COVID-19. A amostra para esta pesquisa se deu por meio de dados colhidos em cinco hospitais e entrevista a cinco gestores ligados a alta administração e cinco gestores do nível médio. Observou-se que essas organizações hospitalares investem na busca de hospitais mais digitais, com a inclusão de prontuários eletrônicos e a automação de protocolos. Pode-se afirmar que as estratégias identificadas foram: treinamentos e educação continuada, inclusão de treinamentos *online*, exploração de competências dos colaboradores, *jobrotation*, autonomia dos colaboradores e criação de um centro de treinamento de simulação realística. Conclui-se que nas organizações hospitalares analisadas há uma relação entre a gestão do conhecimento e a implementação e o desenvolvimento da inovação. Todavia, o setor de saúde enfrenta desafios que lhe são típicos e que influenciam na gestão do conhecimento frente à inovação na saúde, incluindo a forte divisão profissional do setor e a influência da esfera política, desafios que precisam ser considerados quando do empreendimento de iniciativas de gestão do conhecimento e inovação em hospitais.

Palavras-chave: Gestão. Desenvolvimento Regional. Gestão do Conhecimento. Inovação da Saúde. Economia da Saúde.

ABSTRACT

In the current technical and economic context, information and knowledge have become an essential tool for business strategies. Therefore, its proper use allows the identification of different market nuances, such as consumer needs and trends, among others. The use of this resource by organizations goes through stages such as collecting, processing and recording information. These practices lead to learning based on knowledge sharing and retention, and as a result, companies that use them generate innovations faster than their competitors. The general objective of this research is to analyze, in the perception of managers, knowledge management and its applicability to innovation in health and service delivery strategies in public and private hospital organizations. The research, with a qualitative and exploratory approach, used a study of multiple cases, through documents and semi-structured interviews. The results show that knowledge management, in the studied hospitals, has been carried out through training and continuing education, knowledge sharing, people management and employee autonomy, which were associated with the development of innovation in organizations of the health, especially in adverse moments such as the COVID-19 pandemic. The sample for this research was based on data collected from five hospitals and interviews with five managers linked to senior management and five middle-level managers. It was observed that these hospital organizations invest in the search for more digital hospitals, with the inclusion of electronic medical records and the automation of protocols. It can be said that the strategies identified were training and continuing education, inclusion of online training, exploration of employees' skills, job rotation, employee autonomy and creation of a realistic simulation training center. It is concluded that in the analyzed hospital organizations there is a relationship between knowledge management and the implementation and development of innovation. However, the health sector faces challenges that are typical of it and that influence the management of knowledge in the face of innovation in health, including the strong professional division of the sector and the influence of the political sphere, challenges that need to be considered when undertaking health initiatives. knowledge management and innovation in hospitals.

Keywords: Management. Regional development. Knowledge management. Health Innovation. Health Economics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 1980/1990/1995-2015, em percentagem (%) e como proporção do Produto Interno Bruto (PIB).....	33
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Cadeia de Saúde Suplementar.....	38
Figura 2 – A Cadeia de Saúde – relações entre beneficiários e prestadores de serviço.....	40
Figura 3 –Ciclo de vida do Dispositivo Médico (DMA).....	78
Figura 4 –Tecnologia Médica.....	78
Figura 5 –Acompanhamento por Tecnologia Médica (DMAs).....	79
Figura 6 - Complexo Econômico Industrial da Saúde.....	80
Figura 7 - Ciclo dos processos de GC identificados na UH.....	87
Figura 8 - Processo de identificação do conhecimento.....	87
Figura 9 - Processo de utilização do conhecimento.....	88
Figura 10 - Método de estudo de caso.....	93
Figura 11 – Teste Nuvem de Palavras na Gestão do Conhecimento frente à Inovação em Saúde.....	111
Figura 12 – Teste de Similitude – Classe Gestão do Conhecimento.....	113
Figura 13 - Teste de Similitude - Classe Inovação nas Organizações Hospitalares.....	116
Figura 14 – Teste de Similitude – Classe Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares.....	120
Figura 15 – Teste de Similitude – Classe Desenvolvimento Regional em Saúde ..	123

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Atendimento ao público antes da CF de 1988 e atualmente.....	27
Gráfico 2 – Despesas com saúde (%PIB), ano de 2014	36
Gráfico 3 – Despesas em saúde per capita, ano 2014.....	37
Gráfico 4 – Despesas e cobertura do SUS e da Saúde Suplementar	38
Gráfico 5 – Operadoras de Plano de Saúde (OPS) por porte	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Associação de antes da CF/1988 e atualmente de atendimento do SUS	26
Quadro 2 - Evolução da saúde pública no Brasil.....	27
Quadro 3 - O SUS e sua construção coletiva	28
Quadro 4 - Objetivos específicos da PNS	31
Quadro 5 - Conhecimento tácito e explícito: características.....	60
Quadro 6 - Os princípios da organização do conhecimento	61
Quadro 7 –Composição do conjunto de entrevistados	98
Quadro 8 –Hospitais quanto a sua natureza, localização, porte e leitos	105
Quadro 9 – Hospitais quanto a sua estrutura, colaboradores, mantenedora, corpoclínico e certificação	106
Quadro 10 – Classe geradas a partir da análise de Classificação Hierárquica	112

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIIS	Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde
ABIMED	Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde
ABRAIDI	Associação Brasileira de Importadores e Distribuidores de Implantes
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBDL	Câmara Brasileira de Diagnóstico Laboratorial
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
DMA	Dispositivo Médico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
CPS	Sistemas Cyber-físicos
DR	Desenvolvimento Regional
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EC	Ementa Constitucional
EMAPFC	Equipe Multiprofissional de Atendimento ao Paciente portador de Fibrose Cística
FBCF	Formação Bruta de Capital Fixo
GC	Gestão do Conhecimento
GI	Gestão da Informação
HU	Unidade Hospitalar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IoT	Internet das Coisas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Assistenciais à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Operadores de Plano de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
QV	Qualidade de Vida
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	18
1.4 RELEVÂNCIA DA PESQUISA	18
1.5 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 AS ATIVIDADES HOSPITALARES	22
2.2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	24
2.2.1 Saúde Suplementar no Brasil	34
2.3 DESENVOLVIMENTO REGIONAL E SAÚDE	40
2.4 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE	59
2.5 INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	67
2.5.1 Telemedicina no Brasil -Uso de Inteligência Artificial	81
2.6 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	84
3 MÉTODO	93
3.1 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	93
3.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	95
3.3 ENTREVISTAS	96
3.4 ÁREA DE REALIZAÇÃO	97
3.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA	98
3.5.1 Unidades de Análise	99
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	102
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	104
3.7.1 Participantes da Pesquisa	105
3.7.2 Descrição dos Hospitais Pesquisados	105
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	109
4.1 ANÁLISE TEXTUAL DAS ENTREVISTAS	110
4.1.1 Análise da Classe - Gestão do Conhecimento	113
4.1.2 Análise da Classe - Inovação nas Organizações Hospitalares	116

4.1.3 Análise da Classe - Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares.....	120
4.1.4 Análise da Classe - Desenvolvimento Regional em Saúde.....	123
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS.....	127
ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	154
ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	157
ANEXO 3 – OFÍCIO	158
ANEXO 4 - ROTEIRO DE PERGUNTAS AOS ENTREVISTADOS.....	160
ANEXO 5 - PROPOSTA PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	161

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento é um diferencial para as organizações e uma estratégia para os colaboradores que desempenham suas funções de maneira a se destacar em seu trabalho, pois quanto maior seu conhecimento, maior sua produtividade, e assim a empresa também se beneficia.

A Gestão do Conhecimento consiste em administrar os ativos de conhecimento adquiridos e/ou construídos ao longo do tempo em uma empresa. Como conceito, abrange um conjunto de metodologias e tecnologias que visam criar condições para identificar, integrar, capturar, recuperar e compartilhar o conhecimento existente nas organizações (CRUZ, 2002).

A Gestão de Conhecimento, em sua complexidade, envolve processos estratégicos, táticos e operacionais em qualquer organização hospitalar, seja ela pública ou privada. Portanto, para o sucesso dessas organizações é de fundamental importância que o uso desse recurso seja o fator principal na influência da qualidade dos produtos e serviços oferecidos (SOUZA, 2020). O termo Gestão do Conhecimento é uma ferramenta que atua diretamente para melhorar os processos e potencializar os resultados.

Conforme enfatizado pelos estudos de Cartoni (2015, p. 96), a gestão do conhecimento vem sendo ponderada como ...

[...] um modismo e se mostra crescentemente como uma importante estratégia de gerenciamento, e as organizações estão se voltando para a geração de recursos direcionando a geração de ações inovadoras para que possam ser competitivas no mercado (CARTONI, 2015, p. 96).

Nesse sentido, como recurso importante para qualquer setor de atividade, o conhecimento auxilia as organizações empresariais a se tornarem mais competitivas; as organizações públicas, na busca do progresso para a nação; e as organizações sem fins lucrativos e não governamentais, na busca pela excelência naquilo que realizam (JANNUZI; FALSARELLA; SUGAHARA, 2016).

O conhecimento nas organizações é uma vertente que pode ser enfatizada pela perspectiva do conhecer na prática e na ação (com seu termo em inglês "*knowing; knowing-in-practice*"), em que o conhecimento emerge da prática na ação de trabalhar, sendo inseparável do contexto histórico-sócio-espácio-temporal vivido

pelos indivíduos (GHERARDI, 2000; ORLIKOWSKI, 2002; PATRIOTTA, 2003; CHERMAN; ROCHA-PINTO, 2016).

Para Jannuzi, Falsarella e Sugahara (2016), é possível verificar que na discussão sobre a Gestão do Conhecimento há um grande interesse em tornar o conhecimento um recurso gerenciável. Na literatura, o conhecimento e sua gestão nas organizações são abordados ou trabalhados como aprendizagem individual e organizacional, capital intelectual, e a discussão sobre a gestão do conhecimento normalmente está vinculada à discussão sobre aprendizagem organizacional.

O conhecimento pode ser adquirido com a ajuda de sistemas de informações ou a partir de dados processados e consolidados, que anteriormente foram coletados e armazenados por meio de processos organizacionais. Portanto, conhecer a organização por meio de informações e conhecimentos são fatores importantes para a tomada de decisões. Para a Gestão do Conhecimento é necessário identificar práticas, propor, planejar soluções, induzir a adoção de novas metodologias e refletir sobre os resultados obtidos (SILVA; SILVA; FORTES, 2018).

Com o advento das transformações da era digital, tem-se a nova Revolução Industrial, chamada de Indústria 4.0. Ao ser trazida para a área da saúde, assume o nome de Saúde 4.0, reconhecida como inovação na área, que é a união do universo da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) com o da saúde, realizada por meio da computação em nuvem e da internet das coisas (FIRJAN, 2019). O termo 4.0 vem do segmento industrial e sugere um novo sistema de produção, no qual o bem manufaturado decide, por si só, onde, como e quando deverá ser fabricado e distribuído. Representa um avanço significativo nas relações entre a humanidade e as novas tecnologias (MORAES, 2020).

Atualmente, existe um novo “modelo de saúde”, originado da Indústria 4.0, denominado Saúde Digital ou Saúde 4.0. A replicação dos princípios da Indústria 4.0 é afirmada na incorporação da digitalização de dados laboratoriais, médicos e clínicos, bem como na implementação da mecanização de diversos processos manuais atualmente realizados nos ambientes hospitalares e nos de saúde em geral (MALTA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, Bittar *et al.* (2018) destacam que a gestão da informação na área da saúde possibilita que os profissionais desempenhem as atividades de forma eficiente, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as

ações entre os múltiplos membros das equipes e fornecendo meios para apoio financeiro e administrativo.

Outro aspecto a se considerar é que, com a Saúde 4.0, é possível ampliar as possibilidades de parcerias de caráter colaborativo entre os atores de uma mesma cadeia de valor. Isso significa que estes poderão compartilhar entre si o planejamento coordenado da produção e da distribuição, de modo a atender com maior eficácia e agilidade as necessidades dos usuários. Traduz-se, pois, em uma ideia de manutenção de estoques que estejam adequados à demanda registrada, de forma a evitar indisponibilidade do produto e ou atrasos em seu fornecimento (FRANCO NETTO *et al.*, 2017).

Diante do exposto, é importante elaborar estudos que relacionem a gestão do conhecimento e a inovação na Saúde (Saúde 4.0) com as particularidades das organizações hospitalares, tanto públicas como privadas. É precisamente essa a lacuna que esse trabalho visa explorar.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Como a gestão do conhecimento contribui para o processo de inovação na saúde ea estratégia de prestação de serviços nas organizações hospitalares, públicas e privadas, na percepção dos gestores?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão do conhecimento e sua aplicabilidade na inovação na saúde e nas estratégias de prestação de serviçoem organizações hospitalares públicas e privadas, na percepção dos gestores.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a relação entre gestão do conhecimento e inovação em saúde nas organizações hospitalares públicas e privadas;
- Analisar o posicionamento da gestão hospitalar frente às novas tendências de tecnologias digitais; e,
- Verificar as ações estratégicas de recursos humanos para a retenção do conhecimento nas organizações hospitalares.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo delimita-se a estudar a gestão do conhecimento frente à inovação em saúde em organizações hospitalares, tanto públicas como privadas, localizadas nos municípios de Resende (RJ), Volta Redonda (RJ), São José dos Campos (SP) e Sorocaba (SP). A pesquisa teve como recorte temporal o ano de 2020, pois as transformações no processo de trabalho das organizações hospitalares atreladas à pandemia de Covid-19 tornaram as experiências dos profissionais de saúde cada vez mais relevantes (SCHUTZ *et al.*, 2020).

1.4 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Tem-se como expectativa de que estudos dessa natureza possam ampliar o desenvolvimento da gestão do conhecimento pode auxiliar, dentro do contexto de inovação, a melhorar a gestão estratégica e produtividade, a qualidade dos serviços prestados, o desempenho dos colaboradores e contribuir nas tomadas de decisões estratégicas ampliando assim o conhecimento nas organizações hospitalares.

Quando se trata de Inovação em Saúde, são consideradas as Tecnologias Médicas ou Dispositivos Médicos Implantáveis no sentido amplo, que inclui uma enorme variedade de produtos, desde os mais simples, como luvas, fio de sutura,

camas hospitalares, até alguns mais complexos, como aplicativos para *smartphones*, implantes cardíacos, monitores de glicose e *scanners* de ressonância magnética, assim como *softwares* de gestão, que têm como objetivo auxiliar na melhoria da gestão, da produtividade e da eficiência dos sistemas de saúde, guiando-o para o caminho do acesso sustentável e acessível a toda a população (MARRONE, 2015).

O termo Inovação na Saúde (Saúde 4.0) é utilizado aqui para destacar a importância da integração da tecnologia da informação (TI) com a manufatura e o setor de serviços (atendimento *online* e logística), no setor de saúde. Contudo, isso se aplica tanto ao Brasil como a outros países de dimensões continentais, com áreas de baixa densidade populacional em que a prestação de muitos serviços de saúde presenciais é dificultada pela falta de infraestrutura local (MARRONE, 2015).

Caldas e Wood Jr. (1997, p 12) já apontavam que “uma organização que deseja inovar deve necessariamente procurar acompanhar e assimilar as mudanças ou contribuir para estas em seu ambiente de negócios”. Uma vez que a informação e o conhecimento são considerados elementos fundamentais para o desenvolvimento da sociedade, em todos os seus segmentos, esse entendimento, em sua essência, mostra a importância da informação e do conhecimento no processo de inovação, que permite às organizações acompanhar os acontecimentos em seu ambiente, pela assimilação das mudanças diárias.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho está estruturado em cinco seções. Na primeira seção, são apresentados, a Introdução, o Problema, os Objetivos: Geral e Específico, a Relevância e a Delimitação do estudo.

Na segunda seção apresenta-se a Revisão de Literatura, destacando o que já foi publicado sobre o tema da dissertação. A seguir, a terceira seção, apresenta a descrição do Método utilizado para a pesquisa. Na sequência, na quarta e quinta seções, são apresentados a Análise dos Resultados e Discussão e as Considerações Finais.

2REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção discorre sobre o Sistema de Saúde no Brasil. Em suas diversas subseções, apresenta-se como se determina a saúde suplementar brasileira, como se desenvolve a Gestão do Conhecimento na área da saúde e como é realizada a Inovação nas organizações de saúde. Em seguida, apresenta-se como transcorre a Gestão do conhecimento em organizações hospitalares e como é realizado o Desenvolvimento Regional (DR) em saúde. E por fim, encerra-se este capítulo comentando-se sobre a Gestão do Conhecimento (GC) e o Desenvolvimento Regional.

No que tange à saúde no Brasil, o atendimento é realizado pelas esferas do setor público e do setor privado, conforme garantido na Constituição Federal, promulgada em 1988, o direito à saúde, expresso nos Artigos 196, 197 e 199 § 1º aqui citados:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2016).

Para a compreensão dessas especificidades, é necessário esclarecer as diferenças entre esses setores. Há quarenta anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição do setor público com vistas à oferta de saúde para a população, sem distinção entre seus usuários. Em 2018, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), informou que o SUS

[...] expandiu o acesso a bens e serviços de saúde, particularmente na atenção básica e na atenção de urgência e emergência, assegura cobertura universal de vacinação, pré-natal e terapia antirretroviral para o vírus da imunodeficiência humana, entre outros. O sistema também provê a maioria

dos serviços de alto custo e de alta complexidade, como transplantes (IPEA, 2018, s.p).

O Governo brasileiro cria metas, leis, planos e projetos governamentais para a assistência da população que necessita de amparo hospitalar e que não pode pagar por esse serviço. O Brasil caminha a largos passos para que a questão da saúde seja realmente ofertada a todos com o máximo de tecnologia. Para tanto, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 1.482 de 04 de agosto de 2016, elaborou o projeto “Plano de Saúde Acessível”, consolidado em 2017, como descrito pelo IPEA:

As propostas apresentadas pelo grupo de trabalho foram consolidadas no ofício nº 60-GS/SAS da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, datado de 18 de janeiro de 2017, enviado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para manifestação sobre a viabilidade técnica da proposição que cria três modalidades de plano de saúde: i) Plano Simplificado; ii) Plano Ambulatorial + hospitalar; e iii) Plano em Regime Misto de Pagamento. Propõe-se também um arcabouço regulatório diferente para permitir a cobrança de prêmios de seguro menores e aumentar a cobertura populacional por planos privados de saúde.¹ Maior cobertura populacional pela Saúde Suplementar, de acordo com a argumentação, aliviará os gastos do governo com o SUS e ajudará a “construir a universalização que está prevista na Constituição”. Nesta nota, as possíveis implicações da proposta são analisadas (IPEA, 2018, s.p).

O texto acima confirma que, por meio de aliança, o setor privado tem em vista auxiliar a população que conta tão somente com o setor público para o atendimento à saúde.

No Brasil, o SUS realiza avanços em vasta escala, norteados para o bem-estar e a qualidade de vida da população, mas esses benefícios nem sempre são acessíveis à população, indicando que o sistema ainda carece de tecnologia e de melhoria nos atendimentos. Entre os procedimentos necessários, encontram-se o acesso a exames muito caros e não liberados para a população, o atendimento especializado de patologias, os diagnósticos, prevenções e cuidados terapêuticos que deveriam ser ofertados à sociedade e não o são. Há de se considerar que os funcionários do setor público de saúde não recebem um salário adequado para a carga horária e os plantões que enfrentam. O atendimento precário e falta de recursos em hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS) também refletem a falta de atenção do Governo para com a população.

¹A Portaria e o Ofício podem ser encontrados em:
http://ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2017_gt_planos_acessiveis/proposta_planos_acessiveis_33902036554201797.pdf.

A elevada desigualdade social no país também contribui para o alto índice de atendimentos realizados pelo SUS, de acordo com o IPEA (2018):

A desigualdade de renda no país está entre as mais elevadas do mundo (o índice de Gini em 2014 foi estimado em 0,515), e o SUS, a despeito de todos os problemas de financiamento, atende a uma elevada parcela da população – parcela superior a 70% da população depende exclusivamente do SUS para ter acesso à atenção à saúde. Contudo, um olhar mais detalhado mostra que a história pode ser bem diferente (IPEA, 2018, s.p).

O setor privado de saúde aloca-se no Brasil no intuito de garantir sua inserção no mercado da saúde e vender convênios. A cada ano o número de usuários que pagam por seus serviços vem crescendo.

Os estímulos governamentais ao setor privado especializado na comercialização de planos e seguros de saúde associados ao aumento da formalização dos empregos e renda contribuíram para a expansão do mercado e aprofundamento da fragmentação e segmentação do sistema de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2018, s.p).

Os autores ainda reiteram que a receita do setor privado vem crescendo, e que se mantém estável mesmo quando, por algum motivo, há redução de sua clientela.

2.1 AS ATIVIDADES HOSPITALARES

As equipes interdisciplinares, maior contingente de trabalhadores de uma organização hospitalar, enfrentam o desafio diário de encontrar uma maneira de construir e organizar o conhecimento relacionado a sua prática, ou seja, construir um instrumento metodológico e sistemático de planejamento do gerenciamento, do desenvolvimento do processo de trabalho e do processo de enfermagem.

Para tanto, faz-se necessário entender a complexidade da atividade hospitalar, a importância da educação continuada, a falta de tempo da equipe de enfermagem, os processos de assistência, os indicadores, as atribuições, competências e responsabilidades do enfermeiro, os indicadores de produtos e processos, os recursos disponíveis, a importância do enfermeiro na gestão de recursos e materiais e na avaliação de desempenho.

No decorrer dos anos, cada vez mais instituições têm percebido que muitos enfermeiros resistem às inovações e que poucos reconhecem a importância do gerenciamento inovador, embasado em ferramentas de gestão hospitalar, indicadores e padrões inovadores de qualidade voltados às necessidades do paciente e da equipe de profissionais (ALVES, 1994; TANAKA; MELO, 2019, p. 47).

É necessária uma metodologia capaz de nortear os líderes das equipes interdisciplinares a realizar com eficiência e dinamismo suas tarefas. O trabalho com uma equipe interdisciplinar é uma modalidade de trabalho coletiva, construída por meio de vínculo e relação recíproca de confiança e compromisso entre as múltiplas partes, cada qual com suas intervenções técnicas trazidas de diferentes áreas, mas em constante interação. Isso ocorre sob uma base comunicativa, na qual se articulam as ações e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001; BROCA; FERREIRA, 2015).

Entende-se que gerenciar as equipes interdisciplinares, assim como seguir protocolos, *checklists*, processos de assistência, padronização de procedimentos, indicadores e avaliações de profissionais são facilitadores de um gerenciamento pleno, a partir da motivação e do reconhecimento da equipe de profissionais. Para Locke, citado por Del Cura e Rodrigues (1999), satisfação no trabalho consiste em “[...] um estado emocional agradável ou positivo, que resultou da avaliação de algum trabalho, ou de experiências do trabalho” (REBONATTO; CERUTTI, 2017, p. 22).

Assim, pode-se dizer que a satisfação se relaciona tanto com os aspectos intrínsecos do trabalho (reconhecimento, autonomia), quanto com os aspectos extrínsecos (remuneração, ambiente, promoção). A motivação é de cunho interno, pessoal, “[...] tem origem no interior do indivíduo”, ou seja, “[...] é o desejo de esforçar-se para alcançar uma meta ou recompensa de modo que diminua a tensão causada pela necessidade” (MARQUIS; HUSTON, 2005, p. 303; VITÓRIO, 2015).

O conhecimento teórico proporciona ao gestor a certeza de que sabe o que pode ser feito e melhorado, ao passo que o conhecimento prático lhe proporciona um melhor desempenho de suas funções, por já estar acostumado aos desafios.

O gestor precisa ter habilidade de gerenciamento, habilidade para o trabalho em equipe, conhecimento, domínio de técnica, estar atento à ciência e suas tecnologias, observando as mudanças no cenário mundial, conscientizando e despertando a equipe sobre as tendências atuais, além de ter capacidade para resolver questões emergenciais e sobre pressão.

O conhecimento é o domínio do exercício das faculdades intelectuais e sensoriais. Pode ser classificado como conhecimento empírico, adquirido por meio da experiência e relacionado a “como fazer”, e conhecimento científico, que consiste na busca e na aplicação de leis, na investigação metódica.

A humanização envolve ações vinculadas aos processos de assistência, a fim de tornar o ambiente hospitalar agradável e acolhedor, com respeito e ética nas relações interpessoais e direito à informação, em que a gestão favorece a participação da equipe.

Nos hospitais, os processos de assistência são entendidos no intuito de gerenciar. O objetivo é liderar a equipe interdisciplinar com ações de trabalho assistencial e administrativo, buscando princípios já estabelecidos na missão, visão e valores da instituição. Partindo de uma sistematização de qualidade livre de riscos para cuidados terapêuticos ao paciente e a sua família, busca-se definir recursos humanos e materiais, métodos e instrumentos e padronizar normas.

Em relação ao Desenvolvimento Regional (DR) na área da saúde, Ferreira *et al.* (2018, p. 70) afirmam que “O planejamento na saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, deve ser organizado como um sistema de atuação contínua, articulada, integrada e solidária às três esferas de gestão do SUS.”

Ainda conforme Ferreira *et al.* (2018), para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram necessárias diversas leis para sua regulamentação e sua operacionalização. No sentido do Desenvolvimento Regional (DR) direcionado a saúde pública, diversos foram seus fundamentos com bases legais.

2.20 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas estabelecidas em diferentes períodos históricos, que tiveram início no descobrimento do Brasil, tendo evoluído desde então.

Logo, a Constituição Federal, promulgada em 1988, garante o direito à saúde, expresso no Artigo 196 aqui citado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016, s.p).

Na Constituição Federal (CF) de 1988 consta que saúde é direito do cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1988, Artigo 196). Formalmente, a CF afirma que a saúde tem seu condicionante na garantia de políticas econômicas e sociais para diminuir o risco de doenças e agravos, e de ações para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Lei n.º 8.080/1990, em seu Artigo 3º, parágrafo único, ainda que indiretamente, traz como a definição de saúde o que mais se aproxima do conceito clássico segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, s.p).

O SUS é uma conquista para a população brasileira. Sua criação é norteada para a equidade social e para a superação das desigualdades no amparo da assistência à saúde. Trata-se de uma política de Estado, para suprir os direitos sociais e à cidadania.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2019), o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um sistema multifacetado e beneficente:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2019, s.p).

O texto acima esclarece que a criação do SUS diversificou o atendimento à população em todas as suas esferas, proporcionando atenção de maneira integral à saúde da sociedade de maneira igualitária, ou seja, sem discriminação. A atenção voltada à saúde oferece, por meio do SUS, um atendimento que se inicia na gestação e que acompanha todo o decorrer da vida de uma pessoa em território nacional, objetivando a qualidade de vida e a prevenção de doenças.

A Saúde Suplementar no Brasil consiste nos atendimentos relacionados à saúde no sistema privado. Em outras palavras, o usuário desse atendimento paga por seus tratamentos de maneira particular e por toda a vida. Na concepção Azevedo *et al.* (2016),

[...] a Saúde Suplementar constitui um sistema privado de serviços de saúde por meio de convênios ou planos de saúde. A razão de ser da Saúde

Suplementar, no Brasil, é o cidadão (beneficiário) que, embora tenha acesso ao sistema público e possa continuar a usá-lo livremente, decide desembolsar um fluxo monetário contínuo para manter acesso a serviços de saúde. Ao revelar esta demanda por pagamento de serviços privados de saúde, o beneficiário inicia a criação de uma longa cadeia de atividades para seu atendimento. Os agentes que compõem esta longa cadeia, então, estabelecem relações que, muitas vezes, evoluem para complexos arranjos organizacionais. Assim, tendo em vista o levantamento de falhas de mercado, a primeira tarefa crítica é mapear a Cadeia de Saúde Suplementar (AZEVEDO *et al.*, 2016, p. 29).

Entretanto, faz-se necessária uma inferência em relação aos textos que anunciam uma diversidade na excelência do atendimento à saúde no Brasil, pois nem sempre foi assim. Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o atendimento no território brasileiro era delimitado a 30 (trinta) milhões de brasileiros. Com a criação do SUS e o respaldo da CF de 1988, esse número passa para 70 (setenta) milhões de pessoas atendidas (BRASIL, 2011).

Atualmente, transcorreram 30 (trinta) anos desde que o SUS foi regulamentado no país. Uma comparação entre o que era proporcionado à população antes da CF de 1988 e atualmente foi realizada pelo MS (2019), conforme se vê no Quadro 1:

Quadro 1 - Associação de antes da CF/1988 e atualmente de atendimento do SUS

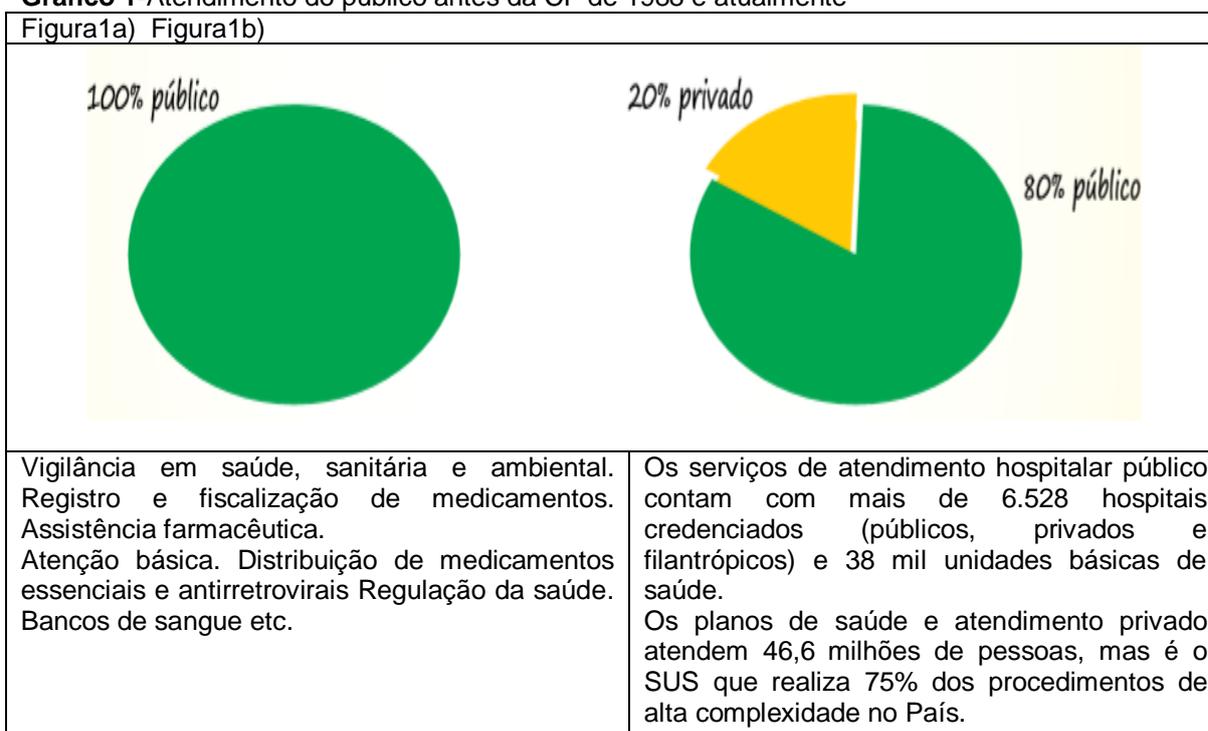
Antes da Constituição Federal de 1988	Em 2019
O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia.	O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação, e por toda a vida, a atenção integral à saúde é um direito.
Centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários.	Descentralizado, municipalizado e participativo, com 100 mil conselheiros de saúde.
Assistência médico-hospitalar.	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação.
Saúde é ausência de doenças.	Saúde é qualidade de vida
30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares.	152 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2019).

Complementando esse comparativo, o Gráfico 1a seguir demonstra dois momentos dos serviços de atendimento: antes da CF de 1988, na figura 1a), quando seu público de atendimento era de 100%, e nos dias atuais, na figura 1b), quando seu

atendimento se torna descentralizado, sendo 20% privado e 80% público, de acordo com o MS (2019).

Gráfico 1-Atendimento do público antes da CF de 1988 e atualmente



Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2019)

A evolução da saúde pública no Brasil tem início em 1941, e diversas Conferências Nacionais nortearam sua construção coletiva no decorrer da nossa história. A largos passos, a saúde conquista seu espaço, mediante a participação social. O Quadro 2 apresenta o cronograma histórico dessa evolução.

Quadro 2 - Evolução da saúde pública no Brasil.

DATA	EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL
1941	1ª Conferência Nacional de Saúde: defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência.
1950	2ª Conferência Nacional de Saúde: higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes.
1953	Foi criado o Ministério da Saúde. Em 1961 foi instituído o Código Nacional de Saúde.
1963	3ª Conferência Nacional da Saúde: proposta inicial de descentralização da saúde.
1967	4ª Conferência Nacional de Saúde: recursos humanos necessários às demandas de saúde no país.
1975	5ª Conferência Nacional de Saúde: elaboração de uma política nacional de Saúde. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; do Programa de Saúde Materno-Infantil; do Sistema Nacional de Vigilância.
1977	6ª Conferência Nacional de Saúde: controle das grandes endemias e interiorização dos serviços.
1980	7ª Conferência Nacional de Saúde: implantação e desenvolvimento de serviços básicos de

	saúde – PrevSaúde. Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde: marco da Reforma Sanitária. Saúde com Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.
1988	A Constituição Federal define: Saúde é direito de todos e dever do Estado.
1990	É regulamentado o Sistema Único de Saúde – SUS
1992	9ª Conferência Nacional de Saúde: Descentralizando e democratizando o conhecimento. Municipalização é o caminho.

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2011).

Para o estabelecimento do SUS e sua construção coletiva foram realizadas mais 5 (cinco) Conferências Nacionais, a fim de oferecer o aporte necessário para a construção de modelos de atenção à saúde básica, entre outros, conforme o Ministério da Saúde (2011). Veja-se no Quadro 3:

Quadro 3 -O SUS e sua construção coletiva.

DATAS	SUS -CONSTRUÇÃO COLETIVA
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida.
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
2003	12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.
2007	13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e Qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento
2011	14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro. Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2011)

A Carta de Direitos dos Usuários do SUS, oferecida pelo sistema, fornece informações aos beneficiários quanto ao seu atendimento, seja em local público ou privado (BRASIL, 2019):

- Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.

- Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2019).

A estrutura do SUS é constituída pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, expressa na CF de 1988, cabendo a cada esfera suas responsabilidades. Nesse sentido, o MS (2019) expressa as seguintes determinantes das corresponsabilidades atribuídas pelas esferas supracitadas, a saber:

- **Ministério da Saúde** - Gestor nacional do SUS, fórmula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais (MS, 2019).
- **Secretaria Estadual de Saúde (SES)** - Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o Conselho Estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o Plano Estadual de Saúde (MS, 2019).
- **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)** - Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o Plano Municipal de Saúde (MS, 2019).
- **Conselhos de Saúde** - No âmbito de atuação (nacional, estadual ou municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (MS, 2019).

- **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** - Foro de negociação e pactuação entre gestores federais, estaduais e municipais quanto aos aspectos operacionais do SUS (MS, 2019).
- **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** - Foro de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais quanto aos aspectos operacionais do SUS (MS, 2019).
- **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)** Representa os entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde (MS, 2019).
- **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)** – Representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos (MS, 2019).

No âmbito das pesquisas nacionais de saúde no Brasil, foi instituída, no ano de 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), abrangendo toda a nação. Seu objetivo é obter informações sobre índices de morbidade² como base de referência populacional e sobre o estilo de vida da população, visando o acompanhamento de várias doenças crônicas e a identificação de seus determinantes (THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR, 2005; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

A partir de 1990 o MS investe na área da saúde, com financiamento para a ação dos inquéritos dos Suplementos Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (BARROS *et al.*, 2011; LIMA-COSTA *et al.*, 2011; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

Esse inquérito é realizado em domicílio. Sua realização é pautada no conhecimento do perfil de saúde da sociedade, obtendo grande variação de indicadores para o sistema de saúde.

A coleta de informações da PNAD leva cerca de 1 ano para averiguar todos seus resultados. Por essa razão, o IBGE considerou a Pesquisa Nacional de Saúde

²Morbidade: capacidade de gerar doença(s); número de portadores de uma determinada doença relativamente a um grupo de pessoas, num dado lugar e momento; incidência de uma doença. Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/morbidade>.

(PNS) para coletar as informações. Os objetivos específicos da PNS são descritos no Quadro 4:

Quadro 4 -Objetivos específicos da PNS

Objetivos específicos da PNS	
1	Coletar informações para avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde, no que se refere ao acesso e uso dos serviços de saúde e continuidade dos cuidados;
2	Estimar a cobertura de planos de saúde, dimensionando a população segurada em cada UF;
3	Delinear o perfil de necessidades de saúde, com base na morbidade autorreferida e nas restrições das atividades habituais;
4	Dimensionar a prevalência de deficientes físicos e intelectuais;
5	Estabelecer parâmetros consistentes para avaliar a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro frente às necessidades da população;
6	Investigar os estilos de vida da população brasileira em relação aos hábitos de alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física, e os fatores associados aos comportamentos não saudáveis;
7	Estimar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo de útero e mama;
8	Dimensionar a exposição da população brasileira aos acidentes de trânsito e à violência;
9	Estimar a prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis e as limitações provocadas por essas doenças;
10	Investigar a atenção fornecida aos doentes diagnosticados com hipertensão, diabetes e depressão, incluindo acesso a medicamentos, exames complementares de diagnóstico e continuidade nos cuidados;
11	Estabelecer os padrões de obesidade da população brasileira e os fatores associados;
12	Delinear o perfil lipídico da população brasileira, com base em exames laboratoriais;
13	Dimensionar o acesso ao diagnóstico de alguns agravos crônicos, tais como hipertensão, diabetes, obesidade, hipercolesterolemia, com base na comparação de medidas objetivas (medidas antropométricas, de pressão arterial e exames laboratoriais) e subjetivas (morbidade autorreferida);
14	Dimensionar a necessidade de cuidados para a realização das atividades habituais entre as pessoas idosas;
15	Avaliar a atenção materno-infantil em relação ao atendimento pré-natal, assistência ao parto e cuidados preventivos e terapêuticos de crianças com menos de 2 anos de idade;
16	Investigar o acesso ao atendimento médico em diferentes níveis de atenção, em termos de deslocamento geográfico, tempo de espera e dificuldades na obtenção de atendimento, medicamentos, exames complementares de diagnóstico e consultas especializadas;
17	Identificar os determinantes que influenciam a estratificação social das condições de saúde, das exposições a fatores de risco à saúde, bem como a capacidade de resposta do sistema de saúde brasileiro.

Fonte: adaptado de Szwarcwald *et al.* (2014).

A PNS faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE. Sua pesquisa é de base domiciliar, abrangendo todo o território nacional, e com periodicidade de 5 (cinco) anos.

Desde a criação do SUS, muitas mudanças são verificadas no âmbito da saúde pública no país, além da implementação de estratégias e de reformas políticas e administrativas. Neste sentido, Oliveira e Cruz (2015) relatam que:

Desde sua criação [do SUS], muitas mudanças têm-se verificado no campo das políticas públicas de saúde vem demonstrando resultados importantes, como, por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil, o controle de doenças infecciosas, a implementação de programas considerados exitosos, tais como o de imunização e o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/*Acquired Immunological Deficiency Syndrome* (DST/Aids) (OLIVEIRA; CRUZ, 2015, p. 256).

O SUS tem como princípios, conforme expresso pelo MS (2019):

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas em sua integralidade, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersectorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2019, s.p, grifo nosso).

No sentido do financiamento do SUS, Mendes e Funcia (2016, p. 151) observam que ...

[...] a análise das fontes de financiamento do Ministério da Saúde permite verificar que a maior parte dos recursos é proveniente de Contribuições Sociais, passando de 66,2% do total das fontes, em 1996, para 89,8%, em 2015, sendo o maior índice em 2013 (94,6%). Dessas contribuições, o destaque é para a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL). A essas contribuições foi agregada, entre 1997 a 2007, a CPMF, nos seus dez anos de existência (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 151).

De acordo com os autores supracitados, o processo de descentralização do SUS e a aprovação da Ementa Constitucional 29 (EC 29) causam impactos importantes nos gastos públicos.

Em 1980, o Governo Federal participava com 75% dos recursos públicos alocados em saúde. Em 1990, sua participação praticamente se mantinha, sendo 74,4% do total, os estados, 13,5%, e os municípios, 12,1%. Durante essa década, a participação da União foi decrescendo. Quando a EC-29 foi criada em 2000, a União respondia por 59,98% do total, os estados, 18,5%, e os municípios, 21,7%. A partir daí, a participação do governo federal foi decrescendo atingindo 43,2% em 2015 (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 151).

As três esferas que respondem pelos gastos públicos com a saúde são os governos Federal, Estadual e Municipal. Entre os anos 2000 a 2015 percebe-se um crescimento relevante da participação dos Estados.

A Tabela 1 demonstra que o crescimento dessa participação aumenta de 18,5% para 25,9%, enquanto o crescimento da esfera municipal passa de 21,7% para 30,9%.

Tabela 1- Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 1980/1990/1995-2015, em percentagem (%) e como proporção do Produto Interno Bruto (PIB)

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total	% do PIB
1980	75,0	18,0	7,0	100,0	n.d.
1990	74,4	13,5	12,1	100,0	n.d.
1995	62,8	18,1	19,1	100,0	3,0
1996	58,4	21,3	20,3	100,0	2,7
1997	61,9	18,5	19,6	100,0	2,9
1998	58,4	21,3	20,3	100,0	2,9
1999	62,5	17,5	20,0	100,0	3,0
2000	59,8	18,5	21,7	100,0	2,9
2001	56,1	20,7	23,2	100,0	3,1
2002	52,8	21,5	25,7	100,0	3,2
2003	51,1	23,0	25,9	100,0	3,1
2004	50,2	24,6	25,2	100,0	3,4
2005	49,7	23,1	2,2	100,0	3,5
2006	48,5	23,5	28,0	100,0	3,6
2007	47,5	24,2	28,3	100,0	3,5
2008	44,7	25,7	29,6	100,0	3,6
2009	45,9	25,4	28,7	100,0	3,9
2010	44,7	26,7	28,6	100,0	3,7
2011	45,4	25,8	28,8	100,0	3,8
2012	45,5	25,2	29,3	100,0	3,9
2014	42,7	26,6	30,7	100,0	3,9
2015	43,2	25,9	30,9	100,0	3,9

Fonte: adaptado de Estimativas Ipea (1980 e 1990); SIOPS (1995 A 1999) *apud* Mendes (2005); SPO/MS - Esfera Federal - RIPSAs e SIOPS - Esferas Estadual e Municipal (2000 a 2011) *apud* Servo et al. (2011); SIOPS (2009 a 2011) *apud* Brasil (2013). Dados 2012 (CARVALHO, 2013); dados 2014 (LEVI; MENDES, 2015); dados 2015 (LUIZ, 2016). Mendes e Funcia (2016, p. 151). Obs: n.d = não disponível.

É notório identificar pela revisão de literatura acima descrita, bem como pelo avanço na área da saúde para a população brasileira que desde a consolidação de sua descentralização o SUS vem beneficiando a sociedade com suas ações e serviços, como o comprometimento com a vigilância sanitária e o controle de epidemias e doenças, por meio de políticas públicas e dos conselhos de saúde.

2.2.1 Saúde Suplementar no Brasil

A saúde suplementar no Brasil surge a partir da industrialização gerada pela implementação do Plano de Metas de Juscelino Kubitschek, com a principal função de trazer, em caso de doença, atendimento rápido e eficaz para os trabalhadores das novas indústrias.

Surgiu como uma estratégia para a redução do absenteísmo e a manutenção da produtividade, por meio de cuidados imediatos e resolutivos aos trabalhadores que necessitassem. Na época não havia atendimento médico no setor público, que tampouco estava equipado para os atendimentos necessários. Os serviços eram prestados pelas Santas Casas de Misericórdia, cuja prioridade era os mais pobres, e não havia alternativas para o cuidado à saúde.

Com a CF de 1988 é legitimada a saúde como um direito de todos e dever do Estado, com *status* de bem público, porém livre à iniciativa privada, cujas instituições podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Assim, de acordo com Pietrobon, Prado e Caetano (2008) e Daroset *et al.* (2016), o sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público e o privado. A partir de 1970 e principalmente da década de 1980, os serviços privados passam a atender uma grande parcela significativa no mercado brasileiro.

Para um entendimento macro do sistema de Saúde Suplementar no Brasil, os autores Azevedo *et al.* (2016) trazem a seguinte definição:

O sistema de Saúde Suplementar é composto por uma cadeia de atividades que faz a ligação entre insumos e usuários finais. Os fornecedores de materiais médicos, equipamentos e medicamentos entregam seus produtos por meios próprios ou distribuidores. Os prestadores de serviços de saúde, compostos por médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica, recebem os insumos e serviços, criando a infraestrutura para atenção à saúde. Os pacientes têm acesso ao sistema por meio das Operadoras de Plano de Saúde (OPS), ou seja, os pacientes são beneficiários de planos de saúde. Esta cadeia é composta por atividades sequenciais claras, mas os esquemas de contratação e a organização das relações entre os elos da cadeia é, na verdade, um conjunto complexo de arranjos, cujos efeitos econômicos não são triviais (AZEVEDO *et al.*, 2016, p. 7).

Todavia, para que toda essa estrutura tenha excelência na articulação entre hospitais, médicos e pacientes, é necessária uma tecnologia que ofereça o devido aporte a suas operações, facilitando o atendimento nas organizações de grande porte e o atendimento da grande demanda de usuários.

No que tange as organizações hospitalares com gestão privada de acordo com Bittar (1996) que objetiva a obtenção de melhores resultados, performance e desempenho, estes são norteados a mensurar o desempenho global direcionados. O autor ainda explana que a mensuração dos indicadores de produtividade é mensurado por “participação no mercado, vendas por empregado, retorno sobre investimento, retorno sobre vendas”.

O setor de saúde representa um enorme gasto, quando comparado aos demais setores. Barbash e Glied (2010); Goyen e Debatin (2008); Azevedo *et al.* (2016), em suas pesquisas, elencam fatores que demonstram que, ao invés de redução de custos, o setor apresenta um aumento de gastos, uma vez que:

- Avanços tecnológicos podem implicar aumento de custos simplesmente porque o novo tratamento é mais complexo e mais custoso;
- Permite que um número mais amplo de pacientes possa ser tratado;
- Inovações podem permitir tratamento de doenças antes incuráveis;
- Permite descoberta e/ou tratamento de doenças secundárias e efeitos colaterais das enfermidades que antes não eram assistidas;
- Permite avanços no tratamento preventivo de doenças;
- Amplia o tempo de tratamento das doenças justamente por permitir maior longevidade do paciente;
- Avanços clínicos, com tratamentos que antes extrapolavam as fronteiras médicas e passam a ser incorporados na rotina de tratamento do paciente (doenças mentais, por exemplo) (BARBASH; GLIED, 2010; GOYEN; DEBATIN, 2008; AZEVEDO *et al.*, 2016).

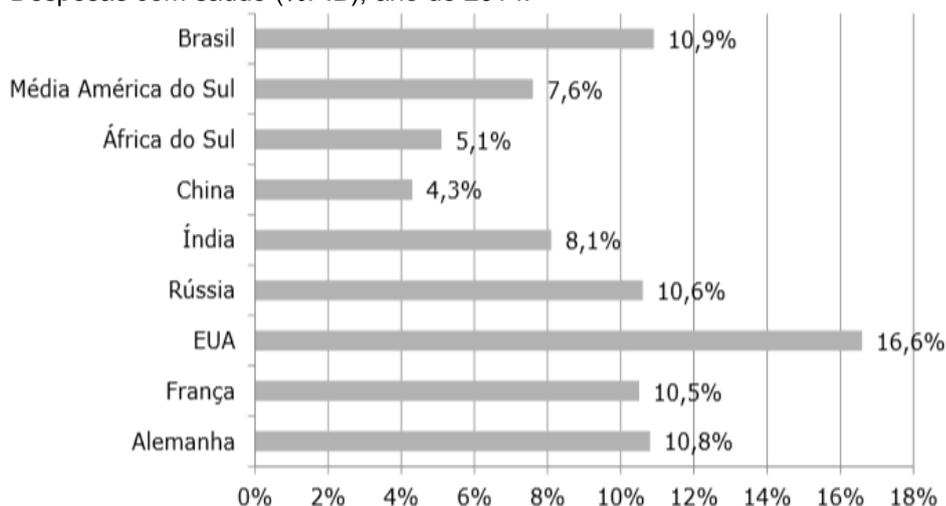
Os estudos de Sisson *et al.* (2011) e Daros *et al.* (2016, p. 531) relatam o nível de qualidade e a satisfação dos clientes que fazem parte dessa camada da população brasileira que utiliza os serviços do Sistema de Saúde suplementar:

A satisfação dos usuários como um parâmetro importante para ações de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das prestadoras de serviços de saúde, contribuindo na ampliação do nível de qualidade dos serviços prestados. A percepção dos usuários contribui para produção de informações tanto para a implementação de ações na área, quanto para a regulação das relações com entes públicos e privados no setor saúde. (SISSON *et al.*, 2011; DAROS *et al.*, 2016, p. 531).

A saúde, além de um dever do Estado brasileiro, é um direito garantido para toda e qualquer pessoa, assegurado pela CF de 1988. O Brasil realiza um grande esforço para assegurar esse direito. Conforme as pesquisas de Azevedo *et al.* (2016), as despesas com saúde no Brasil atingiram a cifra de R\$ 557 bilhões em 2014, que equivale a 10,1% do Produto Interno Bruto (PIB). Essa soma é o total dos PIBs do Peru, Uruguai e Bolívia³.

Quando comparado aos países da América do Sul, fica claro que o Brasil tem um maior gasto com o PIB que são os seus vizinhos da América do Sul. Quando comparado com a França e Alemanha, é nítido perceber que o Brasil depende de uma parcela maior do PIB ao ser comparado a média dos países vizinhos na América do Sul aos outros países. O Gráfico 2 apresenta as despesas do país com saúde no ano de 2014.

Gráfico 2 - Despesas com saúde (%PIB), ano de 2014.



Fonte: adaptado de Euromonitor e Azevedo *et al.* (2016).

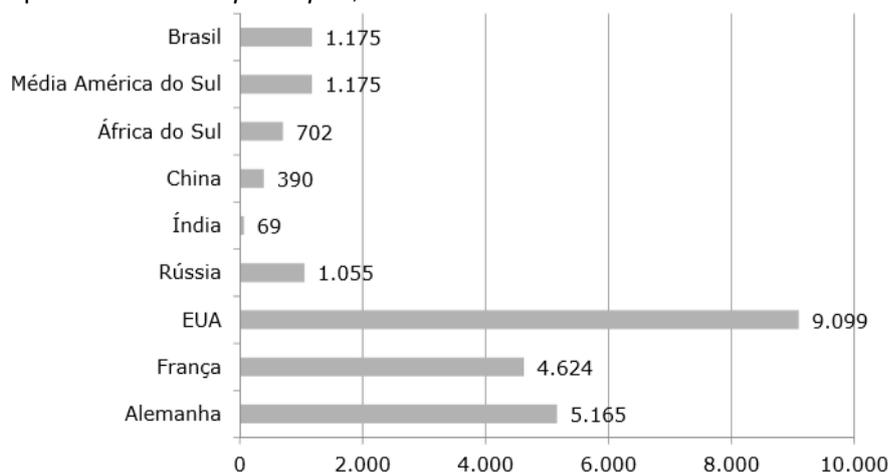
O Gráfico 3 demonstra que as despesas *per capita*⁴ não conseguem acompanhar a mesma tendência, estando o Brasil 'equiparado' com os demais

³O valor das despesas com saúde em R\$ no Brasil foi calculado a partir do PIB e das despesas com saúde como porcentagem do PIB, extraídas do Euromonitor. Para comparação entre países, utilizou-se a conversão feita pelo Euromonitor em moeda corrente para dólar. Dados para 2014.

⁴ Os dados da Conta Satélite de Saúde 2010-2015 indicam que a despesa *per capita* com o consumo de bens e serviços de saúde, em 2015, foi de R\$ 1.538,79 para famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias e de R\$ 1.131,94 para o governo. O levantamento do IBGE constatou que as despesas com consumo de bens e serviços de saúde oscilaram entre 18,5% e 19,6% do total do consumo do governo, entre 2010 e 2015. Já no caso das famílias, as despesas com consumo de bens e serviços de saúde passaram de 7,3% do total de seu consumo final, em 2010, para 8,2%, em 2015. O consumo de bens e serviços de saúde cresceu em todos os anos da série, fechando 2015 com crescimento em volume – descontando as variações de preços – de 0,5% para o governo e de 1,6% para as famílias, em relação ao ano anterior. Gastos com saúde crescem mesmo em meio à

países. Em contrapartida, os países desenvolvidos apresentam maiores despesas. Quando comparado aos demais países BRICS,⁵ o Brasil realiza despesas *per capita* em nível superior a esse conjunto de países.

Gráfico 3- Despesas em Saúde *per capita*, ano de 2014.



Fonte: adaptado de Euromonitor e Azevedo *et al.* (2016).

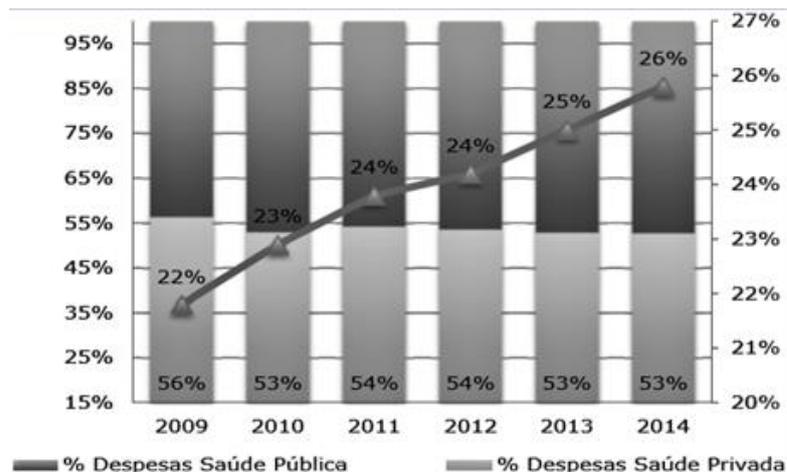
Conforme Azevedo *et al.* (2016) cerca de 74% da população brasileira recebe o atendimento do SUS de maneira gratuita. Seu financiamento se dá por recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Os demais 26% que compõem o total da população brasileira recebem atendimento privado.

O Sistema de Saúde Suplementar é constituído, em primeira instância, pelas Operadoras de Plano de Saúde (OPS). Mesmo que “três em cada quatro pessoas utilizem o SUS, menos de 50% das despesas com saúde são incorridas na esfera pública. A esfera privada, em 2014, foi responsável por 53% das despesas para atender 26% da população” (AZEVEDO *et al.*, 2016, p. 25).

Gráfico 4 -Despesas e cobertura do SUS e da Saúde Suplementar, 2009 a 2014.

crise e atingem 9,1% do PIB. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/gastos-com-saude-crescem-mesmo-em-meio-idade-e-atingem-91-do-pib>.

⁵ Acrônimo comumente utilizado para designar um grupo de países de economias emergentes, formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

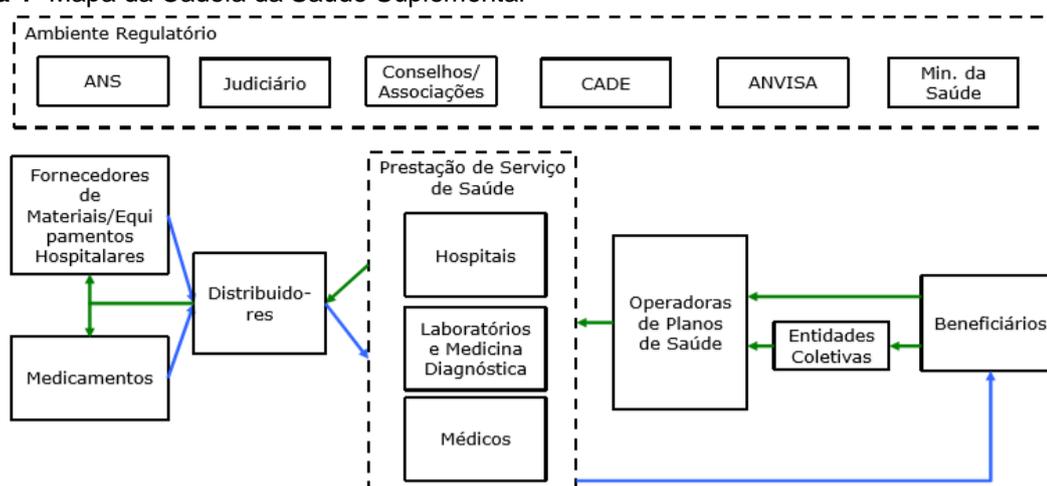


Fonte: Euromonitor; ANS; Azevedo *et al.* (2016).

Os clientes da Saúde Suplementar que pagam para receber tratamentos utilizando a esfera privada também podem receber tratamento pelo SUS. Porém, essa articulação traz consigo falhas do mercado, sendo necessário mapear a Cadeia de Saúde Suplementar. As Operadoras de Plano de Saúde (OPS) fazem um levantamento das atividades realizadas em um dado sistema de fornecimento, com inserção de dados desde os insumos, chegando ao cliente final.

De acordo com Azevedo *et al.* (2016), a Figura 1 “mostra as principais atividades realizadas para os atendimentos dos beneficiários das OPS” quando enquadradas no Sistema de saúde Suplementar.

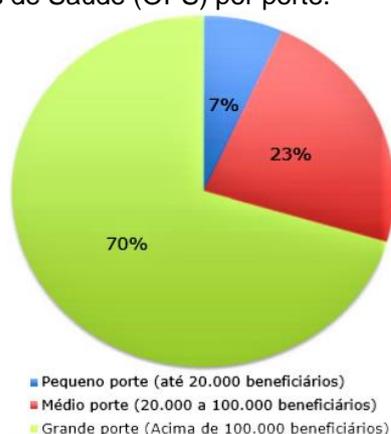
Figura 1- Mapa da Cadeia da Saúde Suplementar



Fonte: Azevedo *et al.*(2016)

As Operadoras de Plano de Saúde podem ser divididas em três grupos, conforme seu porte, sejam eles: pequeno (até 20.000 beneficiários), médio (de 20.001 até 100.000 beneficiários) e grande (acima de 100.000 beneficiários). No Brasil, em 2013, 70% das operadoras eram de grande porte. A possibilidade de ampliação desse mercado pode ser observada no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Operadoras de Planos de Saúde (OPS) por porte.



Fonte: adaptado de Marrone (2015).

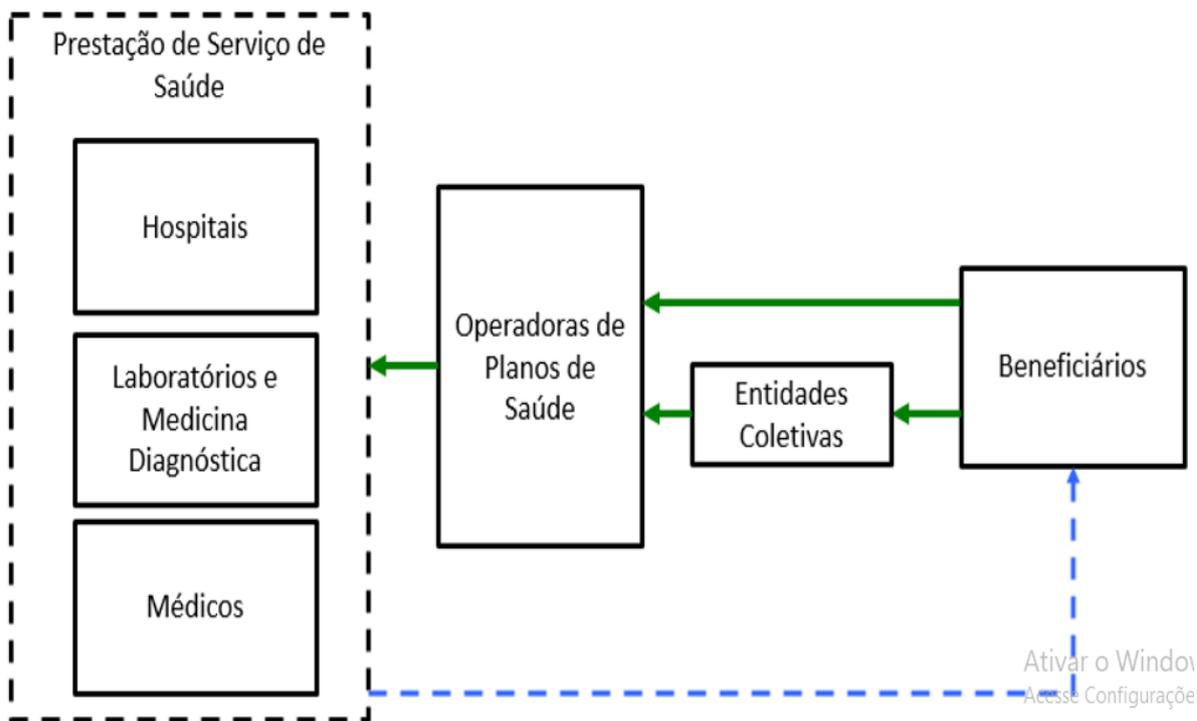
Os agentes reguladores do Sistema de Saúde Suplementar são: Ministério da saúde (atuando indiretamente), Agência Nacional de Saúde (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A ANS foi criada a partir da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A ANS é “a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil” (ANS, 2015).

A ANVISA foi criada por meio da Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999, e é uma autarquia que atua em todos os setores da economia relacionados à saúde dos brasileiros. A exemplo da ANS, a Anvisa é “uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira” (ANVISA, 2015).

Os usuários dos serviços de saúde suplementar, que nesse caso são os consumidores finais, podem ser diferenciados na cadeia de serviços em dois momentos: (i) a contratação do plano, em que os agentes envolvidos são os beneficiários e os planos de saúde; e (ii) utilização do plano, que envolve a relação entre o beneficiário (nesse momento paciente) e os médicos, hospitais, laboratórios etc. (estabelecimentos de serviços de saúde) (AZEVEDO *et al.*, 2016). A Figura 2 apresenta a relação entre beneficiários e prestadores de serviço.

Figura 2 - A Cadeia Saúde - Relações entre beneficiários e prestadores de serviço



Fonte: adaptado de Azevedo (2016).

A Saúde Suplementar vem se destacando no mercado brasileiro e contribuindo para a economia. Porém suas práticas são falhas, de acordo com Pinheiro e Silva Junior (2007) e Daros *et al.* (2016, p. 535).

Quando as práticas da Saúde Coletiva oferecidas pela Saúde Suplementar são desenvolvidas sem considerar ações para a humanização do cuidado e o investimento na transformação dos modos de relação estabelecidos entre trabalhadores de saúde e beneficiários, a capacidade de promover mudanças significativas na qualidade do atendimento às necessidades dos últimos é limitada, mantendo-se ainda centrada na doença e na oferta de um cuidado fragmentado (PINHEIRO; SILVA JR., 2007; DAROS *et al.*, 2016, p. 535).

O texto acima se reporta a um fator de extrema importância para a população que se utiliza do setor privado como mantenedora do processo saúde/doença, trazendo à tona a questão da integralidade no atendimento, que pode se tornar um agravante para a Saúde Suplementar.

2.3 DESENVOLVIMENTO REGIONAL E SAÚDE

Cada vez mais a saúde é a protagonista na agenda de desenvolvimento, e sua relação com este vem sendo reconhecida. Esse relacionamento é complexo e remete ao campo da economia, envolvendo diferentes interesses sociais, políticos e econômicos. Assim, a saúde assume o papel de propulsora do desenvolvimento na dimensão regional, com a difícil missão de superar o complexo corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais e constituir-se em um campo de particular relevância para a coesão social e econômica no território nacional (NUSKE *et al.*, 2017).

A saúde é um fator gerador de desenvolvimento social e econômico. Segundo Pimentel *et al.* (2012) e Reis *et al.* (2018), a saúde estabelece uma certa conformidade no que tange ao desenvolvimento econômico e social, por preservar o pleno exercício dos direitos humanos e implicar uma confusa cadeia de bens e serviços, pois ao mesmo passo que expande o progresso tecnológico, também reduz a mão de obra de trabalho dos indivíduos, visto que os recursos tecnológicos precisarem cada vez menos de pessoas que podem ser substituídas pelo uso da tecnologia (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

Segundo o IBGE (2017), no ano de 2015 a cadeia produtiva da saúde, composta por diversas atividades econômicas relevantes, correspondia a 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (consumo final), 6,4% das ocupações e 9,2% das remunerações.

O direito à saúde é um direito fundamental, espécie de direito social, a todos garantido pela Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988. É o que se extrai da leitura do Artigo 6º da Carta de 1988, cuja redação encontra-se plasmada da seguinte forma: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). O texto constitucional traz, ainda, no artigo 196, aqui retomado, a seguinte disposição:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s.p).

É fato que a intenção clara do legislador era garantir o mínimo de dignidade ao cidadão, ao exigir do Estado uma atuação com vistas a promover a redução de

risco de doenças e outros agravos, garantindo, também, o acesso igualitário e universal aos serviços e ações destinados ao seu bem-estar físico e mental.

O Decreto Presidencial de 13 de março de 2006 instituiu, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com os seguintes objetivos:

Art. 1º [...]

I - apoiar e articular a atuação do Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias;

II - promover modelos e práticas efetivas relacionadas aos determinantes sociais da saúde e voltados à inserção da equidade em saúde nas políticas de governo;

III - contribuir para a formulação e implementação de políticas, planos e programas de saúde baseados em intervenções sobre os determinantes sociais que condicionam o nível de saúde;

IV - organizar e gerar informações e conhecimentos voltados a informar políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde; e

V - mobilizar setores de governo e a sociedade civil para atuar na prevenção e solução dos efeitos negativos de determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2006, s.p).

Verifica-se que a essa comissão foram atribuídas importantes funções, expressas nos objetivos de sua atuação, acima delineados. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007) e o Ministério da Saúde (MS) (2006), a instituição dessa comissão expressa o reconhecimento por parte do Chefe de Governo (Presidente da República) de que a saúde se reveste da roupagem de bem público, cuja construção deve se dar com a participação solidária da totalidade dos setores da sociedade brasileira.

Também nesse sentido se encontram os comentários de Carvalho (2013) e Garbois, Sodr e e Dalberto-Ara ujo (2017), quando destacam que embora se reconheça h a muito tempo que o processo s aude-doença   produzido e distribuído na sociedade por meio de fortes processos de determina o, tanto de cunho econômico como social, ambiental, político, cultural, entre outros, somente em tempos mais recentes   que tal conceito vem experimentando incorpora o ao arcabouço prático e conceitual para a formula o de estratégias e políticas direcionadas   s aude.

No sentido de que a s aude abrange todos os setores da sociedade, um conceito de Carvalho *et al.* (1998, p.43) sobre a extensão do conceito s aude:

Tal conceito, por um lado, sugere um certo avanço na síntese das concep es mais expressivas sobre s aude conhecidas na época. No entanto, revela-se contraditório por supor um “completo estado de bem-

estar”, o que por definição é impossível de acontecer, uma vez que bem-estar físico, bem-estar mental e bem-estar social são estados de equilíbrio instável, que se definem na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas. Isto também exemplifica o caráter processual da saúde e da doença.” (CARVALHO *et al.* 1998, p.43).

Ainda de acordo com os autores supracitados, foi a partir do ano de 2003, quando foi criada a Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que teve início um processo de sistematização do conhecimento disponível, com articulação de iniciativas no âmbito mundial, fomentando a criação de políticas com inspiração nesse referencial. Imediatamente, essa situação representou um alargamento do campo da saúde, com o fortalecimento de abordagens de cunho intersetorial para as ações e políticas de saúde, como ocorreu no Brasil.

Segundo a CNDSS, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) se referem aos fatores influenciadores da ocorrência de problemas de saúde e aos fatores de risco identificados na população. Tais fatores, de acordo com a CNDSS, podem ser econômicos, sociais, étnicos/raciais, culturais, comportamentais e psicológicos.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) correspondem às condições sociais nas quais as pessoas trabalham e vivem (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; GOMES; BASTOS, 2016). Já Tarlov (1996) as compreende como as características sociais em cujo seio transcorre a vida.

Scliar (2007) e Silva (2017), por sua vez, entendem ser possível definir os DSS como elementos de intervenção, na medida em que se revelam como mecanismos e fatores por meio dos quais as condições sociais impactam a saúde, sendo potencialmente alterados por ações que se baseiam em informação.

De um modo geral, na visão de Buss e Pellegrini Filho (2007) e Bandeira (2017), as variadas definições dadas para os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) expressam, com menor ou maior nível de detalhamento, o conceito que se encontra bastante generalizado atualmente para tais fatores, ou seja, de que há uma intrínseca relação entre as condições de trabalho e de vida dos grupos da população e de indivíduos com sua situação de saúde. Tratam-se, pois, de condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que impactam diretamente a saúde do indivíduo.

Para Carvalho (2013) e Silva (2018), entretanto, não se deve atribuir a todos os determinantes igual importância, porque, dentre eles, se destacam os que causam estratificação social. Desse modo, os DSS mais relevantes são os estruturais, que refletem as condições de distribuição de poder, riqueza e prestígio no meio social, estando, pois, desse modo, relacionados à distribuição de renda, à estrutura de classes sociais e ao preconceito a partir de fatores como a etnia, o gênero ou deficiências, e a estruturas de governança e políticas que vêm alimentando iniquidades referentes ao poder econômico, ao invés de atuar para a sua redução.

Dentre os mecanismos com capacidade para gerar e manter essa estratificação estão a distribuição de poder entre as classes sociais, as estruturas de propriedade dos meios de produção e as instituições de governança informais e formais.

Também podem ser assim considerados os sistemas de educação, as estruturas de mercado relacionadas aos produtos e ao trabalho, os sistemas financeiros, revelando-se o nível de atenção a considerações de distribuição no processo de formulação de políticas; e a natureza e extensão de políticas redistributivas, de proteção social e de seguridade social (THEODORO, 2008).

Esses mecanismos estruturais, de acordo com Carvalho (2013), têm a capacidade de alterar o posicionamento social dos indivíduos, revelando-se, também, como a maior causa das iniquidades no âmbito da saúde. Tratam-se, pois, a seu ver, das diferenças que, a partir do impacto que produzem sobre determinantes intermediárias (tais como fatores biológicos e/ou comportamentais, circunstâncias psicossociais e condições de vida, além do próprio sistema de saúde), são responsáveis por dar forma às condições de saúde dos indivíduos (CARVALHO, 2013).

Ainda de acordo com Carvalho (2013), chefes de governo, ministros e representantes dos Estados, convidados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reuniram-se no mês de outubro de 2011 no Rio de Janeiro para expressar determinação na promoção da equidade social e em saúde.

Essas melhorias seriam efetivadas por meio da adoção de ações relacionadas aos determinantes sociais da saúde e do bem-estar, a serem implementadas por meio de uma abordagem intersetorial ampla. Como produto

desse encontro, o documento “Declaração Política do Rio de 21 de outubro de 2011” (WHO, 2011) sintetizou os compromissos que foram então estabelecidos:

1. Convidados pela Organização Mundial da Saúde, nós, Chefes de Governo, Ministros e representantes dos governos nos reunimos em 21 de outubro de 2011 no Rio de Janeiro para expressar nossa determinação em promover a equidade social e em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar implementadas por meio de uma ampla abordagem intersetorial.

2. Compreendemos que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global de “todos pela equidade” e “saúde para todos”.

3. Sublinhamos os princípios e disposições contidos na Constituição da Organização Mundial da Saúde e na Declaração de Alma Ata de 1978, bem como na Carta de Ottawa de 1986 e na série de conferências internacionais sobre promoção da saúde, que reafirmaram o valor essencial da equidade em saúde e reconheceram que “o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição econômica ou social”. Reconhecemos que os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, que somente pode ser cumprida por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas, e que os esforços nacionais precisam ser apoiados por um ambiente internacional favorável.

4. Reafirmamos que as desigualdades em cada país e entre os países são política, econômica e socialmente inaceitáveis — além de injustas e, em grande parte, evitáveis — e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança.

5. Reiteramos nossa determinação de agir sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva — tal como acordado na Assembléia Mundial da Saúde e refletido na resolução WHA62.14 (“Reduzir as desigualdades de saúde mediante ações sobre os determinantes sociais da saúde”), que, por sua vez, assinala as três recomendações gerais da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde: melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções.

6. As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. Estamos convencidos de que as intervenções sobre esses determinantes — para os grupos vulneráveis e a população como um todo — são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis. Considerar a saúde e o bem-estar como um dos aspectos principais do que constitui uma sociedade bem-sucedida, inclusiva e justa no século 21 é coerente com o nosso compromisso em relação aos direitos humanos no âmbito nacional e internacional.

7. A boa saúde exige a existência de um sistema de saúde universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil, acessível e de boa qualidade. Contudo, ela também depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores, visto que o desempenho destes gera impactos significativos sobre a saúde. Ações políticas coordenadas e intersetoriais são comprovadamente eficazes. A estratégia de Saúde em Todas as Políticas, juntamente com a cooperação e ações intersetoriais, constitui um enfoque promissor para ampliar a responsabilização de outros setores em relação à saúde, além de promover a equidade em saúde e o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e produtivas. Enquanto metas coletivas, a saúde e o bem-estar para todos deveriam estar entre as mais altas prioridades no âmbito local, nacional, regional e internacional.

8. Reconhecemos que precisamos envidar mais esforços para acelerar o progresso na abordagem da distribuição desigual de recursos na área da saúde, bem como das condições que prejudicam a saúde em todos os níveis. Com base nas experiências compartilhadas nesta Conferência, expressamos a vontade política de fazer da equidade em saúde uma meta nacional, regional e global, além de enfrentar desafios atuais, como erradicar a fome e a pobreza; assegurar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso a água potável, saneamento, emprego, trabalho decente e esquemas de seguridade social; proteger o meio ambiente; e gerar crescimento econômico equitativo através de ações firmes sobre os determinantes sociais da saúde em todos os setores e em todos os níveis. Também estamos cientes de que, abordando os determinantes sociais, podemos contribuir para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

9. A atual crise econômica e financeira global demanda a adoção urgente de medidas para reduzir as crescentes iniquidades em saúde e para prevenir a piora nas condições de vida e a deterioração dos sistemas universais de serviços de saúde e proteção social.

10. Estamos cientes de que é preciso implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde tanto nos países quanto no âmbito global. Enfatizamos que o aumento da capacidade dos atores globais, por meio de melhorias na governança global, promoção da cooperação e desenvolvimento internacionais e aumento da participação na formulação de políticas e monitoramento do progresso, é uma contribuição essencial para ações nacionais e locais sobre os determinantes sociais da saúde. A ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser adaptada aos contextos nacionais e subnacionais de cada país e região para que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos. Evidências resultantes de pesquisas e experiências, contudo, têm mostrado características comuns nas políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde bem-sucedidas. Cinco áreas são cruciais na abordagem das iniquidades em saúde: (i) adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; (ii) promover a participação na formulação e implementação de políticas; (iii) continuar reorientando o setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; (iv) fortalecer a governança e a colaboração global; e (v) monitorar os avanços e ampliar a prestação de contas. Agir sobre os determinantes sociais da saúde, portanto, significa que nós, representantes dos Governos, vamos realizar esforços, individual e coletivamente, no sentido de formular e apoiar políticas, estratégias, programas e planos de ação para abordar os determinantes sociais da saúde, com o apoio da comunidade internacional (...). (WHO, 2011, s.p).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007) e Schimitz, Heinemann e Durand (2018), há que se considerar que certos determinantes da saúde são biológicos ou se encontram em um estado em que se tem maior controle por parte do indivíduo, como ocorre, por exemplo, com determinadas condutas individuais. Outros, porém, apresentam abrangência coletiva, dependendo, para o seu enfrentamento, das condições sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais existentes, bem como de políticas públicas de saúde e extrasetoriais. Considerando, pois, tais pressupostos, para esses autores faz-se necessária uma atuação voltada para os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que, por sua vez, abrangem tanto fatores pessoais como não pessoais. Somente assim se poderia, a seu ver, alcançar saúde.

Ainda segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), ao se estudar os DSS, é preciso considerar que a vinculação estabelecida entre eles e a saúde não consiste em simples relação de causa e efeito. Também não é uma relação constante, de modo que uma sociedade que apresente um maior Produto Interno Bruto (PIB) não contará, necessariamente, com melhores indicadores de saúde.

Da mesma forma, não se podem usar os determinantes de saúde de cunho individual para explicar as divergências verificadas nos níveis de saúde entre várias sociedades ou, ainda, entre grupos diferentes de uma mesma sociedade. Estas divergências estariam relacionadas a fatores que decorrem das iniquidades sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Vários são os modelos esquemáticos que buscam melhor representar os diversos níveis de DSS existentes. Para este estudo, será considerado o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), que apresenta várias esferas, que vão desde uma camada basal, na qual se encontram presentes características individuais, até uma camada distal, em que se situariam os macros determinantes. Nas camadas intermediárias, no modelo desses autores, estariam elencados como fatores o estilo de vida do indivíduo, as redes sociais e comunitárias e as condições de trabalho e de vida.

Para Dahlgren e Whitehead (1991), as políticas e estratégias públicas deveriam se basear em um entendimento basilar de quais seriam as principais influências recebidas sobre a saúde humana, o que, a seu ver, justificaria o agrupamento dessas influências em variadas categorias, que exigem, a seu turno, variados níveis de intervenção.

Em relação à camada mais baixa do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), tem-se que, de acordo com Rosa *et al.* (2007), muito embora se vislumbre um consenso sobre a influência das características individuais, tais como sexo, idade e fatores constitucionais, exercida sobre o estado de saúde dos indivíduos, é certo que a maioria dos autores que abordam essa temática as consideram características de caráter imutável, nas quais não seria possível intervir.

Atualmente, entretanto, conhece-se a influência do meio ambiente sobre a expressão genética. Nesse sentido, cite-se importante contribuição de Barker *et al.* (1989), que demonstraram que a aferição dos níveis pressóricos sistólicos de adultos retornou valores inversamente proporcionais ao peso baixo ao nascimento, situação esta que sugeriu que o ambiente intrauterino impacta a tensão arterial na vida adulta, estando, também, associada ao aumento da mortalidade cardiovascular.

Jaenisch e Bird (2003) também buscam demonstrar o impacto do ambiente no organismo humano, ao destacarem sua capacidade de resposta ao meio ambiente pela efetivação de mudanças na expressão genética, com o uso de mecanismos epigenéticos, principalmente nos períodos de desenvolvimento.

Tais alterações, muito embora não se refiram a mutações, podem ser transmitidas para as gerações futuras em curto prazo, resultando, talvez, em condições que possam contribuir para a doença ou a saúde. Desse modo, para os autores, quando houver total compreensão acerca dos estímulos ambientais e dos mecanismos epigenéticos que deflagram mudanças na expressão genética, será possível expressar os genes desejados, silenciando aqueles que não o são, buscando, desse modo, alcançar a saúde.

Acima dessa camada, no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), está a que evidencia a importância do estilo de vida na determinação da saúde humana. Desse modo, tomando-se como referencial o diabetes mellitus tipo 2, uma doença que se mostra como sério problema mundial de saúde pública em razão dos elevados níveis de morbimortalidade que apresenta, bem como das complicações crônicas e agudas percebidas, tornam-se bastante evidentes os efeitos que o estilo de vida causa sobre o processo saúde-doença (ROSA *et al.*, 2007; LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2018).

Sendo assim, por exemplo, o exercício físico reduz a resistência periférica à gordura visceral, à ação da insulina e aos níveis de hemoglobina glicada, reduzindo, também, a pressão arterial média do indivíduo, atuando sobre outros fatores que

igualmente contribuem para o desencadeamento de doenças cardiovasculares relacionadas ao diabetes. De igual forma, também a dieta se mostra como importante fator para os três níveis de prevenção do diabetes, com atuação no controle glicêmico do indivíduo, melhorando o seu perfil lipídico e reduzindo os níveis existentes de tensão arterial (CHOR; LIMA, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Em um nível imediatamente posterior, estão as redes comunitárias e sociais, que são representadas pelo suporte de amigos, da família, da comunidade local e da vizinhança, constituindo-se, desse modo, no denominado capital social, que também tem apresentado o poder de impactar de modo bastante positivo as condições de saúde. Nesse sentido, por exemplo, alguns estudos têm apresentado proposições de abordar a relação existente entre a saúde do idoso e as redes sociais (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; BENEDETTI; MAZO; BORGES, 2012; VARGAS; PORTELLA, 2013).

De acordo com Ramos (2002), a troca de ajuda experimentada nas redes comunitárias e sociais influenciam positivamente o bem-estar psicológico do indivíduo, revelando-se, com isso, efeitos positivos do suporte social no formato de afeição, amor, assistência e preocupação. Com isso, os idosos se sentem mais seguros e amados para o enfrentamento de problemas de saúde. Para Vargas e Portella (2013) e Freitas (2016), o apoio social se mostra bem associado às taxas de mortalidade registradas entre os idosos, revelando-se, também, a sua relação com determinadas entidades clínico-patológicas, tais como incontinência urinária, incapacidade funcional e problemas visuais.

Na camada imediatamente externa se inserem as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham, cuja determinação é feita por vários setores, tais como educação, moradia, agricultura e assistência à saúde.

Em relação à educação, Scliar (2007) menciona importantes resultados sobre associações com significância estatística entre uma menor escolaridade materna e um reduzido número de consultas médicas no pré-natal. Essa associação, conforme o autor, também é verificada ao se considerar os casos em que se tem baixo peso do nascituro e história pregressa de filhos mortos (abortos). Esses resultados, segundo o autor, impactam em uma maior mortalidade tanto da mãe como do nascituro, contribuindo, também, na visão de Romani e Lira (2004), para o déficit do crescimento e desenvolvimento pós-natal, o que faz com que essas crianças se tornem mais vulneráveis à ocorrência constante de doenças.

Puccini e Cecílio (2004) e Santos (2017) também aportam importante contribuição, destacando que as condições de trabalho e de vida do indivíduo, que incluem, também, outros elementos, tais como saneamento básico, alimentação e acesso à informação, recebem forte influência da posição social ocupada, ocasionando, conseqüentemente, a vulnerabilidade aos impactos ambientais, o que demonstra a necessidade de se combater as iniquidades socioeconômicas com o objetivo de se garantir a todos o gozo do direito à saúde.

O último nível do modelo analisado se encontra relacionado aos macros determinantes, que são as condições culturais, econômicas e ambientais da sociedade. Tais determinantes, na visão de Chor e Lima (2005) e Silva e Higa (2018), explicam a ocorrência de perfis de doença diferentes, que decorrem de desigualdades étnico-raciais. Como exemplo, citam o caso do Brasil, onde os negros são titulares dos piores indicadores de mortalidade, com maior registro de número de óbitos evitáveis, morrendo mais por doenças cerebrovasculares e agressão do que os brancos.

Para analisar a relação saúde x doença, Puccini e Cecílio (2004) e Santos (2017) propõem considerar os seguintes aspectos: não se pode compreender a doença tão somente por meio das medições fisiopatológicas realizadas, pois os fatores responsáveis por estabelecer o estado da doença são a dor, o sofrimento, o prazer... enfim, os sentimentos e valores expressos pelo corpo que adocece. Já a saúde é algo silencioso, não percebida em sua plenitude, normalmente revelando-se a sua perda somente quando advém a doença. Trata-se, na visão dos autores, de uma experiência que é vivenciada no âmago do corpo individual.

Para Brêtas e Gamba (2005), uma boa estratégia para se garantir a saúde com qualidade seria ouvir o corpo, na medida em que não é possível estabelecer um limite com precisão entre a doença e a saúde, mas, sim, reconhecer que há uma reciprocidade entre ambas. De igual modo, também não se tem como estabelecer limites entre a doença e a normalidade, tendo em vista que os mesmos fatores que possibilitam o bem-estar ao homem, como água, alimento, clima, ar, trabalho, habitação, relações sociais e familiares e tecnologia, podem lhe causar doenças (PUCCINI; CECILIO, 2004; SANTOS, 2017).

Essa relação é demarcada pelos determinantes sociais, psicológicos e biológicos e pelo estilo de vida. Esta constatação, de acordo com Brêtas e Gamba (2006), serve como reflexão de que o processo saúde-doença-adoecimento se dá de

forma desigual entre as classes, os indivíduos e os povos, sendo impactado diretamente pela posição social.

Em importante aporte, Puccini e Cecílio (2004) e Santos (2017) sustentam que o processo saúde-doença é a expressão utilizada para se referir a todas as variáveis que envolvem a doença e a saúde de um indivíduo ou de uma população, considerando que ambas estão interligadas, sendo consequência dos mesmos fatores. Conforme esse conceito, o estado de saúde de uma pessoa contempla uma determinação complexa, que abrange variados fatores (PUCCINI; CECILIO, 2004).

Nesse sentido, expõe Carvalho (2013) que, atualmente, para designar o conceito de saúde-doença, tem sido utilizada a teoria da multicausalidade, em contraponto à unicausalidade, muito aceita no início do século XX, que pressupõe um agente etiológico, por exemplo, uma bactéria, um vírus ou protozoários, como único fator causador de doenças.

Contudo, como bem destaca Carvalho (2013) e Spink (2017), não se pode considerar que o conceito de multicausalidade exclua a presença de agentes etiológicos em uma pessoa como fator de surgimento de doenças. Ao contrário, ainda segundo os autores, além dos agentes etiológicos, a multicausalidade abrange também o psicológico do paciente, bem como seus recursos financeiros, seus conflitos familiares, seu nível de instrução, dentre outros. Estes fatores, inclusive, a seu ver, não são dotados de estabilidade, podendo variar com o decorrer dos anos, bem como de uma etnia ou região para outra.

Rosa *et al.* (2007), por sua vez, ressalta que, a seu ver, não é possível considerar que doença e saúde sejam faces de uma mesma moeda. Isso porque, ao se considerar, por exemplo, um sistema de saúde, como o SUS (Sistema Único de Saúde), pode-se verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento de doenças consistem em somente duas de suas atividades. De igual modo, a promoção da equidade, a inclusão social e a promoção da cidadania e visibilidade são também consideradas ações de saúde.

Ainda segundo esses autores, o entendimento que contempla a saúde como um dispositivo social relativamente autônomo quanto à noção de doença, bem como as repercussões trazidas por esse novo entendimento para as práticas cotidianas em geral, para as práticas dos serviços de saúde e para a vida social, descortina novas possibilidades para se conceber o processo saúde-doença. Diante disso, para eles, é certo sustentar que o processo saúde-doença se encontra diretamente

relacionado com a forma pela qual o ser humano, ao longo de sua existência, se apropriou da natureza para transformá-la, a fim de satisfazer as suas necessidades.

Desse modo, na análise de Carvalho (2013) é possível destacar que esse processo diz respeito ao conjunto de variáveis e relações que têm a capacidade de produzir e condicionar o estado de doença e de saúde de uma população, que experimenta modificações nos mais variados momentos históricos e de desenvolvimento científico, percorridos pela humanidade. Sendo assim, não se pode compreendê-lo como um conceito abstrato de processo de doença saúde; antes, cumpre defini-lo no contexto histórico de dada sociedade e em certo momento de seu desenvolvimento, a ser conquistado pela população cotidianamente.

Sustenta o autor, ainda, que a noção de saúde não contempla um conceito estável e imutável: ao contrário, abrange aspectos que variam de acordo com a época vivida, bem como com os interesses prevalentes nos mais diversos grupos sociais. Diante disso, ainda conforme o autor, é possível verificar a intrínseca relação entre os DSS e a relação saúde-doença, tendo em vista que se trata de fatores com o poder de impactar o estado do indivíduo, conduzindo-o à saúde ou à doença.

Reis, Barbosa e Pimentel (2016) explicam que as causas externas, como, por exemplo, mortes e as incapacitações relacionadas a acidentes de trânsito, violência urbana e rural, transições epidemiológicas e demográficas estão levando o Brasil a uma alta demanda e procura pelos serviços na área da saúde, sobrecarregando o sistema. Nesse cenário, o SUS sofre sobrecarga principalmente nos “períodos de baixa do ciclo econômico” (REIS *et al.*, 2018).

A GC na área da saúde atravessa muitas consequências devido a vários fatores, estes interferem de maneira direta tanto na gestão quanto no ensino, na área da pesquisa e na assistência. Neste sentido o autor Bittar (2018) faz uma análise em seu estudo quanto a saúde e seu cenário de transição, deixando explícito quanto a importância e os pontos para que as organizações possam desempenhar uma nova estruturação como base para o melhor desenvolvimento na área da saúde.

O autor supracitado evidencia estratégias para que os sistemas de saúde possam dar maior ênfase em suas gestões, sendo estas:

A - Transições: demográfica, epidemiológica, tecnológica, econômica, sócio-cultural, geopolítica e climática – neste tópico estão adentrados fatores como a

inovação tecnológica, o envelhecimento da população, baixa qualidade de vida, mudanças de clima entre outras;

B - Sustentabilidade, governança, compliance, accountability, transparência – este tópico discorre sobre a importância da sustentabilidade, ou seja, que os recursos naturais no Brasil, não tem duração ilimitada. Além de uma maior conscientização das responsabilidades nas esferas institucionais, ambientais e sociais;

C - 4ª Revolução Industrial: Indústria 4.0, inteligência artificial, big data, computação cognitiva, internet das coisas (IoT), realidade virtual, impressão 3D – este tópico discorre sobre as estruturas que podem ser divididas a área da saúde, sendo a primeira como o contato com o paciente e a segunda do aporte de infraestrutura e do suporte para o paciente;

D - Mercado de trabalho, economia compartilhada, trabalho colaborativo, ética – este tópico aborda a tecnologia nos tempos atuais que corroboraram com agilidade e rapidez no atendimento, assim como a importância de todos os profissionais a terem garantidos os seus empregos, ou seja, mesmo com a alta tecnologia em questão e o que antes era realizado em papéis, prontuários e fichas, nos dias atuais toda esta burocracia se torna online, sendo assim é preciso manter o emprego de todos, realizando projetos de atualização para os colaboradores de maneira em geral;

E - Qualidade, produtividade e custos (pessoal, capital, tecnologia, gestão, escala) - para este tópico é explanado sobre a importância de ofertar atendimento aos pacientes com boa qualidade, atentando-se a uma alta produtividade e baixo custo;

F - Humanização: meio ambiente, estrutura, processos, resultados – é preciso que os profissionais de saúde tenham acesso aos processos dinâmicos e inovadores, utilização de máquinas com alta tecnologia para atendimento, a resolução rápida de problemas, a educação permanente, entre outros (BITTAR, 2018).

O livro “Saúde 4.0” aborda a representatividade e a legitimidade das indústrias da saúde brasileira. A Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde (ABIIS) é um consórcio que congrega, atualmente, três associações do setor de produtos médico-hospitalares, a Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED), a Associação Brasileira de Importadores e

Distribuidores de Implantes (ABRAIDI) e a Câmara Brasileira de Diagnóstico Laboratorial (CDBL) (MARRONE, 2015). Juntas, essas associações somam cerca de 480 empresas atuantes na produção, importação, exportação e distribuição de produtos e equipamentos médicos para diagnóstico, prevenção e tratamento em saúde.

As entidades ABIMED, ABRAIDI e CDBL e demais empresas congregadas pela ABIIS atendem a um mercado estimado em US\$ 10,6 bilhões ou R\$ 23,63 bilhões de reais⁶. Fomentam, diretamente, mais de 14,5 mil empresas, que geram mais de 132,6 mil postos de trabalho com salários acima da média nacional⁷(MARRONE, 2015). Marrone (2015) explicita quanto à atuação da ABIIS e a importância do desenvolvimento de uma indústria no mercado:

Em sua atuação, a ABIIS demonstra para os entes políticos que a melhoria contínua das condições de saúde da população depende do acesso a tecnologias médicas avançadas incorporadas com pragmatismo, responsabilidade e fluidez num mercado dinâmico, competitivo e isonômico, seguindo um ciclo virtuoso e sustentável. O desenvolvimento de uma indústria local dinâmica, forte e que contribua para a sociedade brasileira depende de um ambiente de negócios organizado, estável e competitivo, de modo a expor às mesmas condições que o setor industrial enfrentaria ao buscar os mercados de outros países (MARRONE, 2015, p. 13).

Para se compreender a relação entre saúde e desenvolvimento, deve-se compreender, primeiramente, os conceitos de desenvolvimento e de saúde. Muitos são os entendimentos do conceito de desenvolvimento, e o termo pode ser utilizado de forma equivocada, alterando seu sentido ou sua essência. Como exemplo, é inadequado uso dos conceitos de “crescimento econômico” e “desenvolvimento” como sinônimos.

O primeiro nada mais é do que uma das dimensões do segundo, como afirma o pensador e economista austríaco Schumpeter (1912), quando se refere ao crescimento econômico como não sendo um fenômeno qualitativamente novo, por não ser designado como um processo de desenvolvimento (NUSKE *et al.*, 2017).

A saúde tem se mostrado como indutora de investimentos em pesquisas, parte importante e estratégica da dimensão social do desenvolvimento. Porém, devido a sua importância no cenário econômico e sua liderança em investimentos

⁶À taxa de câmbio de paridade de poder de compra de R\$/ US\$ 2,23 divulgada pelo IPEADATA para o ano de 2014

⁷As entidades filiadas à ABIIS acompanham os dados da RAIS – Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e em estudos específicos comparam os salários do setor com os de outros setores da indústria e do comércio.

de pesquisa e desenvolvimento, o setor vem ganhando expressão internacional na Organização Mundial da Saúde. Estudos vêm demonstrando clara relação entre as condições de saúde da população e seu impacto no desenvolvimento econômico (OMS, 2011).

Para garantir uma sistematização e um cenário macroeconômico favorável à saúde, o projeto Brasil 2035 (IPEA, 2017) explana as oito tendências para o fomento da saúde, elencadas a seguir:

1. Manutenção do processo de envelhecimento da população, com o aprofundamento das transições epidemiológica e demográfica;
2. Mudança do paradigma da cura para o cuidado, com aumento das pessoas em uso contínuo de serviços de saúde;
3. Manutenção do subfinanciamento público em saúde e da elevada participação privada;
4. Manutenção do sistema de dupla porta de entrada nos prestadores de serviços de saúde;
5. Manutenção da dependência externa de tecnologias da saúde;
6. Manutenção dos processos de internacionalização e globalização do sistema de saúde;
7. Manutenção da desconcentração do gasto federal em saúde para regiões mais carentes, com manutenção da equidade do gasto em saúde em nível subnacional (Estados e municípios); e
8. manutenção da concentração espacial e das desigualdades territoriais de serviços e recursos físicos de alta complexidade em saúde (IPEA, 2017).

O que se pode averiguar na lista acima é que as duas primeiras tendências estão voltadas para a população; já no caso dos itens 7 e 8, estão direcionadas para tendências internacionais, norteadas para políticas públicas.

Portanto, percebe-se que a relação entre saúde e desenvolvimento é, de certa forma, complexa, por se tratar de um processo social e político, sendo necessária a aproximação do campo da saúde com o campo da economia e da política para uma análise aprofundada, pois estão envolvidos diversos interesses: sociais, econômicos, territoriais e políticos.

Para Furtado (1964), o desenvolvimento é um processo de mudança social pelo qual o crescente número de necessidades humanas é satisfeito por meio de uma diferenciação no sistema produtivo, gerada pela introdução de inovações tecnológicas.

O setor da saúde se destaca por sua contribuição para a economia e por seu impacto social e tecnológico. O setor necessita de colaboradores com alta qualificação em gestão, a fim de difundir a inovação e a indústria da saúde. Para tanto, é necessário que a região ofereça ao mercado profissionais qualificados para a ocupação dos cargos nas organizações. Uma adequada alocação de serviços de saúde no território contribui para a redução das desigualdades territoriais, sendo elas de emprego e renda (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

Conforme o enunciado por Reis *et al.* (2018) “não há dados sobre a Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF) dos serviços de saúde no Brasil”. Diante disso, foi necessário buscar, de maneira introdutória “os investimentos com base no orçamento de investimentos da União (saúde pública) e nas matrizes de absorção dos investimentos para a saúde mercantil e para a indústria farmacêutica” (MIGUEZ, 2016), comparando-se com o valor adicionado bruto disponível na Conta-Satélite da Saúde (IBGE, 2015).

Nesse sentido, uma das recomendações seria desenvolver metodologias mais robustas para estimar o investimento dos serviços de saúde no país, uma vez que na indústria é possível utilizar a Pesquisa Industrial Anual (PIA) do IBGE.

O desenvolvimento regional DR vem, a longos passos, conquistando seu destaque na história, com inúmeras teorias de desenvolvimento visando as questões apontadas para o equilíbrio do território (DINIZ; CROCCO, 2006; NUNES; HOFF; ROSA, 2017). Entre 1950 e 1960, surgiu a “primeira geração de políticas regionais, que se propagam até 1970, chamadas de políticas *top-down*⁸”.

Como característica a ser destacada, está: a forte presença do Estado na tentativa de redução das disparidades interregionais, tanto no que tange a questões voltadas para o pleno emprego e impulso a demanda agregada como para questões voltadas para o equilíbrio do território (DINIZ; CROCCO, 2006; NUNES; HOFF; ROSA, 2017, p. 4).

A partir de 1980 é deflagrada uma abertura comercial e financeira, trazendo mudanças nas relações socioeconômicas voltadas para as regiões. Dessa maneira,

⁸ Top-Down: tradução para o português “de cima para baixo”.

nasce uma nova fase, conhecida como *supply-side*⁹, e com ela a segunda geração de políticas regionais, nas quais foram incorporados enfoques institucionais, visando compreender a dinâmica regional e a relevância das qualificações locais para evitar disparidades nas regiões (DINIZ; CROCCO, 2006; NUNES; HOFF; ROSA, 2017).

Destarte, as empresas passaram a ser mais cooperativas na geração de economias externas e por escalas, tornando-se mais atrativas com a redução de custos nas transações e criando maneiras atrair novas empresas de grande porte para se instalar nas regiões. De acordo com Nunes, Hoff e Rosa (2017), as políticas regionais começam a ser implementadas de baixo para cima, visando diversificar a dinâmica econômica com a formação de redes, contando como apoio de organizações eficientes no mercado, no intuito de intensificar a produção. Os autores ainda reiteram a adoção de políticas públicas visando o bem-estar local e o desenvolvimento.

Nesse contexto surge o desenvolvimento endógeno, que tem a função de produção do conhecimento, agregando as universidades para que sejam mais atrativas em negócios de novos investimentos, fomentando assim o desenvolvimento regional (NUNES; HOFF; ROSA, 2017). Com a efetivação de políticas e de iniciativas norteadas para a criação da economia, da informação e do conhecimento, conforme o estudo de Diniz e Vieira (2015), foram trazidos para o centro do debate econômico a valoração e o reconhecimento dos ativos intangíveis e dos estoques do conhecimento tácito e codificado, emergindo a economia do conhecimento.

Nunes, Hoff e Rosa (2017) reiteram que ...

[...] dando-se este, ao fato da observação dos progressos obtidos nas áreas da nano e biotecnologia e na tecnologia da informação e comunicação (TIC), os quais transformaram significativamente os alicerces produtivos, as táticas e o curso da criação e manutenção da riqueza. Nesse novo contexto, as Instituições de Ensino Superior (IES), possuem um papel de evidência o qual se justifica através de suas ações primordiais de criação de recursos humanos, concepção e difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos (NUNES; HOFF; ROSA, 2017, p. 5).

As Instituições de Ensino Superior (IES) vêm corroborar a criação de uma rede de conhecimento, em que o corpo docente, os acadêmicos e os alunos de

⁹Supply-Side: tradução para o português "lado da oferta".

cursos técnico-administrativos se articulariam com as fundações, governos, empresas locais, entre outros. Com mão de obra qualificada, as IES se empenham a favor do DR com seus conhecimentos e produções científicas.

Nesse mesmo sentido, Gerasimovaa e Mokicheva (2014) e Nunes, Hoff e Rosa (2017) entendem que as IES são um “centro de concentração de conhecimento e reprodução da elite intelectual”, onde esses conhecimentos se transformam em novas ideias, sendo capazes de elaborar e decidir, aspectos esses, segundo os autores, desencadeadores do conhecimento para o DR.

Outrossim, Bonander *et al.* (2016), Zavale e Macamo (2016) e Azagra-Caro *et al.* (2016) lembram que, apesar de as IES aportarem conhecimento para o desenvolvimento nas regiões, isto só acontecerá se a região ou local apresentar “capacidade absorptiva”.

No sentido de relacionar a GC com o DR, Di Nauta *et al.* (2015, p. 17) expõem que, ao se reconhecer o impacto indireto do conhecimento voltado para modelos gerenciais, seu transbordo de impacto é agregado nas redes relacionais de criação e, conseqüentemente, no DR “relacionado à gestão do conhecimento nos processos necessários para acelerar o desenvolvimento das condições, rumo ao crescimento.”

O desenvolvimento e a saúde no aspecto da GC e inovação corroboram no sentido de executar ou aperfeiçoar algo que já existe. A inovação significou e ainda significa a utilização do atributo da criatividade para o enfrentamento e a resolução de problemas, dos mais básicos aos mais complexos (FERNANDES *et al.*, 2016). O autor discorre sobre a ideia da prática da inovação como uma solução na gestão pública para atender as necessidades da grande demanda da sociedade.

Chega-se, a esta altura, a um consenso que na origem e no desenvolvimento de uma inovação, as noções de informação e de conhecimento são basilares. Por conseguinte, a produção, a sistematização, o intercâmbio, a troca, a difusão e a disseminação de informação e conhecimento entre indivíduos, grupos, instituições, organizações e mesmo países se plasam numa capacidade de aprendizado interativo, que possibilita o enfrentamento das contingências do cotidiano em constante mutação, assim como de estabelecimento de estratégias de avaliação de processos, desempenhos e/ou resultados (CANONGIA *et al.*, 2004; ARBIX, 2010; FERNANDES *et al.*, 2016, p. 2549).

O conhecimento sob o ponto de vista da inovação não é apenas um aspecto formal/formalizado constituído nas práticas socioculturais como característica

essencial dos processos mais essenciais do dia a dia da sociedade. Destarte, possui peso e papel estratégicos (FERNANDES *et al.*, 2016).

Para que o desenvolvimento e a saúde possam estar vinculados nas práticas de GC e Inovação, é necessário uma dinâmica e políticas públicas que contemplem sua importância, para que haja maior abrangência no sentido de informação e estratégia.

2.4 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE

Em meados dos anos 1980, o conhecimento tinha pouca importância como capital organizacional. Porém, em tempos mais recentes, passou a ser percebido como um recurso valioso e insubstituível como força de trabalho nas empresas (NONAKA, 1994; NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Para Nonaka (1994) e Nonaka e Takeuchi (1997), a Gestão do Conhecimento (GC) pode ser utilizada como instrumento estratégico nas tomadas de decisões, seja para os profissionais ou para as instituições de saúde. Isso se deve à globalização, tanto da economia quanto dos avanços das tecnologias de informação e comunicação aplicadas a essa área.

A GC na área da saúde pode ser aplicada em empresas públicas e privadas deste setor, e como complementam Silva, Juliani e Dias (2016), com a intenção de proporcionar melhorias na qualidade para a entrega de produtos e serviços ao público, além de tornar mais eficientes e eficazes os processos e serviços dependentes do conhecimento existente nesses locais.

Em relação à GC em organizações hospitalares, Mylläniemi *et al.* (2012) e Silva, Juliani e Dias (2016) reconhecem que práticas e fluxos de conhecimento existem em vasta quantidade nas organizações da saúde, mas estas carecem de meios para analisar, processar e gerir o conhecimento. Segundo os estudos de Rowley (2007), Borga e Kliemann Neto (2008) e Silva, Juliani e Dias (2016, p. 33):

Estudos sobre a GC em unidades hospitalares (UHs) podem ser considerados incipientes e, quando se faz uma leitura do cenário brasileiro com base na literatura existente, percebe-se que ainda são escassos como destacam (ROWLEY, 2007; BORGA; KLIEMANN NETO, 2008; SILVA; JULIANI; DIAS, 2016, p. 33).

Conforme o texto citado acima, a GC em organizações hospitalares proporciona a melhoria da qualidade direcionada aos serviços na área da saúde e a redução de custos para as organizações.

A GC está relacionada a melhorias no Desenvolvimento Regional (DR), de acordo com Di Nauta *et al.* (2015), que atrelam o desenvolvimento regional à gestão do conhecimento em processos específicos que aceleraram o desenvolvimento das condições rumo ao crescimento.

Nonaka e Takeuchi (1997) destacam que o conhecimento pode ser dividido em explícito e tácito. O conhecimento explícito é classificado como formal e sistemático, disseminado por meio de informações rápidas, confiáveis e disponíveis, conectando as pessoas para utilizá-lo, sendo disponibilizado por livros e documentos escritos. Já o conhecimento tácito está vinculado à experiência pessoal acumulada com o tempo, à intuição, ao bom senso e a *insights* dos profissionais. Esses conhecimentos se interpoem nas organizações e direcionam o capital humano.

No que concerne às diferenciações entre os conhecimentos tácito e explícito, o estudo formulado por Silva, Juliani e Dias (2016) apresentam suas características, de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5 - Conhecimento tácito e explícito: características

Conhecimento Tácito	Conhecimento explícito
Difícil codificação	Codificável
Acesso restrito	Acesso facilitado
Difícil de ser compartilhado	Fácil de ser compartilhado
Relacionado ao contexto prático do indivíduo	Baseado na racionalidade
Aprendizado baseado na ação	Aprendizado adquirido por meio de uma estruturação formal e sistemática - estudo formal

Fonte: adaptado de Silva, Juliani e Dias (2016, p. 5).

O conhecimento pode ser identificado nas várias eras econômicas, como na era agrícola (exploração dos recursos naturais disponíveis), na primeira Revolução Industrial (surgimento da máquina a vapor), na segunda Revolução Industrial (chegada da eletricidade e dos motores de combustão interna) e na segunda metade do século XX (chegada da microeletrônica) (CASTELLS, 1999; CARTONI, 2015).

Tofler (1980) já mencionava que a 'Revolução da Informação' e também chamada de 'Terceira Onda', movimentada de maneira veloz a geração das inovações, ao passo de se tornar rotineira e uma exigência para que as empresas sobrevivam a um mercado competitivo" (DRUCKER, 1999).

A sociedade industrial abre espaço para a sociedade do conhecimento. Sveiby (1998) e Stewart (2002) explicam que as organizações do conhecimento possuem uma estrutura voltada ao conhecimento e não mais ao capital; são organizações que fomentam os ativos intangíveis, com colaboradores com alta qualificação e alto nível de escolaridade. O Quadro 6 apresenta os princípios da organização do conhecimento:

Quadro 6 - Os princípios da organização do conhecimento.

Item	Vistos pelo paradigma industrial	Vistos pelo paradigma do conhecimento
Pessoas	Geradores de custo ou recursos	Geradores de receita
Base de poder dos gerentes	Nível relativo na hierarquia organizacional	Nível relativo de conhecimento
Luta de poder	Trabalhadores físicos <i>versus</i> capitalistas	Trabalhadores do conhecimento <i>versus</i> gerentes
Principal tarefa da gerência	Supervisão da subordinados	Apoio aos colegas
Informação	Instrumento de controle	Ferramenta para o recurso da comunicação
Produção	Trabalhadores físicos processando recursos físicos para criar produtos tangíveis	Trabalhadores do conhecimento criando conhecimento em estruturas tangíveis
Fluxo de informações	Via hierarquia organizacional	Via redes colegiadas
Forma básica de receita	Tangível (dinheiro)	Intangível (aprendizado, novas idéias, novos clientes, P&D)
Estrangulamentos na produção	Capital financeiro e habilidades humanas	Tempo e conhecimento
Manifestação da produção	Produtos tangíveis (hardware)	Estruturas intangíveis (conceitos e software)
Fluxo de produção	Regido pela máquina, sequencial	Regido pelas idéias, caótico
Efeito do porte	Economia de escala no processo de produção	Economia de escopo das redes
Relacionamento com o cliente	Unilateral pelos mercados	Interativo pelas redes pessoais
Conhecimento	Uma ferramenta ou um recurso entre outros	O foco empresarial
Finalidade do aprendizado	Aplicação de novas ferramentas	Criação de novos ativos
Valores do mercado acionário	Regido pelos ativos tangíveis	Regido pelos ativos intangíveis
Economia	De redução de lucros	De aumento e redução de lucros

Fonte: adaptado de Sveiby (1998, p. 32).

O conhecimento começou a ser tratado como estratégia organizacional a partir de 1990, segundo Hansen, Nohria e Tierney (1999). Cartoni (2015), em seu estudo sobre o conhecimento, elenca conforme a literatura, as “novas posturas das organizações”, a seguir:

- O aprofundamento do processo de globalização, que se caracteriza pela internacionalização das economias, a queda das barreiras alfandegárias e o surgimento de grandes blocos econômicos regionais;
- O advento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que passaram por um processo acelerado de aperfeiçoamento técnico e trouxeram maior facilidade para ordenar, armazenar, recuperar e disseminar informações. O desenvolvimento das redes de computadores e *softwares* de gerenciamento permitiu que isto ocorresse com custos relativamente baixos;
- A emergência de novos formatos de organização do trabalho e da produção, com a adoção de estruturas mais flexíveis e horizontais no lugar dos ícones da era industrial, como a especialização, produção em escala e padronização, comando baseado na hierarquia e verticalização da produção;
- A incorporação de inteligência a um conjunto crescente de produtos e serviços, o que por sua vez provoca um declínio relativo na importância dos ativos convencionais (capitais físicos) como geradores de riqueza e atribui maior peso aos ativos intangíveis (*softwares*, patentes, *royalties*, marcas, relacionamento, talentos, habilidades, experiência, entre outros) (CARTONI, 2015, p. 98).

Para um gerenciamento eficiente, faz-se necessária a distinção entre os conceitos de conhecimento, dados e informações. Para tanto, há de se citar Davenport e Prusak (1998), que definem:

Dado: matéria-prima essencial, quantificável, quase uma substância física a ser armazenada, movimentada e manipulada. Trata-se de um conjunto discreto e objetivo do estoque de informação e conhecimento de uma empresa. Usualmente está armazenado em bancos de dados ou em documentos da empresa (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

Informação: associação de elementos de dados que adquire significado em um contexto particular. As informações expressam algo, manifestando-se como uma mensagem que envolve emissor e receptor, cujo significado requer uma nova interpretação baseada em um conjunto de dados. Dentro de qualquer empresa há um complexo e contínuo fluxo de informações, seja por meios tecnológicos, como

sistemas computacionais, ou por meio da interação entre as pessoas (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

Conhecimento: é uma mistura fluida de experiências, valores, informação contextual e intuição, formando um *framework* (um painel) na mente de uma pessoa, que a habilita a avaliar e obter novas experiências e informações. O conhecimento é a consequência mental de angariar informações e, em sua forma mais desenvolvida, apresenta-se como a capacidade de chegar a novas descobertas, com base no aprendizado e na experiência (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

Nesse mesmo sentido, Cartoni (2015) disserta sobre os conhecimentos tácito e explícito:

- Conhecimento tácito: são os conhecimentos inerentes às pessoas, isto é, as habilidades que estas possuem. Trata-se da parcela não estruturada do conhecimento, a qual não pode ser registrada e/ou facilmente transmitida a outra pessoa. Exemplo: para andar de bicicleta é preciso experimentar, tentar, cair e sentir;
- Conhecimento explícito: são os conhecimentos estruturados e capazes de serem verbalizados. É a parte estruturada e objetiva do conhecimento, que pode ser transportada, armazenada e compartilhada em documentos e sistemas computacionais. Fazem parte do conhecimento explícito: normas, registros de bibliográficas, livros, procedimentos de trabalho, documentos internos, sistemas corporativos e as bases de dados espalhadas pela empresa, entre outros (CARTONI, 2015, p. 99).

O conhecimento é negociado, disputado e provisoriamente permanente, até um novo conhecimento se estabelecer (LATOURE, 2012; CHERMAN; ROCHA-PINTO, 2016).

A Gestão do Conhecimento é um conceito que está se incorporando de maneira rápida nas organizações, e seu gerenciamento realizado de maneira adequada contribui para alavancar a empresa. Alencar e Fonseca (2015) conceituam a Gestão do Conhecimento (GC) como o processo que envolve a coleta, o processamento e a partilha de todo ativo de informação da empresa, com a finalidade de se transformar em uma organização mais inteligente e competitiva.

Davila *et al.* (2015) reforçam que é preciso reconhecer a GC como estratégia de negócio para que ela seja incorporada nas empresas, a fim de que todos os indivíduos possam ser envolvidos por esse novo conceito, para que aconteçam os resultados. A GC é um ponto fundamental para as organizações. Sua implementação nas empresas da área da saúde ou em qualquer setor público e privado acarreta melhorias nos âmbitos tecnológico, cultural, estratégico e estrutural.

Cruz e Ferreira (2015, p.77) acrescentam que:

No âmbito do setor da saúde, e concretamente no contexto português, a gestão do conhecimento emerge como uma questão fundamental da gestão organizacional. Para tal concorre, não só a necessidade das organizações de saúde se reposicionarem face à nova ordem económica mundial que, sendo marcada pela competitividade, pela escassez de recursos e pelo consumo crescente do bem cuidados de saúde, exige flexibilidade e prontidão de resposta, mas também, o facto de a saúde constituir um dos setores mais importantes da economia (Observatório Português dos Sistemas de Saúde¹⁰, 2009) (CRUZ; FERREIRA, 2015, p. 77).

A GC, quando direcionada para a área da saúde, beneficia toda a equipe multidisciplinar, de acordo com os estudos de Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010) e Silva, Juliani e Dias (2016), segundo os quais

A crescente quantidade de conhecimento gerado nas relações de troca entre a equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros e outros profissionais que atuam na assistência ao paciente, traz às organizações de saúde recursos que podem ser armazenados e recuperados para sustentar e manter a eficácia da instituição (CEGARRA-NAVARRO; CEPEDA-CARRIÓN, 2010; SILVA; JULIANI; DIAS, 2016, p. 02).

O texto acima reitera a importância e os benefícios da GC aplicada à área da saúde. Já Nonaka e Takeuchi (2008) acrescentam que ...

[...] cada vez mais as organizações de saúde buscam promover a GC de modo a utilizar de forma eficaz o conhecimento necessário para melhor atender ao paciente (LUI *et al.*, 2012, p. 408). A GC na área da saúde possibilita o desenvolvimento dos conceitos relacionados à evolução da tecnologia na saúde, da medicina baseada em evidências científicas, da gestão clínica, da economia da saúde e da investigação dos serviços sanitários (NONAKA; TAKEUCHI, 2008, p. 3).

Os autores citados, portanto, corroboram que a aplicação da GC contribui para que a prática dos serviços prestados na área da saúde possa ter melhor qualidade e atender a demanda da população.

¹⁰Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). 10/30Anos: Razões para continuar. Relatório de Primavera 2009. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

No Brasil, os primeiros movimentos relacionados à GC ocorreram em 1998, sendo consolidados em 2002. No ano 2000 foi criado, pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), o Programa “Sociedade da Informação”, lançado pelo Governo Federal. Seu foco era a tecnologia da informação e armazenamento do conhecimento por meio do *e-gov* (Programa de Governo Eletrônico Brasileiro) (SCHLESINGER *et al.*, 2008; CASTRO; BRITO, 2016, p. 63).

De acordo com Massaro, Dumay e Garlatti (2015), a investigação da aplicação da GC no setor da saúde, no sistema público e privado, vem ganhando importância, embora a maior produção de trabalhos esteja concentrada na Ásia. Na América do Sul foram registrados apenas três trabalhos na amostra do estudo, demonstrando que este é um cenário que possui um *déficit* na produção da GC no setor da Saúde no Brasil.

Em 2002, foi produzido o primeiro estudo expressivo sobre uma aplicação da GC em uma organização pública no Brasil, no caso a Empresa RIOLUZ, organização do ramo de energia do Rio de Janeiro (CAVALCANTI; BALCEIRO; GOMES, 2002).

No mesmo ano de 2002, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) norteava a GC para o desenvolvimento, implementação e avaliação de prontuários assistenciais (PAs) (BATISTA, 2012; CASTRO; BRITO, 2016, p. 63). O resultado esperado partir dos PAs era a melhora do quadro clínico dos pacientes e que mais clientes pudessem se beneficiar, a partir do conhecimento científico, das práticas que estavam à disposição. O estudo vinculado ao HCPA beneficiou pacientes, funcionários, gestores, equipes multidisciplinares, a instituição e também a sociedade, pelo fato de usar conhecimentos e habilidades para a ampliação de suas competências, sendo utilizado também pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2003 (BOSE, 2003; CASTRO; BRITO, 2016, p. 64).

Nos últimos anos, o Brasil tem experimentado um crescimento na área econômica, conforme apontado por Pádua Filho, Carvalho e Meira (2014) e Pádua Filho *et al.* (2015, p. 81):

As empresas que atuam no setor de saúde no Brasil, principalmente os planos de saúde e os hospitais, vivem, há algum tempo, um cenário desafiador no que se refere ao crescimento, rentabilidade e aumento da base de clientes. O Brasil está apresentando um crescimento econômico robusto nos últimos anos, fruto de um cenário externo favorável e de ações

governamentais focadas na distribuição de renda, com forte ascensão social das classes mais pobres da população. (PÁDUA FILHO; CARVALHO; MEIRA, 2014; PÁDUA FILHO *et al.*, 2015 p. 81).

Um dos fatores preponderantes para a atenção à saúde, conforme os autores supracitados, é o fato de que o Brasil pode estar apresentando um crescimento econômico porque as pessoas com maior poder aquisitivo podem adquirir produtos e serviços suplementares. No que diz respeito à marcha pela democratização do acesso à saúde para a sociedade brasileira, Kamimura e Molina (2004) mencionam que

Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal e avanços no processo de democratização e descentralização, o sistema não propicia, ainda, o acesso à saúde em todos os níveis, a todos os cidadãos. (KAMIMURA, MOLINA, 2004, p. 1419).

As autoras supracitadas relatam que Norma Operacional Básica do SUS (NOB96) criada em 1998, decorrente da NOB93, direcionada à gestão e à gerência do poder público para os cidadãos brasileiros, assim como à relevância da saúde para cada indivíduo, operacionaliza a Programação Pactuada Integrada no intuito de reorganizar os serviços e ações, oferecendo aos cidadãos uma melhor maneira de admissão aos serviços de saúde com maior complexidade (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2004, p. 1419).

A saúde é um direito social garantido pela CF de 1988 e conforme denotam em seus estudos os autores Nuske *et al.* (2017, p. 05) “a saúde é um fator de suma importância no que diz respeito à seguridade social. Sua articulação atinge a “dimensão social do desenvolvimento”, que tem influências advindas das dimensões “econômica e tecnológica”. Os autores ainda denotam que a saúde atua como um motor para fomentar 9% do PIB no Brasil, proporcionando para a nação a “geração e difusão” para a “tecnologia do futuro”.

A GC no setor da saúde tem origem em situações operacionais. Vale lembrar que seu intuito é direcionado para o bem-estar da sociedade no processo saúde/doença. Pee e Kankanhali (2015) e Silva e Miranda (2018) elencam as tendências identificadas na administração pública que contribuem para o desenvolvimento na área da saúde:

Duas tendências na administração pública colaboram para o desenvolvimento de uma forte capacidade de gestão do conhecimento nessas organizações: as reduções de pessoal, exonerações e

aposentadorias demandam formas mais efetivas de capturar o conhecimento a fim de minimizar perdas, reter capital intelectual e facilitar o treinamento de novos funcionários; e o uso cada vez maior de tecnologias da informação pelas organizações públicas nas colaborações exige o desenvolvimento de fortes capacidades de compartilhamento, aplicação e criação de conhecimento (PEE; KANKANHALII, 2015; SILVA; MIRANDA, 2018, p. 76).

Diante do cenário exposto, fica evidente a importância do caráter construtivo da aplicação da tecnologia para o desenvolvimento da área da saúde. Massaro, Dumay e Garlatti (2015); Silva e Miranda (2018) lembram a importância da pesquisa em GC no setor público, por colaborar com a melhoria da eficiência em todas as suas áreas. Por outro lado, os autores apontam que a dificuldade para se desenvolver vimento de uma cultura voltada para a GC nesse setor, devido aos desafios e características particulares das instituições públicas de saúde.

2.5 INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

O conceito de inovação se desdobra em outras categorias, e sua aplicação na análise de serviços aporta debates específicos. Estudiosos do tema buscam problematizá-lo, alargando-o e traduzindo-o para torná-lo operacional diante das singularidades dos serviços de saúde (BAHIA; COSTA, 2015). Neste contexto, conforme explanam Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) e Mambrini *et al.*, 2011 e Pádua Filho *et al.* (2015), ...

[...] a inovação pode ser definida também como o processo pelo qual as empresas utilizam suas capacidades e seus recursos para desenvolver novos produtos, serviços, sistemas, formas de trabalho e tecnologias para melhor atender às demandas de seus clientes. Pode ser uma prática, política, ou tecnologia, que seja nova para uma organização, mesmo que já seja utilizada por outras (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013; MAMBRINI *et al.*, 2011; PÁDUA FILHO *et al.*, 2015, p. 82).

É importante destacar que definição de inovação em saúde refere-se à introdução e aplicação intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos que simultaneamente sejam relevantes para a unidade e que beneficiem o indivíduo, o grupo ou a sociedade em geral (COSTA, 2016).

Desse modo, apesar do desenvolvimento teórico das últimas décadas, as lacunas no conhecimento sobre inovação nos serviços persistem, revelando relações mais complexas do que se têm conseguido traduzir em conhecimento, e

questionando a relevância, a qualidade do diagnóstico e a validade das políticas públicas (COSTA, 2016).Porter (1990) reconhece a inovação como interlocutora da competição entre as empresas:

Em 1990, Porter destaca a inovação como sendo um fator de alta relevância, que careceria ser visto pelas organizações como um objetivo primário, pois as inovações podem estabelecer novos parâmetros de competição e também atribuir às empresas competências distintivas, por meio de novos produtos e serviços, com maior valor agregado e qualidades distintivas. Oportunidades de inovação surgem quando reestruturamos a forma como vemos algo (BESSANT; TIDD, 2009; FERNANDES *et al.*, 2016, p. 26).

E os estudos deFerreira *et al.* (2014) sobre inovação no setor da saúde explicitam que ...

Diante do quadro que apresenta a literatura, parece que o conceito que melhor traduz o conjunto de experiências de inovação no setor saúde é o de eficiência, ou seja, do melhor uso possível dos recursos disponíveis. A nova gestão pública, como já referenciado, tem seu conjunto de proposições focadas nesta busca de aumento dos níveis de eficiência. A descentralização, seja como forma de transferência de recursos e responsabilidade entre entes federados, seja como devolução à sociedade de tarefas exercidas exclusivamente por organismos do Estado, busca o alcance de melhores resultados, ao menor custo possível, portanto, não representa um fim em si mesmo. A descentralização, na medida em que transfere recursos e responsabilidades no interior do SUS, abre espaço para a implementação de experiências inovadoras no sistema. A adoção de Organizações Sociais deu-se a partir de decisão dos gestores estaduais, assim como a organização das Redes de Atenção à Saúde não poderá se dar sem concurso dos entes municipais neste processo. Descentralização, democratização e eficiência são medidas com poder sinérgico no desenvolvimento do SUS e na conseqüente abertura a espaços para inovação (FERREIRA *et al.*, 2014, p. 1216 - 1217).

Conforme Bahia e Costa (2015), as políticas de investimento na saúde que aportam sustentabilidade, legitimidade e qualidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram elaboradas de maneira a atender as demandas sóciosanitárias e reconheceram, na formação do SUS, a importância do fortalecimento de certo grau de autonomia dos segmentos produtivos de bens e serviços de saúde, já que produzem um grande volume de inovações, decorrentes de novos paradigmas tecnológicos colocados à disposição do setor de saúde.

Uma vez identificado que o problema principal se configura a partir da premissa de que a melhoria da gestão hospitalar é um desafio para todos, educação e aprendizagem tornam-se fatores importantes para o estabelecimento de novas perspectivas na gestão de hospitais nos tempos de redes telemáticas,sendo

condição necessária para a criação de conhecimento nos serviços de saúde. Para tanto, a gestão desses serviços deve promover a interação entre os sujeitos organizacionais, por meio do gerenciamento de informações (CUNHA; RIBEIRO; PEREIRA, 2014).

Nesse mesmo sentido, Pinto, Nossa e Terra (2015) identificaram em seu estudo que ...

A recente crise econômica mundial trouxe uma nova realidade e seus efeitos impuseram cortes nas despesas orçamentárias e levaram a incerteza sobre o impacto na área da saúde. A maioria dos países pertencentes à *Organization for Economic Co-operation and Development* - OECD¹¹ vem reduzindo seus gastos com saúde desde 2008 (OECD, 2013 *apud* PINTO; NOSSA; TERRA, 2015, p. 217).

No sentido de que a informação poder nortear as políticas públicas, Silva *et al.* (2015, p. 124) argumentam que ...

Considerando a complexidade dos serviços de saúde, “explorar modelos formativos para identificar os antecedentes que operam a flexibilidade, a responsividade e a co-inovação pode trazer informações de relevância para direcionar políticas e práticas administrativas” (SILVA *et al.*, 2015, p. 124).

Dessa maneira, para maximizar a promoção de bem-estar pelo Estado, os agentes governamentais devem decidir onde investir e quais processos inovadores devem ser promovidos pelo setor público. Nesse contexto, as lacunas da inovação e do desempenho refletem um entendimento dos possíveis caminhos para a superação dos desafios, em busca da democratização e da qualidade.

O entendimento das inovações nos serviços de saúde não ocorre sem contradições. É limitado pelas questões metodológicas e pela complexidade de se evidenciar o referencial teórico para um campo intensivo de geração de conhecimento (COSTA, 2016).

A inovação em saúde está diretamente ligada ao bem-estar social. Segundo Gadelha e Braga (2016), “o sistema produtivo da saúde é reconhecidamente intensivo na geração de inovações”. Os autores explanam em seu estudo que existe uma alta complexidade quando se trata de tecnologia e das “ciências da vida”, e que a trajetória da tecnologia está associada à estrutura competitiva e produtiva em nível mundial.

¹¹ OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2013. OECD Indicators. OECD Publishing, 2013.

As novas tecnologias estão agregadas ao um Estado de Bem-Estar social, em que algumas empresas detêm o domínio da tecnologia. Segundo Furtado (1998) e Gadelha e Braga (2016), nesse contexto somente algumas parcelas da sociedade têm acesso à tecnologia da cura para doenças como, por exemplo, o processo saúde/doença do câncer, devido a esse capitalismo global.

Sendo assim, por ser determinada socialmente, a pesquisa inovadora depende da trajetória de vantagens obtidas com o acúmulo sistemático de conhecimentos e de competências para gerar esforços inovadores. Por essa razão, os estudos sobre inovação em saúde focam quase que exclusivamente nos ambientes de produção, o que tem limitado a compreensão sobre a inovação nos serviços dos setores públicos e privados (COSTA, 2016).

Neste sentido para Takahashi (2014) e Pádua Filho *et al.* (2015, p; 83):

Organizações intensivas em conhecimento, como as organizações hospitalares, são embasadas em conhecimentos especializados de seus colaboradores e em tecnologias empregadas em movimento ininterrupto de inovação, com o objetivo de superar os padrões assistenciais atuais. As organizações hospitalares diferenciam-se pela alta complexidade e estão experimentando mudanças significativas na gestão, refletindo o grau de exigência dos clientes, levando a uma modificação nos processos de gestão, criando um novo modo de produção empresarial com atenção voltada para a qualidade dos serviços prestados (TAKAHASHI, 2014; PÁDUA FILHO *et al.*, 2015 p. 82).

O incentivo ao aprendizado pode proporcionar a possibilidade de um melhor desenvolvimento profissional. Nessa concepção, é enfatizada a forma de pensar sobre a relação entre ação e reflexão, mediante a qual os profissionais, ou seja, os envolvidos com a motivação, ao avaliar uma determinada intervenção, devem saber ponderar a evidência e considerar as contradições e inconsistências, que são inevitáveis (FELISBERTO *et al.*, 2017).

As inovações radicais referem-se ao desenvolvimento e à introdução de um novo produto, processo ou forma de organização da produção, podendo representar uma estrutura com o padrão tecnológico anterior, originando indústrias, setores e mercados novos, bem como reduzindo custos e aumentando a qualidade de produtos já existentes. Já as inovações incrementais referem-se à introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem necessidade de alterar sua estrutura (COSTA, 2016).

Deve-se levar em consideração que a implementação de um modelo de gestão participativa é de fundamental importância para as mudanças organizacionais que acontecem por meio de projetos. Essas mudanças permitem confirmar o potencial colaborativo da gestão de projetos, posto que as metodologias podem mostrar-se adequadas para o aprimoramento dos processos de trabalho e das inovações (FARIAS; ARAUJO, 2016).

Em síntese, a crescente importância desse novo campo de conhecimento, denominado ciência da “disseminação”, da “difusão” ou da “implementação”, pode ser atribuída também aos desafios que colocam em risco a sustentabilidade dos sistemas universais de saúde. Assim, para além da análise das tecnologias dos sistemas, essa linha de pesquisa é parte da documentação de inúmeras práticas baseadas em evidências que teoricamente tornariam o sistema mais seguro, mais humano e mais barato; mas o problema é que não são disseminadas (COSTA, 2016).

De acordo com Bahia e Costa (2015), a compreensão sobre a inovação nos serviços de saúde, tanto no setor público quanto no setor privado, é ainda muito limitada. Tal fato decorre da constatação de que os estudos sobre inovação na saúde focam quase que exclusivamente nos ambientes de produção.

As inovações só são reconhecidas, de fato, quando difundidas na sociedade. Uma etapa considerada importante nesse processo é a comunicação, bem como a influência para a adoção de uma dada inovação. A disseminação da inovação representa um desafio para os gestores/líderes dos hospitais, onde comunicar e influenciar são duas etapas anteriores primordiais para se realizar inovação, podendo ser traduzidas como a definição dos atributos da inovação e de sua adoção pelos indivíduos e pelo sistema (CUNHA; RIBEIRO; PEREIRA, 2014).

Portanto, para o estudo da inovação nos serviços de saúde, é importante mapear os diferentes agentes e interesses envolvidos. Alguns autores ressaltam a necessidade de incorporar à análise a falta de consenso sobre os construtos hipotéticos e sobre a identificação e mensuração dos processos de inovação no sucesso ou fracasso de políticas voltadas ao desenvolvimento e à implementação de inovações, uma vez que os estudos foram realizados no campo da administração ou por praticantes da saúde (COSTA, 2016).

No campo da saúde, o uso adequado da pesquisa auxilia muito os gestores e profissionais a avaliar o impacto potencial de suas decisões na melhoria da saúde

para os usuários de todo sistema. Entretanto, é importante que, nos resultados gerados pelas pesquisas, possam ser avaliadas não apenas as informações, mas, também, as formas que os decisores poderão utilizá-las posteriormente, atendendo às suas necessidades, como reação ao conhecimento apreendido (CUNHA; RIBEIRO; PEREIRA, 2014).

Por conseguinte, a importância de um estudo é enfatizada por se aproximar de todos os interesses envolvidos no processo. Quando a análise não reflete as tecnologias e os interesses no crescente comércio de serviços de saúde, variáveis que espelham o poder de barganha dos agentes são desconsideradas (COSTA, 2016).

Mesmo com as profundas mudanças nas características dos serviços de saúde, os hospitais ainda figuram como o elemento central para as transformações no conhecimento, seja quanto à concentração de profissionais e tecnologias mais especializados, seja pela importância financeira (BAHIA; COSTA, 2015).

Com ênfase nesse pressuposto, o sistema de saúde pública brasileiro, incluindo suas unidades regionais (estaduais e municipais), apresenta problemas significantes que dificultam a adequação de suas funções. Em vista disso, algumas dessas Unidades de atendimento apresentam estruturas e/ou equipamentos sucateados ou com nível de operação inadequado para o perfil epidemiológico da população, processos excessivamente burocráticos ou com foco diverso do paciente, entre outros fatores, dificultando o surgimento das inovações (MARCIANO; VACCARO; SCAVARDA, 2019).

Conforme Bahia e Costa (2015), a maior suscetibilidade à institucionalização, e rotineirização do conhecimento cumulativo das pesquisas baseadas na ciência tende a se tornar mais duradoura. As organizações de saúde persistem nessa modalidade de pesquisa inovadora, em detrimento daquelas que são fundamentadas na prática.

Logo, para o avanço desse campo, a falta de neutralidade da ciência deve ser considerada, uma vez que o conhecimento sofre influência das estruturas de poder, que tendem a estimular um consumo que não tem como ser replicado para todos e por isso tende a gerar exclusão. Alguns fatores sociais poderiam contribuir para alterar a orientação das mudanças em curso, privilegiando a democratização dos sistemas de saúde (COSTA, 2016).

No setor de saúde, os estudos sobre inovação se associam à indústria, que desenvolve equipamentos, medicamentos e material de consumo. O setor de saúde tem importante papel social e impacta sobremaneira as economias locais e ou nacionais, pois faz parte de um dos espaços econômicos mais dinâmicos de acumulação de capital e de inovação (DURÃO; MEIRIÑO; MÉXAS, 2018).

No Brasil, a dinâmica de inovações nos hospitais corrobora a tese acerca dos limites decorrentes do desvio de recursos públicos para o sistema privado. É demonstrado que os já poucos recursos do setor público se destinam crescentemente à atenção da demanda privada, tornando o sistema de saúde cada vez mais desigual. Essa tendência vem se intensificando, aliada à dependência tecnológica da indústria da saúde brasileira (COSTA, 2016).

Rodrigues *et al.* (2016, p. 105) reiteram que ...

Quando o assunto é a cura de doenças, observa-se, no dia a dia, o alto custo de uma ressonância magnética, de um tratamento a laser e de uma diária em hospitais de referência tecnológica, entre outros. Isso se dá pelo foco da inovação em saúde ser voltada para a cura das doenças, e não para o paciente, ou seja, as inovações na área de saúde não levam em consideração a condição financeira do consumidor, e sim a necessidade de eliminar suas patologias (RODRIGUES *et al.*, 2016, p. 105).

Os estudos sobre inovação em serviços de saúde no Brasil ainda se encontram em estágio inicial do conhecimento. Um elemento comum aos trabalhos de autores brasileiros é a identificação do protagonismo dos hospitais e as perspectivas do envolvimento de setores fortemente baseados na ciência, o que pode ser exemplificado pela grande interação entre hospitais, indústrias, universidades e Estado (BAHIA; COSTA, 2015).

Nesse sentido, o valor da inovação proporciona não só uma visão sistêmica da própria inovação, como também um ponto de partida para uma compreensão dinâmica do sistema de saúde. Por um lado, revela o processo de cuidados de saúde envolvendo o trajeto das pessoas nas organizações como uma "cadeia de valor", e a cadeia de valor da inovação em saúde como um processo circular, continuamente revisto em relação aos resultados e melhorias, incluindo os objetivos, as finalidades, os principais motores de inovação, a transformação de conhecimento, as novas competências, o papel estratégico da flexibilidade organizacional, o valor da inovação e, por último, as medidas para a promoção da inovação em saúde (COSTA, 2016).

A inovação torna a informação disponível para todos. Conforme os estudos de Rodrigues *et al.* (2016, p. 106) reorganizar e padronizar o sistema da administração dos utentes junto aos procedimentos de gestão melhoram a auditoria e a avaliação do desempenho do sistema de saúde.

De acordo com Porter (2007, p. 130):

A inovação, definida em termos amplos como novos métodos, novas instalações, novas estruturas organizacionais, novos processos e novas formas de colaboração entre prestadores, é fundamental para a melhoria de valor (retorno) no sistema de saúde. A inovação é a única forma de o sistema de saúde [...] abordar as necessidades de uma população em processo de envelhecimento sem racionar os serviços ou sofrer enormes aumentos de custo (PORTER, 2007, p. 130).

No Brasil, tais iniciativas são ainda embrionárias, em função de muitas questões. Dentre elas, o fato de que os estudos sobre inovação nos serviços são rarefeitos; algumas plataformas existentes ainda focam mais no registro de danos do que na valorização das mudanças; a tradição é a de limitar a inovação às iniciativas da indústria, dado que processos de mudança são sociais e por esse motivo não obedecem nem ao ritmo, nem à trama nem às expectativas de mudanças, definidas de cima para baixo (COSTA, 2016).

Em suma, por se tratar de uma área de alta complexidade tecnológica, que envolve relações intersetoriais de compra e venda de serviços, ligadas a um conjunto de produtores de bens e de prestadores de serviços que compõem o complexo econômico industrial da saúde, o entendimento dos processos de inovação nos serviços é necessário para subsidiar a elaboração de algumas políticas específicas, quer para o atendimento das demandas públicas de saúde, quer para impulsionar o desenvolvimento nacional (COSTA, 2016).

Entretanto, vale ressaltar que os processos de inovação em saúde não são pautados exclusivamente, ou essencialmente, por demandas e condicionantes sanitários; frequentemente, refletem uma trajetória de desenvolvimento subordinada a interesses de grupos restritos da sociedade (COSTA, 2016).

As dificuldades para a compreensão dos processos de inovação na saúde incluem a identificação de sua trajetória, mecanismos de difusão, importância, perspectivas do conhecimento sobre inovações e serviços envolvidos com atividades sistemáticas, que fazem parte da problemática inerente à aplicação do conceito de inovação aos serviços de saúde (COSTA, 2016).

Com o advento da indústria 4.0 ou Quarta Revolução Industrial, novas tecnologias surgem no mercado, possibilitando acesso aos dados e informações de maneira praticamente automática, em uma era chamada “da informação digital”. Dessa maneira, surge a tecnologia relacionada à “internet das coisas”, que atua no sentido que as informações sejam tomadas de maneira automática, de acordo com Firjan (2016):

Para que a Indústria 4.0 se torne factível, requer a adoção de uma infraestrutura tecnológica formada por sistemas físicos e virtuais, com apoio de Big Data, *Analytics*, robôs automatizados, simulações, manufatura avançada, realidade aumentada e da internet das coisas (FIRJAN, 2016, p, 04).

O termo Indústria 4.0, segundo Faustino (2016), tem a sua origem relacionada a um projeto estratégico de alta tecnologia do governo alemão. Seu conceito abrange as principais inovações tecnológicas dos campos de controle de dados, automação e tecnologia da informação, com aplicação a processos de manufatura. Além disso, conforme o autor, considera que as fábricas irão ser gerenciadas, no futuro, por Sistemas Cyber-físicos (CPS).

Os sistemas ciberfísicos estão dando origem a soluções inovadoras e também genuinamente revolucionárias. Eles migram a inteligência dos operadores humanos para locais remotos e permitem a concentração dos esforços em raciocínio de alto nível e tomadas de decisão. Esses sistemas permitem muitas funcionalidades inovadoras por meio da sua rede de acesso ao mundo cibernético, alterando significativamente o nosso dia a dia.

Nesse contexto, novos modelos de negócios, processos de trabalho e métodos de desenvolvimento que atualmente são inimagináveis surgirão. Essas mudanças também influenciarão fortemente a sociedade e as pessoas. A vida familiar, a globalização e os mercados, entre outros, terão que ser redefinidos. No entanto, a Indústria 4.0 demonstra, simultaneamente, características que representam os desafios em relação ao desenvolvimento de sistemas ciberfísicos, tais como: confiabilidade, segurança e proteção de dados.

Esse novo movimento da indústria, conforme Franco Netto *et al.* (2017), é regido por seis princípios básicos. São eles: capacidade de operação em tempo real, virtualização, descentralização, orientação a serviços, modularidade e interoperabilidade.

Para Faustino (2016, p.1), a capacidade de operação em tempo real “consiste na aquisição e no tratamento de dados de forma instantânea, permitindo a tomada de decisões em tempo real”, e a virtualização “propõe a existência de uma cópia virtual das fabricas inteligentes, permitindo a rastreabilidade e o monitoramento remoto de todos os processos por meio dos inúmeros sensores espalhados ao longo da planta” (FAUSTINO, 2016, p. 1). Ainda de acordo com Faustino, a ...

[...] tomada de decisões poderá ser feita pelo sistema cyber-físico de acordo com as necessidades da produção em tempo real. Além disso, as máquinas não apenas receberão comandos, mas poderão fornecer informações sobre seu ciclo de trabalho (FAUSTINO, 2016, p. 01).

Esse autor explica também que a orientação a serviços diz respeito à “utilização de arquiteturas de *software* orientadas a serviços aliado ao conceito de *Internet of Services*”; a modularidade corresponde à “produção de acordo com a demanda, acoplamento e desacoplamento de módulos na produção, o que oferece flexibilidade para alterar as tarefas das máquinas facilmente”; e a interoperabilidade consiste na “capacidade dos sistemas cyberfísicos (suportes de peças, postos de reunião e produtos), humanos e fábricas inteligentes de se comunicar uns com os outros por intermédio da Internet das Coisas e da Internet” (FAUSTINO, 2016, p. 1).

Para Franco Netto *et al.* (2017) a revolução industrial se trata, pois, de uma concepção construída a partir de uma revolução tecnológica progressiva, que teve seu início entre 1760 e 1830, e que se encontra, atualmente, em sua quarta fase. A Saúde 4.0 é um conceito moderno, criado na esteira das concepções vislumbradas mundialmente sobre a Indústria 4.0, que utiliza princípios da Internet das Coisas (IoT) e da computação em nuvens para promover transformações nos processos, tornando-os mais ágeis e eficientes.

A “internet das coisas” vem agilizar os processos nas indústrias e organizações públicas e privadas, interconectando os ambientes internos com os externos, facilitando ações de comando e o controle das coisas. De acordo com AFIRJAN (2016):

Três tipos de aplicações da internet das coisas foram definidas para explicar seu funcionamento: a aplicação para o usuário final, quando a IoT é incorporada à rotina do consumidor; a aplicação em negócios e serviços, quando a tecnologia se torna mais acessível e tangível ao consumidor (aqui se enquadram o surgimento de novos modelos de negócios e produtos-serviços híbridos); e a aplicação industrial, em que a tecnologia é invisível ao consumidor final. Esta última aplicação vem chamando atenção pela Indústria 4.0. (FIRJAN, 2016, p, 06).

A “internet das coisas” na área da saúde é uma adaptação para que o atendimento ao usuário em hospitais seja integrado ao seu domicílio. Segundo a FIRJAN (2016):

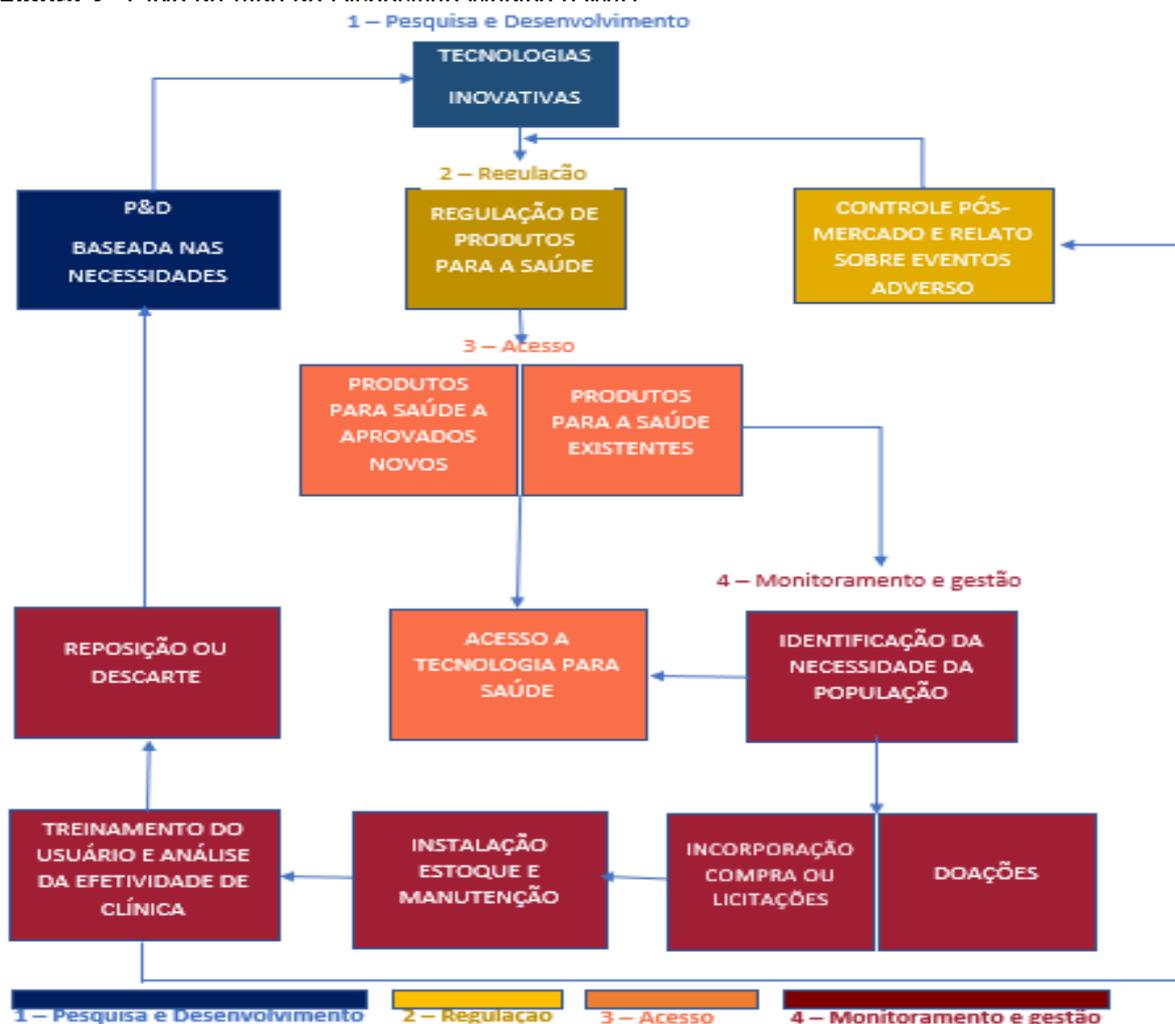
Serviços adaptados às tecnologias assistivas, como saúde e higiene, também serão conectados aos ambientes residenciais, transformando as casas em extensões de hospitais com serviços médicos prestados virtualmente e o monitoramento remoto de pacientes. Evita-se então, visitas a hospitais e sua lotação. Questões sobre o impacto dessas mudanças no mercado de seguros ainda são uma grande incógnita. Torna-se vital a mudança dos modelos atuais, visando viabilizar a conexão de dispositivos, além de construir uma infraestrutura que contemple as novas redes de serviços que virão a surgir (FIRJAN, 2016, p, 31).

Dessa maneira, o paciente, em sua residência, terá atendimento direto e integral do hospital, por meio do uso de tecnologias como a “internet das coisas”. De acordo com Marrone (2015), a associação entre a “internet das coisas” e a Saúde 4.0 pode ser entendida da seguinte maneira:

Por meio da internet das coisas, os sistemas ciberfísicos se comunicam e cooperam uns com os outros e com seres humanos em tempo real. Na internet de serviços, ambos os serviços internos e interorganizacionais são oferecidos e utilizados pelos participantes da cadeia de valor (MARRONE, 2015, p. 27).

Em outras palavras, a Saúde 4.0 incorpora a tecnologia médica para o benefício de uma população, nesse caso, os brasileiros. Seguindo os passos da Indústria 4.0, a Saúde 4.0 direciona sua tecnologia para a área da saúde, conforme demonstrado no Ciclo de Vida do Produto voltado para a Saúde (Figura 3).

Figura 3 - Ciclo de Vida do Dispositivo Médico (DMA)



Fonte: adaptado de Marrone (2015,p. 29)

Os Dispositivos Médicos (DMAs) auxiliarão no desempenho dos atendimentos médico-paciente, utilizando a tecnologia médica para incorporar dispositivos, diagnósticos, equipamentos e aplicativo, conforme Figura 4:

Figura 4 - Tecnologia Médica

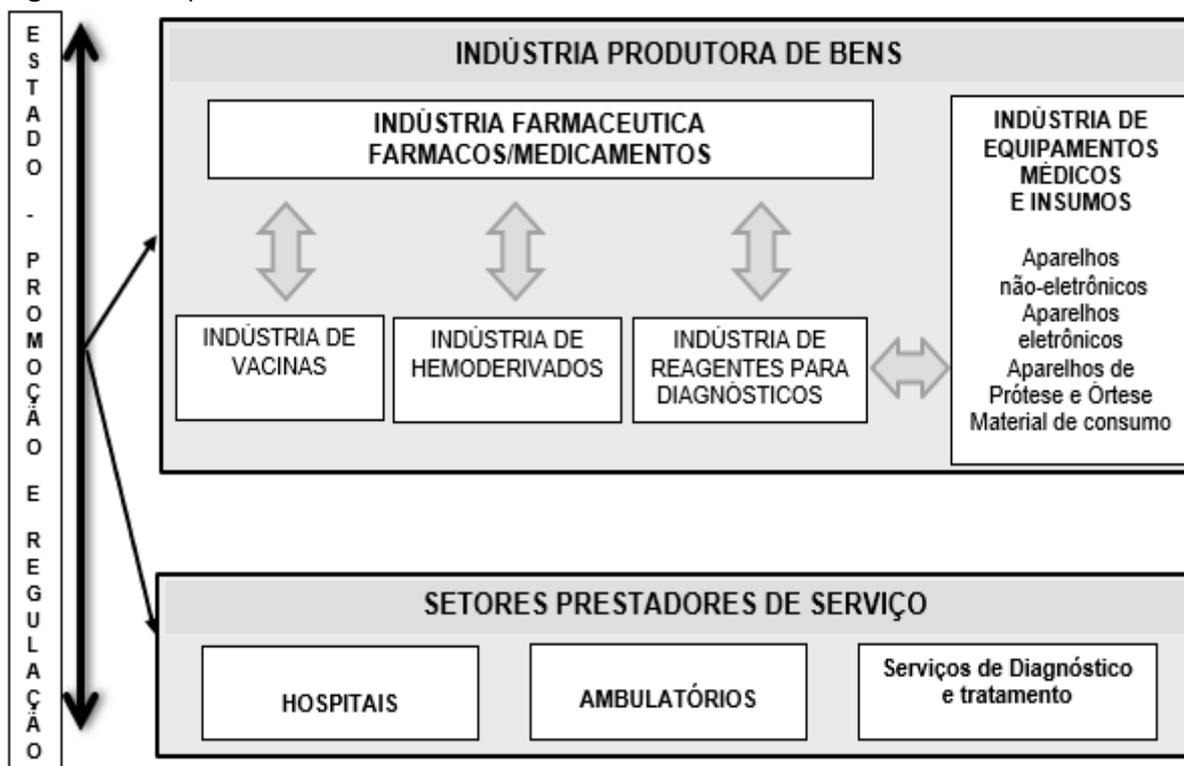


Fonte: adaptado de Marrone (2015, p. 23).

produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento (GADELHA; COSTA, 2012; NUSKE *et al.* 2017).

A Figura 6 esquematiza o Complexo Econômico Industrial de Saúde:

Figura 6 - Complexo Econômico Industrial da Saúde.



Fonte: adaptado de Gadelha; Costa (2012) e Nuske *et al.* (2017)

Destarte, o CEIS pode ser reconhecido como um Sistema Nacional de Inovação e considerado um dos eixos estratégicos para a política com foco na saúde, pois suas atribuições e colaboração no que diz respeito à inovação proporcionam crescimento da economia e geração de empregos. Seus projetos acompanham o previsto no Plano Nacional de Desenvolvimento, que por sua vez incentiva a implementação de políticas públicas e de enfrentamento da adversidade e de problemas (BRANDÃO, 2012; NUSKE *et al.*, 2017).

A Sociedade Brasileira de Gestão do Conhecimento (2020) fornece ensaios sobre a Transformação Digital e a GC nas organizações, inovando os conceitos e metodologias, com conteúdos sobre sustentabilidade e sua importância nas instituições.

A transformação digital é um dos grandes marcos nas instituições no cenário atual, pois trás consigo soluções para as tarefas que antemão eram realizadas no papel e escritas. Uma era considerada arcaica para os grandes hospitais, entretando

que não atingiu a rede nacional da área da saúde. Silva e Farias (2020) denotam que, “sendo assim, as instituições do setor público precisam estar mais ágeis, resilientes e inovadoras para atender às demandas da Quarta Revolução Industrial e dos constantes desafios cada vez mais complexos e inesperados”.

2.5.1 Telemedicina no Brasil: uso de Inteligência Artificial

A telemedicina é, dentre as ferramentas inovadoras, a que melhor espelha a tendência atual. Trata-se de uma tecnologia que nasceu, de forma independente, da informática médica.

No Brasil, a telemedicina desponta em 1985 como um projeto do Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), devido a um acidente com césio radioativo que contaminou pessoas na cidade de Goiânia, em Goiás. Nesse período, médicos da UNICAMP foram incumbidos de formular um laudo na área, e para tal utilizaram uma tecnologia de sistema em computadores de 8 bits (Itautec I-7000), com conexões pela RENPAC (Rede Nacional de Pacotes da operadora Embratel) na velocidade de 2.400 bits/s. Os dados eram recebidos todos os dias, permitindo acompanhar o quadro evolutivo das vítimas do acidente. Quando se compara essa tecnologia com os celulares 3G dos dias atuais, percebe-se que são centenas de vezes mais rápidos e potentes do que os computadores utilizados na época (SABBATINI, 2019, p. 5).

Ao findar a década de 1990, o país já conseguia se aprimorar nas tecnologias das comunicações, realizando as chamadas videoconferências. Os projetos de telemedicina já eram concebidos e postos em prática, como por exemplo, na medicina cardíofetal da Universidade Federal de Pernambuco, no Recife, a discussão de casos clínicos do Instituto Materno-Infantil da mesma cidade com o *St. Jude Children's Research Hospital* em Memphis nos EUA, e os projetos elaborados pelo exército na região da Amazônia (SABBATINI, 2019, p. 5).

Em 2003 foram realizados o projeto de oncologia pediátrica e o projeto de ensino de telepatologia e de telenecrópsia. A partir de 2000, hospitais renomados como o Hospital Sírio-Libanês e o Hospital Albert Einstein foram equipados com salas de videoconferências, obtendo auxílio e troca de experiências com hospitais

de outros países, com ótimos resultados, favorecendo a educação continuada (SABBATINI, 2019, p. 6).

No campo da tecnologia da informação e das comunicações, a telemedicina ou telessaúde recebe a nomenclatura de e-Saúde (ABIIS, 2015). A e-Saúde engloba os instrumentos norteadores de aplicabilidade nas áreas da informação e da comunicação (TICs) no setor da saúde, alcançando todos os níveis organizacionais utilizando, por exemplo, redes comunitárias de saúde, intercâmbio de informações, sistemas de gestão organizacional, sistemas de apoio e decisão, registros eletrônicos de saúde, entre diversos outros quesitos (AZEVEDO *et al.*, 2016, p. 61). No intuito de elencar os elementos almejados pelo e-Saúde, Günther Eysenbach (*apud* SABBATINI, 2019, p. 2) aponta:

1. Eficiência global aumentada do setor saúde;
2. Enriquecimento da qualidade de saúde, com redução dos custos;
3. Evidências, como base científica para as intervenções na e-Saúde;
4. Empoderamento dos usuários e pacientes, pela democratização do acesso e aumento de sua responsabilidade;
5. Encorajamento ao uso de novas tecnologias e de uma nova relação consumidor/provedor;
6. Educação de pacientes e profissionais de saúde;
7. Estabelecimento de novas formas de comunicação entre as instituições de saúde;
8. Extensão do escopo dos cuidados de saúde além dos seus limites convencionais, tanto no sentido geográfico, quanto temporal e conceitual (inclusive globalização);
9. Ética: novos desafios e ameaças a temas como prática profissional, consentimento bem-informado, privacidade e confidencialidade, entre outros;
10. Equidade: aumentar a igualdade de acesso de toda a população aos serviços de saúde.

Em outras palavras, o texto acima remete à concepção que a telemedicina e a telessaúde preconizam o atendimento ao paciente via TICs, em que o médico pode atender as queixas de seu paciente de maneira rápida, independente de sua

localização, ou seja, a telemedicina e a telessaúde permitem derrubar fronteiras para levar o bem-estar a todos os que precisam de atendimento. O atendimento por meio da telessaúde proporciona, ainda, educação em saúde e permite a tomada de decisão e o monitoramento remoto (OLIVEIRA, CORTEZ; CARVALHO, 2019, p. 2).

As inovações tecnológicas contribuem de maneira direta para a GC em hospitais de maneira em geral, segundo Bittar e Mendes (2019):

O surgimento de 'startups voltadas à saúde' tem privilegiado inovações no setor, agregando diferentes profissionais de outras áreas do conhecimento, o que é salutar, proporcionando ideias, soluções, novas oportunidades estratégicas, bem como maior capacidade de busca por financiamento, quer sejam de agências de fomento quer seja de investidores privados. (BITTAR; MENDES, 2019, p. 36).

Para Viana (2015, p. 35) ressalta que a telessaúde é um instrumento para facilitar o acesso do paciente ao médico:

A telessaúde também possibilita a educação à distância dos profissionais de saúde, que traz como benefícios a facilitação da atualização técnica e científica, a redução da sensação de isolamento e o aumento da autoconfiança, contribuindo para a fixação e permanência dos profissionais em áreas remotas. O aspecto educacional tem importante papel para a aceitação do uso das TIC's pelos usuários, na medida em que lhes proporciona o desenvolvimento profissional. (VIANA, 2015, p. 35).

Diante disso a autora supracita reitera que a telemedicina é uma ferramenta de exímia importância para fomentar a aproximação da saúde no território brasileiro. Essa inovação na telemedicina também pode ser considerada uma startup, pois está linkada com a substituição de prontos de papel, assim como acompanhar o paciente em ambiente presencial e também pela dada dificuldade dos acessos aos históricos clínicos do paciente.

Deste modo a startup vem para o mercado para agilizar os processos de atendimento com a inteligência artificial com diagnósticos por videoconferência, desta maneira o paciente pode estar em casa e receber um atendimento com qualidade via telefone independente de qual região ou país em que esteja.

As altas tecnologias tem o potencial de evitar gastos desnecessários, com qualidade e sem desperdício de tempo, pois conta com uma ferramenta multifuncional que já está no bolso.

Neste sentido, plataformas digitais são criadas objetivando a saúde e o bem-estar, que oferecem acessos imediatos aos serviços de saúde e da telemedicina nas mais diversas especialidades clínicas. Aplicativos podem ser baixados em smartphones, ou seja, com um simples toque o cliente pode estar sendo atendido por um médico, mas a inovação não fica só nessa etapa, com as startups o que será oferecido para os clientes é o link da consulta médica até os descontos na compra de remédios e farmácias (NEOFEED, 2021). Para o segmento da telemedicina, este é um avanço de grande valia, com a criação das plataformas direcionadas à saúde.

O desenvolvimento contínuo deve ser disseminado nas instituições, e que a integralização da inovação, inteligência e do conhecimento façam parte do dia a dia dos arranjos colaborativos para entregar soluções rápidas para os pacientes. Neste sentido os autores Silva e Farias (2020) explanam que:

Tendo isso como plano de fundo, podemos enxergar a Fiocruz, como uma instituição de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, que tem grande capacidade de criar conhecimento através da disseminação e compartilhamento, no intuito de conduzir políticas públicas baseadas em evidências, por meio de ambientes colaborativos e de uma rede integrada. (SILVA; Farias, 2020, p.34).

A Fiocruz evidencia que com metas direcionadas em objetivos translacionais e transdisciplinares a retenção do conhecimento se propagará com êxito aos profissionais da saúde, pois quem detém o conhecimento são os colaboradores, que podem dar sugestões devido ao conhecimento que possuem na área de sua atuação.

2.6 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Nos últimos anos, o setor de saúde vem experimentando uma explosão de inovações destinadas a melhorar a expectativa e a Qualidade de Vida (QV) de toda a população, pela incorporação do uso de equipamentos de alta tecnologia. As organizações enfrentam desafios para melhorar o acesso dos usuários a essas tecnologias, reduzir custos e aumentar a eficiência de seu emprego. Mais uma vez,

a inovação se apresenta como o foco principal na promoção de mudanças significativas para toda a cadeia (FARIAS; ARAUJO, 2017).

Rodrigues *et al.* (2016, p. 100) reiteram que:

As organizações hospitalares, no decorrer da história, têm passado por constantes transformações. Suas funções foram ampliadas e, além de intervenções de saúde que exigem internações, passaram a desenvolver atividades de prevenção, com atendimentos ambulatoriais e laboratoriais. Isso faz com que invistam em atividades que incorporem avanços tecnológicos, o que contribui para torná-las mais complexas, devido à exigência de mão de obra qualificada, ou seja, profissionais da área de saúde capazes de executar suas rotinas com uso de tecnologias. [...]O impacto da inovação tecnológica na área de saúde tem reflexo direto na sua capacidade de atendimento nas suas três áreas de atuação: ambulatorial, laboratorial e internações, com melhor utilização dos recursos e melhor qualidade dos serviços. O Departamento de Ciência e Tecnologia, que faz parte da Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério de Saúde, conta com uma equipe na área de avaliação de tecnologias em saúde, com o objetivo de desenvolver atividades de fomento e produção de estudos, capacitação e cooperação em instituições de ensino e pesquisa, para os gestores de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2016, p. 100)

Os autores supracitados informam que as tecnologias em saúde estão relacionadas a medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados sanitários são prestados à população (BRASIL, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2016, p. 100).Tavares e Kamimura (2014) explanam sobre a qualidade de vida associada à saúde da pessoa inserida na sociedade:

A partir do reconhecimento de que a saúde envolve vários setores da sociedade em um sentido mais amplo e coletivo, pode-se considerar a promoção da saúde a partir da saúde coletiva. Promoção da saúde é uma maneira de traçar estratégias e objetivos que têm como paradigma a saúde coletiva, interferindo diretamente na qualidade de vida da população. (TAVARES; KAMIMURA, 2014, p. 75).

A GC contribui para que os gestores entendam como as teorias podem melhorar sua gestão nas unidades hospitalares. Cabe lembrar aqui que a implantação de metodologias de gestão de conhecimento nos hospitais, como organizações baseadas em processos, carece de maturidade em gerenciamento.Marrone (2015, p. 70) aponta as fragilidades na gestão do SUS e seus reflexos na população:

Segundo especialistas, as grandes fragilidades do SUS são, em síntese, a falta de recursos financeiros, humanos e a má gestão. Quanto à gestão

faltam modelos usados pelos hospitais de ponta como a utilização de mecanismos de TI e ferramentas que aprimorariam a alocação de vagas, a reposição de medicamentos e de equipamentos. Outra grande contribuição seria a ampliação do uso da telemedicina, com a qual se pode fazer capacitação de profissionais da saúde e interpretação de exames à distância. Essas fragilidades se refletem na grande dificuldade de acesso e na demora do agendamento de exames e tratamentos, consultas com especialistas e realização de cirurgias eletivas. A população sofre com filas intermináveis em hospitais precários e superlotados (MARRONE, 2015, p. 70).

Para Velloso *et al.* (2015), as organizações do setor da saúde precisam criar modelos organizacionais embasados na Gestão da Inovação e também na GC. Considerada a complexidade dos componentes de uma organização de saúde, a inovação é sempre necessária, tendo em vista alcançar um objetivo comum. Assim, importa desenvolver uma solução integrada da Gestão da Informação (GI) com a totalidade dos processos de qualidade, voltada para a unidade hospitalar (FREIXO; ROCHA, 2014).

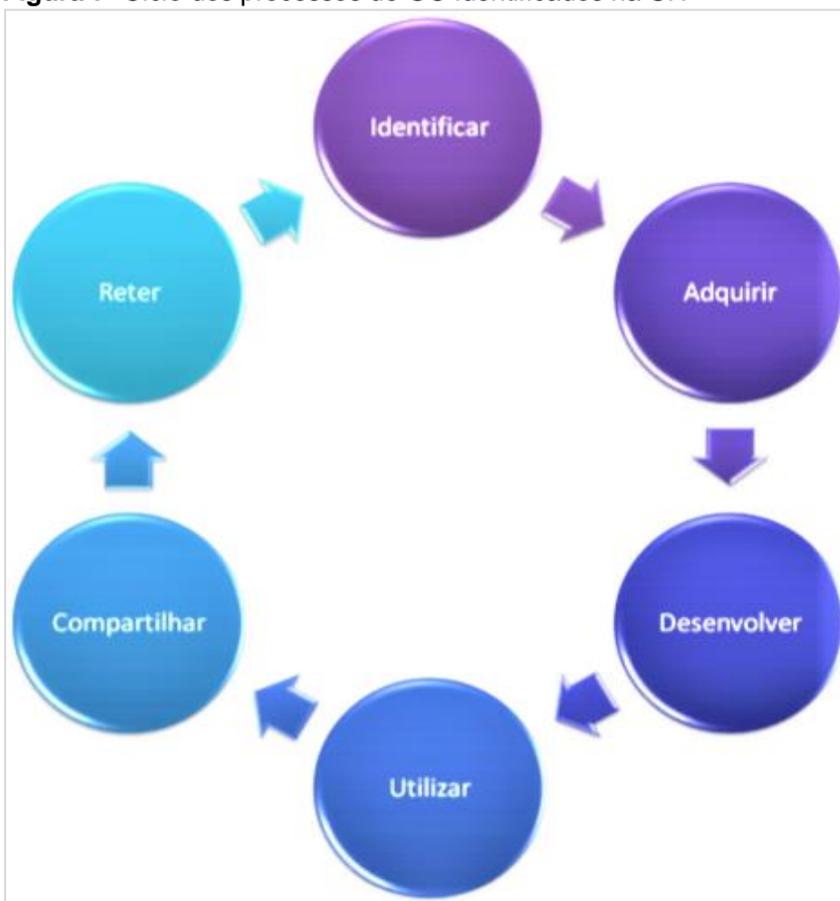
O objetivo da tecnologia é a melhoria da eficiência, pela avaliação da necessidade de conhecimento. O conhecimento deve ser fácil de obter, consultar, reutilizar e capaz de facilitar a aprendizagem com base nas experiências registradas. Esse conhecimento é obtido nas diversas áreas, sendo atualizado com as informações do ambiente de cada produção (FREIXO; ROCHA, 2014).

Para essa evolução é necessário reunir informações importantes, que serão obtidas por meio de reuniões, documentos internos e entrevistas. Com esse modelo organizacional consegue-se produzir e proporcionar a informação necessária para todos os setores hospitalares, evidenciando-se assim os problemas encontrados (FREIXO; ROCHA, 2014)

Faz-se necessário um estudo prévio e criterioso acerca das particularidades de cada organização, de modo a identificar a melhor maneira de conciliar os problemas identificados nas diferentes áreas com as principais particularidades evidenciadas, visando assim um aprimoramento da gestão da organização hospitalar (FARIAS; ARAÚJO, 2016).

A pesquisa de Silva, Juliani e Dias (2016) destaca que a GC nas Unidades Hospitalares (UH) contribui para as práticas clínicas, podendo ser potencializada, contribuindo para maior qualidade do atendimento da equipe multidisciplinar. Os autores elaboraram um ciclo dos processos de GC que foram identificados nas Unidades Hospitalares (UH), apresentado na Figura 7.

Figura 7 -Ciclo dos processos de GC identificados na UH

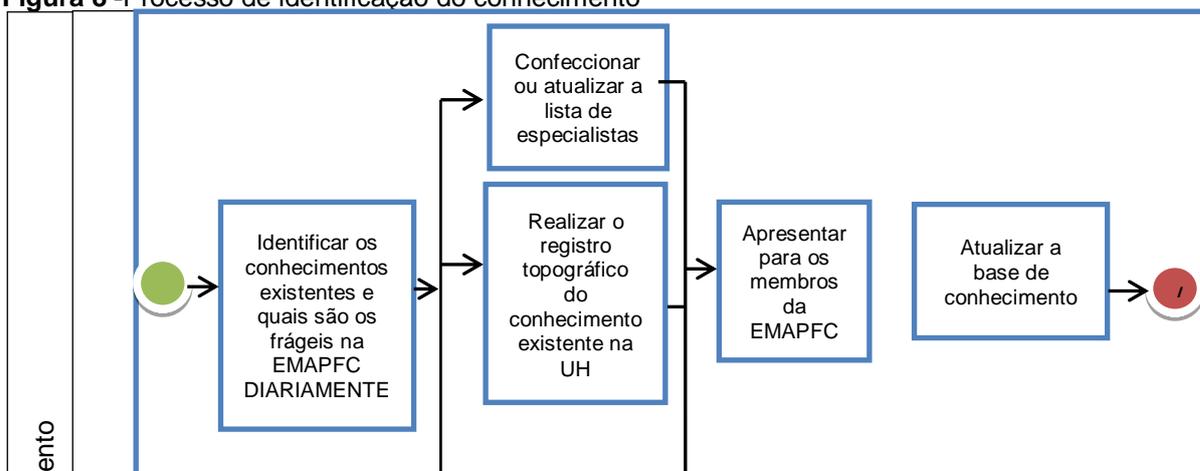


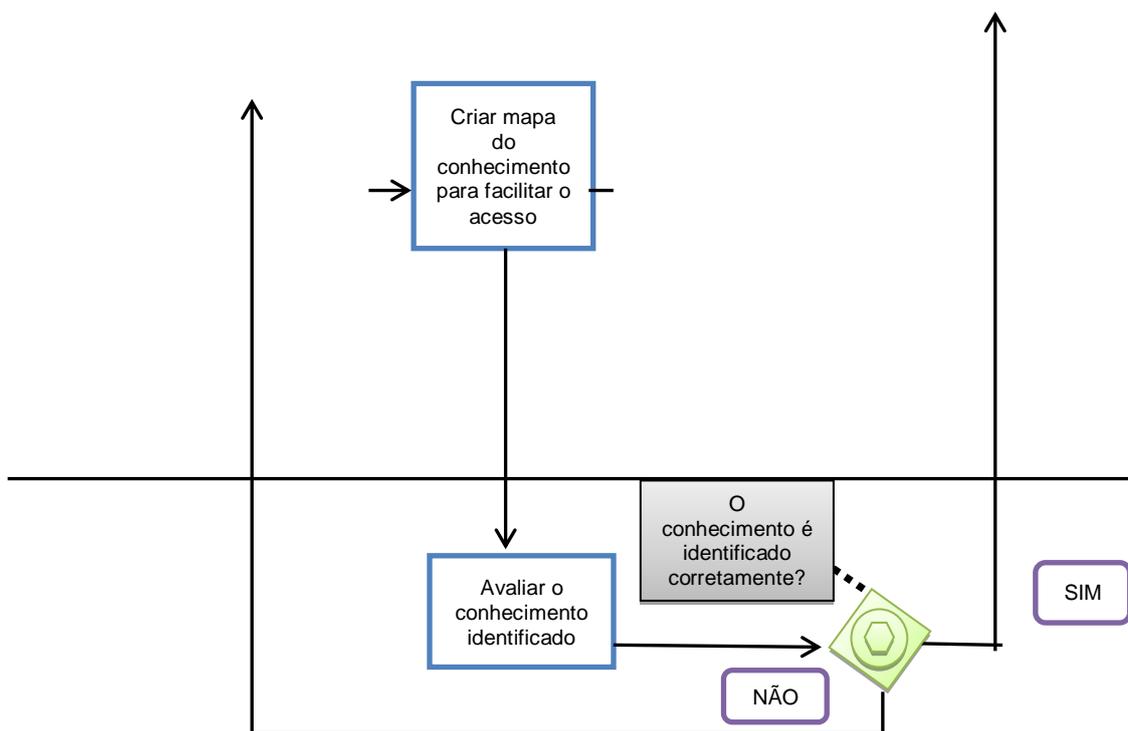
Fonte: adaptado de Silva, Juliani e Dias (2016, p. 9)

A Figura 7 contempla os seis principais processos de GC identificados junto à literatura e aos integrantes da Equipe Multiprofissional de Atendimento ao Paciente portador de Fibrose Cística (EMAPFC).

Ainda de acordo com autores, é possível aplicar o processo de identificação do conhecimento em relação ao processo saúde/doença no hospital, onde o gestor do conhecimento poderá identificar em sua equipe os profissionais que podem prestar melhor assistência ao paciente, de acordo com seu conhecimento, observando ainda os pontos fortes e fracos da equipe em relação ao conhecimento. Esse processo está esquematizado na Figura 8.

Figura 8 -Processo de identificação do conhecimento





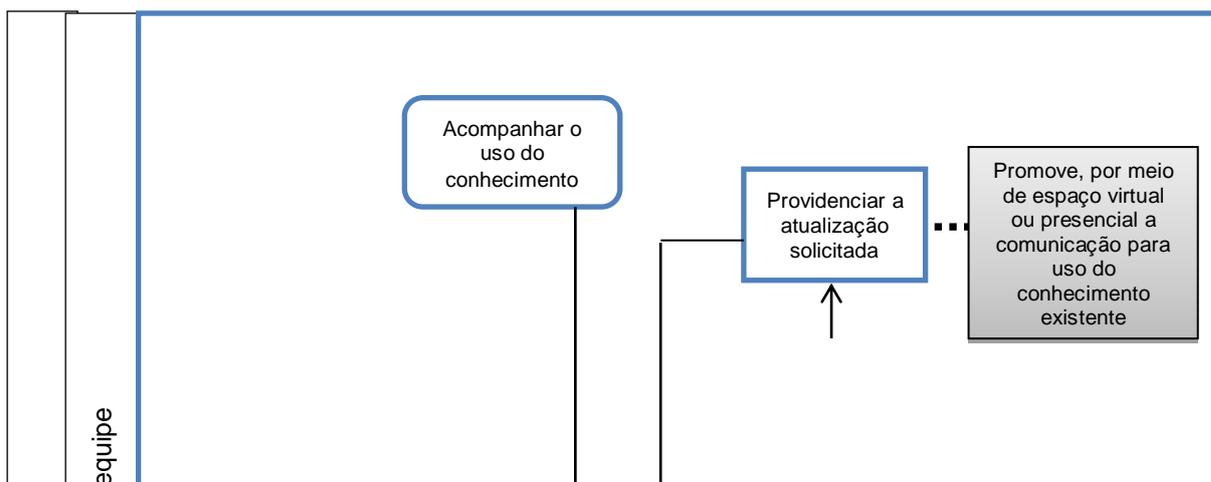
Fonte: adaptado de Silva, Juliani e Dias (2016, p. 10)

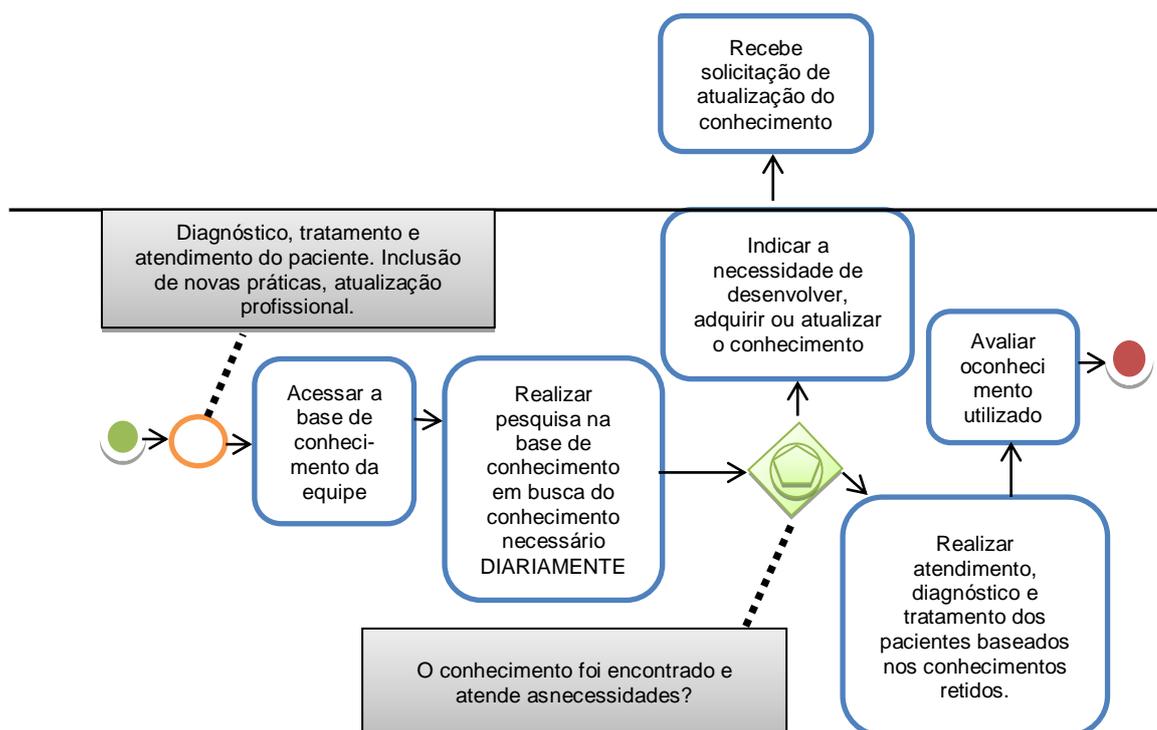
O mercado de trabalho nas UHs vem coquistando um espaço promissor, principalmente na área da gestão. Nesse sentido, Velloso *et al.* (2015, p 158-159) explicam que:

No cenário hospitalar do Brasil, de acordo com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP, 2013), o mercado de trabalho vem se mostrando promissor para quem trabalha na área de administração e gestão hospitalar. Empresas vêm buscando cada vez mais profissionais especializados nessas áreas. Consultorias de recursos humanos apontaram aumento de cerca de 20% nos processos de recrutamento de 2011 em comparação ao ano anterior. (VELLOSO *et al.*, 2015, p 158-159).

Em relação ao processo de utilização do conhecimento nasUHs, veja Figura 9:

Figura 9-Processo de utilização do conhecimento





Fonte: adaptado de Silva, Juliani e Dias (2016, p. 10)

A GC aliada à GI favorece a melhoria dos processos organizacionais. Para Ferreira (2021), esse é um fator preponderante para a sobrevivência das empresas hospitalares. A informação, quando associada ao conhecimento, tem ação direta no fluxograma informação das empresas.

Pelo fato de os ambientes de trabalho serem multidisciplinares nas instituições, estas apresentam uma alta gama de complexidade, motivo pelo qual a gestão hospitalar necessita de uma maior estrutura com base na TI. O resultado pode ser uma melhor *performance*, voltada para a organização de produtos e serviços. Há algumas décadas a UH era uma organização voltada somente para a filantropia; atualmente, é preciso dar destaque aos negócios e aos processos de gestão.

Um dos setores hospitalares que necessitam de atenção especial é a área administrativa nos hospitais. Sua característica principal é o silêncio para o desenvolvimento dos resultados dos trabalhos administrativos da empresa, além de uma apresentação bem estruturada, para que os processos possam fluir.

Ferreira (2021) ressalta que atualmente os hospitais, de modo geral, enfrentam um grande desafio devido à imensa demanda de informações. Para tanto

é necessária a separação, arquivagem e identificação de documentos de pacientes, prescrições, resultados de exames, consultas e seus respectivos medicamentos em receitas. Todas estas informações reunidas geram o mapeamento de fluxos internos e também de serviços. Esse volume de informações alimenta o banco de dados e permite a identificação de falhas operacionais, melhorando o atendimento e as necessidades das empresas, ampliando o balanço de informações como matéria-prima para a GC.

A interpretação das informações resulta no conhecimento, constituindo os conhecimentos explícitos e tácitos. O conhecimento é explícito pela facilidade de armazenar, divulgar e transferir informações, e tácito pelas experiências vividas pelos colaboradores. Em outras palavras, o conhecimento tácito está arquivado nos comandos cerebrais, representando a experiência adquirida no tratamento dos clientes. O conhecimento tácito é difícil de ser ensinado ou até mesmo passado, pois requer do colaborador capacidade de didática e tempo (FÉLIX; LEITÃO, 2021).

Os conhecimentos mais valorizados são aqueles que incorporam novas ideias para a instituição, como: projeto de serviços, criação de *marketing*, compreensão dos processos pelo paciente e sua família, flexibilidade dos colaboradores, discernimento na prestação de serviço, técnica associada ao *know-how*, meios criativos de cada pessoa, inovação associada à facilidade, agilidade e perspicácia no sentido de salvar vidas.

Félix e Leitão (2021) asseveram que as instituições de saúde cada vez mais têm valorizado a GC para fomentar o atendimento aos clientes, evidenciando a qualidade no bom atendimento e na prestação de serviços.

A informação é uma das mais novas práticas para a GC com base nas tecnologias aplicadas. As tecnologias são ferramentas que despertam cada vez mais interesse nos empreendedores da área hospitalar, porém apresentam alto custo para sua implantação de fato e permanente. A manutenção de *softwares* e *hardwares*, assim como o treinamento dos colaboradores e a própria instalação, ainda é um benefício ao alcance de poucos hospitais, pois essas tecnologias não se limitam apenas à administração, mas são utilizadas em todos os setores.

Freitas, Araújo e Lanz (2021) dissertam que as TI e a GC apresentam um vasto leque de contribuições, como no entretenimento, no trabalho, na educação e nas relações sociais. Quando voltadas ao ambiente de trabalho, percebem-se

diferenças no comportamento relacionado à liberdade, e permitem maior fluidez e eficácia na comunicação propriamente dita.

Atualmente, todos os países enfrentam um período muito difícil devido à pandemia de COVID-19. O enfoque social está grandemente voltado para a área hospitalar. Com a necessidade da priorização das pautas e dos interesses públicos, o conhecimento deve ser propagado para que contribua diretamente com informações plausíveis para o conforto imediato dos pacientes e para que estes também tenham maior autonomia nos cuidados pessoais.

Neste período de pandemia devido à COVID-19, a GC nos hospitais enfrenta vários desafios, e as ações para sua superação atual e futura é uma constante preocupação para as conjunturas brasileiras e internacionais.

Em 26 de maio de 2020, a folha informativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou 5.404.512 de casos confirmados da doença e um total de 343.514 óbitos no mundo até a mesma data. O Painel Coronavírus do Ministério da Saúde mostra que, no Brasil, no mesmo período, foram confirmados 391.222 casos e 24.512 mortes causadas pelo novo coronavírus (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Os hospitais em território brasileiro buscam formas de se adaptar ao novo cenário, envolvendo o Ministério da Saúde e Secretarias municipais e estaduais. Estes órgãos estão voltados especialmente para o fomento da prestação de serviços, visando a capacitação de seus colaboradores para a gestão dos serviços e reduzir a propagação do vírus.

A GC é uma ferramenta que está sendo muito utilizada para a implementação de novos fluxos de trabalho, com a oferta de assistência aos pacientes de risco da COVID-19. Entretanto, não se restringe a essa particularidade, visto que sua eficiência se aplica a todas as áreas hospitalares. A cada dia são reiteradas as medidas de prevenção da doença, como controle de riscos e mapeamento da quantidade de pacientes assintomáticos portadores do vírus. Para tanto, é necessária uma logística diferenciada para o atendimento desses pacientes, que precisam ser medicados com rapidez e até mesmo serem internados. Esses cuidados envolvem a administração, compras de medicamentos, suprimentos e suas terceirizações. Todas essas medidas tornam-se possíveis com a ajuda do mapeamento dos processos, por meio da gestão. (RODRIGUES *et al.*, 2020).

No caso dos hospitais públicos, a deficiência no subfinanciamento da saúde é um obstáculo para as medidas preventivas e de atendimento direto aos pacientes no

período da pandemia, representando um desafio diário para os hospitais. O atendimento precisa ser reorganizado, com o remanejamento dos pacientes que necessitam de isolamento para espaços físicos separados. Além do uso de produtos de insumos e do atendimento com equipamentos de alta tecnologia, há também a necessidade da utilização de máscaras individuais e da atenção de profissionais diferenciados, para que seja ofertado sempre o melhor atendimento, com qualidade e rapidez.

O setor da saúde busca cada vez mais a contratação de profissionais qualificados na gestão do conhecimento, que possam utilizar ferramentas e teorias para tornar suas operações mais lucrativas. Para Rodrigues *et al.* (2020), na atual conjuntura a ineficácia e a falta de materiais de insumo são uma grande falha nos atendimentos. Com isso, essa nova demanda acarreta gastos excessivos, e a falha operacional dos fornecedores que não possuem os produtos de insumos colabora para diminuir a qualidade do atendimento.

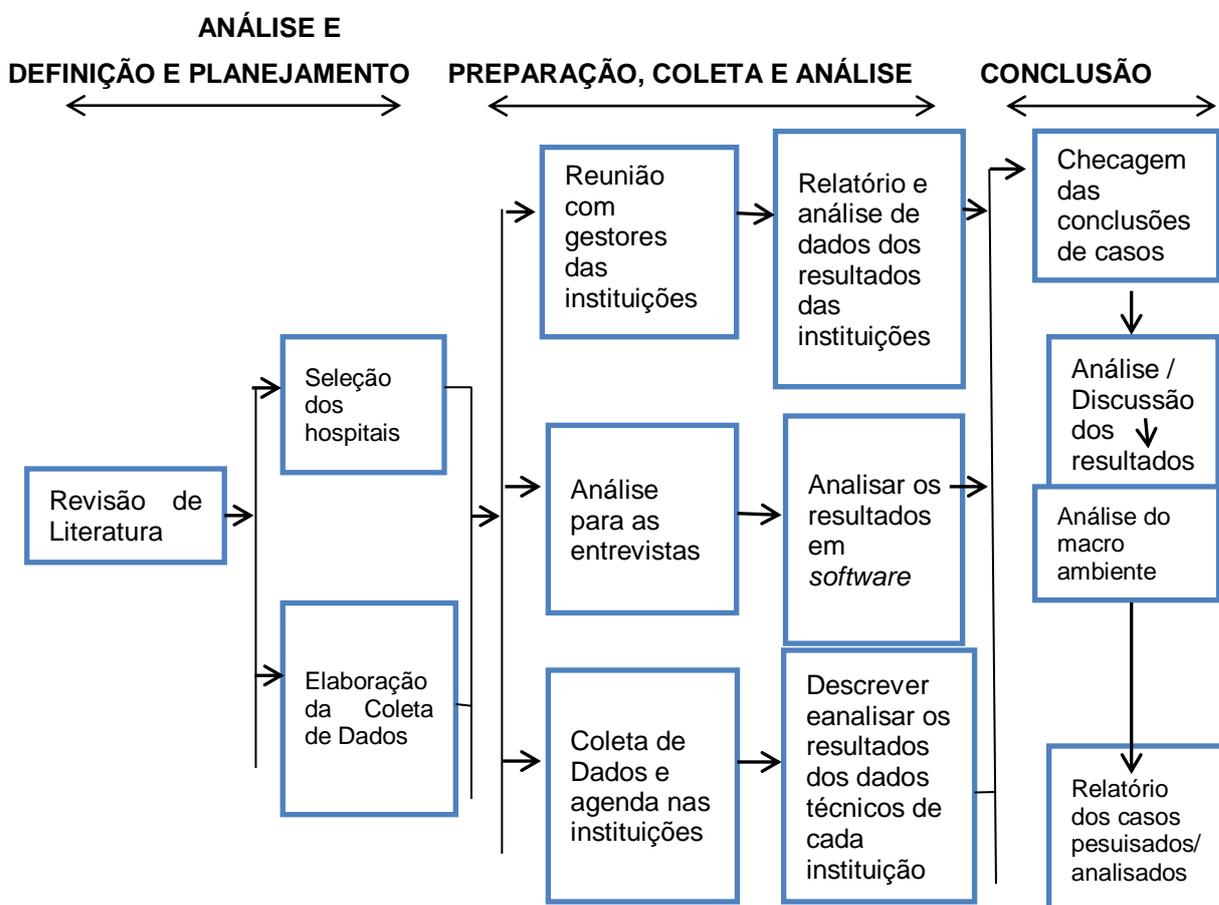
3 MÉTODO

3.1 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A metodologia desta dissertação está baseada no estudo de casos múltiplos, de acordo com levantamento na literatura brasileira, a fim de realizar uma síntese sobre o tema, que é de grande relevância para a esfera da saúde.

Esse tipo de estudo de caso permite ao autor repassar ao leitor os dados colhidos. No caso desta pesquisa realizada com gestores de hospitais, não haverá qualquer intervenção do autor, uma vez que não deve haver interpretações pessoais nem manipulação dos resultados obtidos. Para esta investigação foi utilizado um projeto de casos múltiplos, advindo do método de estudo de casos, esquematizado na Figura 10.

Figura 10- Método de estudo de caso.



Fonte: adaptado de Cosmos Corporation e Yin (2001, p.73)

A Figura 10 sintetiza como foi realizado o projeto, embasado no conhecimento teórico, apresentando os passos para a seleção do estudo de casos múltiplos, o planejamento da coleta de dados e sua análise utilizando o *software* a fim de descrever e analisar os resultados de cada instituição

A pesquisa utiliza a abordagem qualitativa, empregando a estratégia de estudos de caso múltiplos, em três hospitais localizados no Estado de São Paulo e dois no Estado do Rio de Janeiro. As organizações hospitalares, públicas ou privadas, que compõem o estudo de casos múltiplos desta pesquisa foram escolhidas por acessibilidade, considerando-se os critérios de complexidade e o nível de acreditação e informatização, estando localizadas em São José dos Campos (Vale do Paraíba), Resende, Volta Redonda (Sul Fluminense) e Sorocaba.

A pesquisa qualitativa se aplica a diversos campos do saber, tais como Antropologia, Sociologia, Economia, Psicologia, Administração, Biologia, Ciências Sociais e Educação, entre outros, sendo também conhecida como “estudo de campo”, “observação participante”, “entrevista qualitativa”, “abordagem de estudo de caso” e “pesquisa participante”, entre outras denominações (OLIVEIRA; STRASSBURG; PIFFER, 2017, p. 87).

O presente estudo é de caráter exploratório quanto aos fins e aos meios, e envolve ainda visitas técnicas e entrevistas com roteiro semiestruturado. Conforme Chemin (2015, p. 45), ...

[...] a pesquisa exploratória é o tipo de pesquisa que tem em vista favorecer a familiaridade, o aumento da experiência e uma melhor compreensão do problema a ser investigado. Já a pesquisa descritiva geralmente assume a forma de levantamento de dados ou ainda a forma de pesquisa bibliográfica e documental (CHEMIN, 2015, p. 45).

A abordagem exploratória descreve com precisão as situações vivenciadas pelos agentes. Esse tipo de pesquisa requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou situação (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Na revisão bibliográfica, utilizou-se a fundamentação teórica disponível em artigos científicos, periódicos, revistas, livros e *sites* acerca do tema. As fontes bibliográficas utilizadas para a pesquisa procederam dos bancos de informações dos *sites* SciELO, BIREME, Biblioteca Virtual de Saúde e Google Acadêmico.

O critério para seleção foi incluir os artigos que abordam o tema, produzidos em língua portuguesa, no período compreendido entre os anos de 2014 a 2019, de acordo com os objetivos estabelecidos neste estudo. Ainda de acordo com esse critério, foram excluídos os artigos produzidos antes do período citado ou que não remetiam aos objetivos estabelecidos.

As informações e os dados em geral remetem a questões relacionadas à visão e ao comportamento individualizado de cada gestor. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores de hospitais nos cargos de diretores, gerentes gerais ou outros, indicados por seus superiores, de acordo com a disponibilidade e a acessibilidade dos participantes.

Para o instrumento da coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado, com base no referencial teórico. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a realização da análise. A entrevista ocorre a partir de um formulário elaborado com antecedência e padronizado; assim, é possível comparar grupos de respostas. O roteiro é elaborado em estilo de diálogo, com abordagem direta no que diz respeito à explicação das perguntas a serem feitas. Foi informado o tempo estimado de 40 minutos para a entrevista.

Para a efetivação da investigação, foram contatados gestores que se mostraram receptivos quanto ao assunto, e realizada a entrevista estruturada que, de acordo com Lakatos e Marconi (2003), é aquela que se baseia em um roteiro previamente estabelecido. As perguntas são predeterminadas de acordo com um formulário, e a entrevista é efetuada, de preferência, com pessoas previamente selecionadas. O motivo da padronização é obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas, permitindo que sejam comparadas. O pesquisador não é livre para adaptar as perguntas a determinada situação, para alterar a ordem dos tópicos ou para realizar outras perguntas.

3.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A modalidade de pesquisa documental requer integrar no trabalho acadêmico diversas fontes, sem tratamento analítico, a fim de promover uma melhor interação autor-leitor. Para tanto, Yin (2001) explana que ...

[...] as entrevistas podem assumir formas diversas. É muito comum que as entrevistas, para o estudo de caso, sejam conduzidas de forma espontânea. Essa natureza das entrevistas permite que você tanto indague respondentes-chave sobre os fatos de uma maneira quanto peça a opinião deles sobre determinados eventos. Em algumas situações, você pode até mesmo pedir que o respondente apresente suas próprias interpretações de certos acontecimentos e pode usar essas proposições como base para uma nova pesquisa (YIN, 2001, p. 112).

Para se obter um bom resultado, é necessário que a pesquisa esteja embasada em muitas fontes. As entrevistas em uma pesquisa são fontes importantes para se obter informações precisas para um estudo de caso.

3.3 ENTREVISTAS

Articulando-se com o modelo geral da pesquisa, a fim de captar a complexidade dos fenômenos envolvidos na Gestão do Conhecimento nas Instituições Hospitalares, foi utilizada, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, que, conforme Prodano (2013), consiste em um roteiro preestabelecido a ser seguido pelo pesquisador / entrevistador.

As entrevistas foram realizadas nos hospitais com os gestores, principais tomadores de decisão, formuladores e implementadores das políticas de gestão nas instituições hospitalares, entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, tendo sido gravadas e posteriormente transcritas para a realização das análises. A entrevista semiestruturada, aplicada a cinco gestores hospitalares, possibilitou compreender a influência da gestão do conhecimento no auxílio às tomadas de decisões estratégicas.

Para Yin (2001), a entrevista é uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso, podendo ser classificada em três tipos: espontânea, focal ou semiestruturada, sendo esta última a utilizada nesta investigação.

A entrevista semiestruturada é realizada por meio de um roteiro que contém perguntas específicas e/ou genéricas. É conhecida como entrevista padronizada, com perguntas fechadas e tempo determinado para as respostas. O entrevistador segue um roteiro estabelecido previamente, e as perguntas são predeterminadas

(LAKATOS; MARCONI, 2003). O roteiro utilizado para as entrevistas encontra-se no Anexo 1.

A entrevista semiestruturada realizada nesta pesquisa foi composta de três partes: a primeira, destinada à identificação dos participantes do estudo; a segunda, com questões semiestruturadas que buscaram investigar, de forma mais espontânea, a percepção do pesquisado; e a terceira parte, com questões semiestruturadas que buscaram investigar a percepção do gestor.

O universo foi aqui compreendido como o conjunto de gestores pertencentes ao quadro da alta administração da organização hospitalar, com atribuições voltadas às atividades de gestão nas áreas de administração e controle da prestação de serviços públicos ou privados.

As instituições hospitalares foram acionadas para a coleta de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo 2). Após esse primeiro contato, foram fornecidas explicações sobre a pesquisa, sua metodologia e sobre a ferramenta de coleta de dados, que foi a entrevista com questionário semiestruturado.

Após a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Taubaté para registro. Em seguida, após sua aprovação, foram acionadas as organizações para a coleta dos dados, com agendamento de data e horário, de acordo com a disponibilidade de cada uma.

3.4 ÁREA DE REALIZAÇÃO

O intuito desta pesquisa é analisar a GC associada à inovação, em hospitais públicos e privados. A pesquisa foi realizada em hospitais públicos e privados que oferecem atendimento de média a alta complexidade, com um ou mais títulos de acreditação e alto nível de informatização e tecnologia, localizados nas cidades de São José dos Campos, no Vale do Paraíba, Resende e Volta Redonda, no Sul Fluminense, e Sorocaba.

Para aumentar o escopo de informações, foi realizado um estudo de casos múltiplos entre hospitais de diferentes regiões. A acessibilidade foi uma facilitadora para a aquisição dos resultados.

As unidades do estudo foram Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos, Hospital Municipal de São José dos Campos, Hospital Unimed Resende, Hospital Unimed Volta Redonda e Hospital Unimed Sorocaba.

3.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa são as pessoas que fornecerão os dados que o pesquisador necessita. A amostra que compõe o conjunto de participantes deste projeto foi definida pelo critério de acessibilidade. Para Vergara (2005), longe de qualquer procedimento estatístico, esse critério seleciona elementos pela facilidade de acesso.

Foram escolhidos como participantes para a realização da pesquisa amostral gestores que ocupam cargos de nível estratégico em hospitais públicos e privados, de média a alta complexidade, com bom nível de informatização e certificados/acreditados, sendo selecionados colaboradores da alta administração ocupando cargos de diretor administrativo, diretor técnico, administrador hospitalar e superintendente administrativo, bem como gestores do nível intermediário como gerentes de RH, supervisores, coordenadores de RH e de educação continuada. O Quadro 7 apresenta a composição do conjunto de entrevistados.

Quadro 7 – Composição do conjunto de entrevistados

Número	Nome
Hospital A	Gestor 1, Gestor 6
Hospital B	Gestor 2, Gestor 7
Hospital C	Gestor 3, Gestor 8
Hospital D	Gestor 4, Gestor 9
Hospital E	Gestor 5, Gestor 10

Fonte: elaborado pelo autor

A amostra está disposta segundo o critério de acessibilidade. Os cargos foram selecionados em virtude de sua magnitude e amplitude na tomada de decisão em todos os setores das organizações hospitalares pesquisadas. Nesse contexto, incluem-se na amostra executivos ocupantes das seguintes áreas: Diretoria

Administrativa (1), Diretoria Técnica (2), Superintendência de Recursos Próprios (1) e Administrador Hospitalar (1), perfazendo um total de 5 entrevistados, representando 100% do universo selecionado de executivos da alta administração, bem como gestores do nível intermediário como gerente de RH (1), supervisores (2), coordenadores de RH (1) e educação continuada (1), por se entender que os detentores desses cargos têm acesso a informações relevantes e competências para o delineamento de estratégias e para a discussão dos assuntos relativos à Gestão de Conhecimento.

3.5.1 Unidades de Análise

A unidade de Sorocaba, Hospital Dr. Miguel Soeiro, é reconhecida como um dos mais importantes centros de excelência da América Latina. Conta com os recursos mais avançados de diagnóstico e terapia, um sistema totalmente informatizado e um corpo técnico altamente qualificado, atendendo a todas as especialidades médicas.

Inaugurado em janeiro de 1996, está localizado em um terreno de 67.000 m², no Jardim São Paulo, e possui uma arquitetura moderna e funcional, reunindo as seguintes áreas: centro cirúrgico com salas equipadas para procedimentos de pequeno, médio e grande porte; centro obstétrico com monitoração fetal e unidades para atendimento imediato e reanimação dos recém-nascidos; centro de transplantes para todos os procedimentos necessários; *dayclinic* para procedimentos cirúrgicos e endoscópicos de curta permanência; centro de hemodinâmica, com a mais alta tecnologia em automação; hotelaria hospitalar, oferecendo mais conforto e segurança em internações; laboratório com setores de microbiologia, imunologia, endocrinologia, hematologia, bioquímica, urina e urgência; setor de emergência para atendimentos a adultos e crianças, com salas para curativos, gesso e outros recursos; unidade de internação com apartamentos individuais e enfermarias; UTI adulta e pediátrica com leitos de isolamento e sala de espera exclusiva.

O Hospital Dr. Miguel Soeiro apresenta perfil e gestão característicos do setor privado, por propor uma metodologia de “inteligência competitiva”, um conceito incorporado por Hoffman (2017):

A Inteligência Competitiva se propõe justamente a lançar as bases conceituais e a prática para a coleta e análise de informações, como ferramenta das organizações no apoio às decisões, planos e ações voltados para os desafios do ambiente, principalmente o ambiente externo. Vários modelos que envolvem o processo de IC vêm sendo empregados, mesmo com outra nomenclatura, mas a sua maior sistematização se deu nas últimas décadas, a partir dos órgãos governamentais e militares, e se disseminou para o ambiente organizacional ou empresarial, devido à nova ordem global, econômica e política (HOFFMAN, 2017, p. 37).

O Hospital Unimed Resende conta com 10,6 mil metros quadrados de área construída, sendo o mais completo complexo hospitalar da região das Agulhas Negras. Na estrutura, distribuída pelos cinco pavimentos do prédio, encontram-se 70 leitos (sendo 10 de UTI); Centro Cirúrgico com cinco salas; Pronto Atendimento adulto e pediátrico; acessibilidade para portadores de deficiência física; laboratório de análises clínicas; setor de quimioterapia; auditório para 60 pessoas; espaço ecumênico; centro obstétrico; espaço para recreação infantil; cafeterias; refeitório; centro de diagnóstico por imagem (raios X, ultrassonografia, tomografia, mamografia e densitometria óssea); endoscopia digestiva e colonoscopia e sala de acolhimento.

Inaugurado em 1978, o Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, de São José dos Campos, é a maior unidade hospitalar de atendimento 24 horas para urgência e emergência do município. Presta serviço 100% via SUS. Iniciou suas atividades em 1978, com inauguração da Unidade de Pronto Socorro. Em 2006, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM - assumiu a gestão, com o objetivo de operacionalizar e executar as atividades e serviços de saúde da unidade.

A unidade é referência em assistência hospitalar de média e alta complexidade, com ênfase em urgência e emergência. Seu centro oncológico está equipado para a realização de medicações quimioterápicas e infusões de medicamentos especiais. O espaço conta com 6 cadeiras de atendimento e uma sala reservada. Com atendimento humanizado, o horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 17h.

O hospital conta com um centro obstétrico com foco na gestante de alto risco e com um centro de diagnóstico por imagem, para a realização de exames como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, endoscopia, hemodinâmica, mamografia, raios X convencional com imagens digitalizadas.

Seu centro de hemodinâmica é uma unidade para a realização de atendimentos de urgência e eletivos. É especializado em exames como arritmologia, cardiologia intervencionista, neuroradiologia e endovascular. Há duas unidades de coleta - Hospital Unimed e Unidade 33. O laboratório Unimed oferece coleta domiciliar (para casos com indicação médica), espaço para coleta Infantil e ainda o resultado de exames via *web*.

O laboratório no local possibilita maior interação com os médicos, agilizando os procedimentos de diagnóstico de doenças e acelerando a definição de tratamento, principalmente na área oncológica. A UTI neonatal e pediátrica possui 10 leitos, sendo 3 de UTI pediátrica, 6 de UTI neonatal e 1 leito de isolamento.

Além disso, a estrutura conta com sala de atendimento aos pais, recepção, brinquedoteca e sala de coleta de leite humano. O sistema de prontuários é 100% eletrônico, com utilização do Sistema MV. O serviço atende os públicos internos e externos, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 17 horas.

A história de solidariedade da Santa Casa de São José dos Campos tem mais de um século, e a instituição permanece firme no seu propósito de ajudar ao próximo, exigindo atendimento igualitário a todos os pacientes, independentemente de sua situação econômica, oferecendo um serviço de excelência médica à população em todas as especialidades, em igualdade de condições com os melhores hospitais do Brasil. Apenas 04 Santas Casas são certificadas no Brasil.

Com quase cinco anos de funcionamento, o Hospital Unimed Volta Redonda havia realizado até 2014 2,5 milhões de procedimentos, com índice de 93% de satisfação registrada pelos clientes, de acordo com a pesquisa mensal realizada em maio de 2015. Para atender ainda melhor seus mais de 59 mil clientes, a unidade ampliou seu atendimento, inaugurando o terceiro andar, com 50 novos leitos. Seu centro oncológico é uma unidade para a realização de medicações quimioterápicas e infusões de medicamentos especiais.

O espaço conta com 6 cadeiras de atendimento e uma sala reservada. Com atendimento humanizado, o horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 17h. Conta com centro de diagnóstico por imagem, para realizar exames como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, endoscopia, hemodinâmica, mamografia e raios x convencional com imagens digitalizadas.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Após as entrevistas, foi realizada a transcrição dos áudios, utilizando-se dois *softwares*: o Speechnotes e o Amberscript. Após a transcrição, foi realizada a revisão dos textos pelo pesquisador, com as correções necessárias devido a problemas de interpretação dos *softwares*. A seguir, foi organizado o corpus textual, com uma seleção para a retirada de preposições, verbos, adjetivos, artigos e outros termos que não interessassem à análise. Após a correção e a limpeza o texto, foram utilizados os *softwares* Atlas.ti e Iramuteq para a análise de dados. O Atlas.ti é uma ferramenta utilizada nas técnicas de obtenção de resultados das respostas do questionário, e o Iramuteq permite realizar, entre outros tipos de análises, a das estatísticas textuais clássicas, a classificação hierárquica descendente, as análises de similitude e a nuvem de palavras.

Com o advento da tecnologia e as inovações traduzidas por meio da Internet, uma constante mudança na cultura social vem ocorrendo no mundo. Como enunciam Branco (2011) e Silva Junior e Leão (2018), as inovações tecnológicas estão profundamente relacionadas com a mudança cultural das sociedades. Diante disso, é importante destacar que a aplicação dos recursos tecnológicos se constitui em exímia ferramenta para uma nova estruturação da ciência e da educação, em uma visão ampla. Nesta seara, a área acadêmica também se beneficia dessas tecnologias.

O Atlas.ti¹² é um *software* para a análise de dados qualitativos, desenvolvido em 1989 por Thomas Muhr, na Alemanha. Tem sido utilizado por pesquisadores do mundo todo por conta de sua facilidade de emprego e da gama de ferramentas que disponibiliza (MUHR, 1991).

Silva Junior e Leão (2018) fazem suas considerações sobre o *Software* Atlas.ti, desde sua criação até a atualidade:

¹²Informação sobre o software disponível em: <https://atlasti.com/>. Acesso em: 28 out. 2018.

- Pode ser utilizado em duas versões: versão PRO, adquirindo a licença anual no portal da companhia Atlas.ti GmbH, ou versão trial, com todas as funcionalidades ativas, contudo com limite para a criação de conteúdo.
- A versão 8 é a que tem maior utilização.
- Dentre suas diversas funcionalidades, está a possibilidade de construir estados da arte, análise multimídia de imagens, áudios e vídeos, tratamento estatístico de dados, análise de *surveys*, codificação de base de dados e, como propomos neste artigo, a sistematização de todas as etapas da AC.
- O Atlas.ti é uma ferramenta que auxilia o pesquisador no processo de organização da análise dos dados, mas o *software* não realiza a análise sozinho.
- Todas as inferências e categorizações devem ser feitas pelo pesquisador, suportado por sua base teórica.
- A eficiência do *software* está, como afirma Hwang (2008), na interface entre a *expertise* humana e o processamento de dados do computador.

Para a utilização do *software* Atlas.ti é necessário que o pesquisador insira os dados coletados para suas respectivas análises. A utilização desse software por estudantes pode facilitar a realização de pesquisas em diversas áreas, garantindo o cumprimento dos objetivos propostos.

Conforme o estudo realizado por Silva Junior e Leão (2018),

O *software* Atlas.ti possibilita exportar dados em diversos formatos para outros computadores e programas; é possível gerar imagens das redes para utilização em processadores de texto e outros *softwares*, tornando a análise mais clara com as redes e as conexões entre elas" (SILVA JUNIOR; LEÃO, 2018, p. 131).

Após a análise com o Atlas.ti, utilizou-se o Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido por Pierre Ratinaud na linguagem Python e que utiliza funcionalidades providas pelo *software* estatístico R.

Souza *et al.* (2018) informam que, no Brasil, o Iramuteq passou a ser utilizado a partir de 2013, em pesquisas de representações sociais. Entretanto, outras áreas também se apropriaram do seu uso. Esse instrumento contribui com várias possibilidades de processamento de dados qualitativos, visto que permite diferentes

formas de análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas e documentos, entre outras(SOUZA *et al.*, 2018).

Para a análise textual por meio do Iramuteq foram utilizadas três técnicas. A primeira foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que, conforme Silva e Souza (2018), resulta em um dendrograma que mostra a frequência de uma palavra no texto, ou seja, a quantidade de ocorrências com as posições do texto em que cada palavra aparece, em percentuais. O *software* divide o corpus em tantas classes quantas forem as associações resultantes do cálculo de cada item lexical.

A segunda técnica foi a Nuvem de Palavras, que consiste em uma análise lexical simples, cuja estrutura da figura é construída em função da quantidade numérica de ocorrências de cada palavra no *corpus*. Assim, quanto maior e mais centralizada estiver uma palavra na nuvem, maior será o grau de sua citação, e quanto mais afastada do centro e menor for seu tamanho, menor será o seu grau de avocação (SILVA; SOUZA, 2018).

A terceira técnica utilizada foi a análise de similitude, que permite visualizar a relação entre os elementos textuais por meio de indicações de conexidade entre as palavras (SILVA; SOUZA, 2018).

É importante evidenciar que, após a utilização dos *softwares*Atlas.ti e Iramuteq, as representações gráficas foram construídas no *CoreDrawGraphicsSuite* 2020, a fim de tornar legível as informações das figuras.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética conforme CAAE 26543119.9.0000.5501, foi realizada a entrevista semiestruturada com roteiro pré-definido com gestores que desempenham funções tanto administrativas quanto técnicas. O nome dos entrevistados, assim como as informações coletadas, não serão divulgados. O uso das informações está restrito a este projeto, sendo o resultado apresentado aos gestores, se assim o desejarem.

A partir da entrevista estruturada com os gestores, os dados colhidos foram inseridos nos *softwares*Atlas.ti e Iramuteq. Após a organização dos dados, estes foram tratados para a apresentação dos resultados e discussão.

As entrevistas foram utilizadas exclusivamente para o estudo a que se propõe esta investigação, sendo descartadas posteriormente. Não serão conservadas gravações ou outras anotações, somente as que integram a redação da dissertação.

3.7.1 Participantes da Pesquisa

Os entrevistados foram cientificados sobre o uso das informações e demonstraram estar de acordo com sua utilização, conforme o termo de responsabilidade apresentado e assinado no ato das entrevistas.

Em virtude da preservação de sua identidade, os entrevistados foram identificados como 1, 2, 3, 4, 5. Também os nomes dos hospitais foram preservados, sendo identificados como A, B, C, D e E e não obedecendo a sequência da listagem em que foram apresentados.

3.7.2 Descrição dos Hospitais Pesquisados

O Quadro 8 especifica os hospitais pesquisados, exibindo informações quanto a sua natureza, localização, porte e quantidade de leitos.

Quadro 8- Hospitais quanto a sua natureza, localização, porte e leitos

Hospital	Denominação	Natureza	Localização	Porte	Leitos
Hospital 1	A	Privado	Sorocaba SP	Grande	200
Hospital 2	B	Privado	Resende RJ	Médio	70
Hospital 3	C	Privado	Volta Redonda RJ	Médio	145
Hospital 4	D	Público 100% SUS	São José dos Campos SP	Grande	400
Hospital 5	E	Filantropia	São José dos Campos SP	Grande	232

Fonte: elaborado pelo autor.

O Quadro 09 apresenta informações sobre os hospitais pesquisados quanto a estrutura, colaboradores, mantenedora, corpo clínico e certificação. O Hospital A é reconhecido como um dos mais importantes centros de excelência da América Latina. Conta com os recursos mais avançados de diagnóstico e terapia, um sistema totalmente informatizado e um corpo técnico altamente qualificado, atendendo a

todas as especialidades médicas. Apresenta perfil e gestão característicos do setor privado, por propor uma metodologia de “inteligência competitiva”. Inaugurado em janeiro de 1996, está localizado em um terreno de 67.000 m², e possui uma arquitetura moderna e funcional reunindo as seguintes áreas: centro cirúrgico com salas equipadas para procedimentos de pequeno, médio e grande porte; centro obstétrico com monitoração fetal e unidades para atendimento imediato e reanimação de recém-nascidos; centro de transplantes para todos os procedimentos necessários; *dayclinic* para procedimentos cirúrgicos e endoscópicos de curta permanência; centro de hemodinâmica com a mais alta tecnologia em automação; hotelaria hospitalar para mais conforto e segurança em internações; laboratório com os setores de Microbiologia, Imunologia, Endocrinologia, Hematologia, Bioquímica, Urina e Urgência; setor de emergência para atendimentos a adultos e crianças, com salas para curativos, gesso e outros recursos; unidade de internação, com apartamentos individuais e enfermarias; UTI adulta e pediátrica com leitos de isolamento e sala de espera exclusiva.

Quadro 9 - Hospitais quanto a sua estrutura, colaboradores, mantenedora, corpo clínico e certificação.

Hospital	Estrutura	Colaboradores	Mantenedora	Corpo Clínico	Certificação
Hospital A	108 enfermarias, 51 apartamentos, 24 leitos de UTI, 24 leitos de semi-intensiva, 06 salas de cirurgias, 02 salas de centro obstétrico, <i>Day Clinic</i> , Prontuário Eletrônico.	1.941	Unimed	Aberto	Acreditado com Excelência ONA 3, HIMSS, ANALYTCS 7, ISSO 14.001:2015, PALC: Laboratório, PAD: Imagem
Hospital B	05 Leitos <i>Day Clinic</i> , 02 Suítes VIP, 40 enfermarias, 18 apartamentos, 10 Leitos UTI, Pronto Atendimento com 06 leitos de observação adulto e 03 leitos infantil, Centro de Oncologia, Central de Imagem, Laboratório de Análises Clínicas, Prontuário Eletrônico.	363	Unimed	Aberto	Acreditado ONA 1
Hospital C	86 leitos, 05 leitos <i>Day Clinic</i> , 20 Suítes Privativas, 03 Leitos Pediátricos, 21 Leitos de UTI, sendo 03 com antecâmara, 10 leitos de URTI Neonatal e Infantil, 10 salas de cirurgias, Pronto Atendimento com 06 leitos de observação adulto e 03 Pediátrico, Prontuário Eletrônico.	1100	Unimed	Aberto	Acreditado com Excelência ONA3, PALC: Laboratório
Hospital D	Centro Cirúrgico, Internações clínicas e cirúrgicas, Pronto Socorro, Maternidade, UTI para Adulto, Pediátrica e Neonatal, Centro Obstétrico, Ambulatório para consultas e exames.	1.750	NC	NC	Acreditado ONA 1

Hospital E	32 leitos UTI Adulto, 20 leitos UTI Neo, 07 salas de cirurgia, 23 leitos maternidade, Centro Oncológico, Central de Imagem, Hemodiálise, Hemodinâmica, Transplante Hepático, Centro de Tratamento de Queimaduras, Prontuário Eletrônico.	1.200	Filantropia	NC	Acreditado com Excelência ONA3
-------------------	--	-------	-------------	----	--------------------------------

Fonte: elaborado pelo autor.

O Hospital B conta com 10,6 mil metros quadrados de área construída, sendo o mais completo complexo hospitalar da região das Agulhas Negras. Na estrutura, distribuída pelos cinco pavimentos do prédio, encontram-se 70 leitos (sendo 10 de UTI); Centro Cirúrgico com cinco salas; Pronto Atendimento adulto e pediátrico; acessibilidade para portadores de deficiência física; laboratório de análises clínicas; setor de quimioterapia; auditório para 60 pessoas; espaço ecumênico; centro obstétrico; espaço para recreação infantil; cafeterias; refeitório; centro de diagnóstico por imagem (raios X, ultrassonografia, tomografia, mamografia e densitometria óssea); endoscopia digestiva e colonoscopia e sala de acolhimento.

Com quase cinco anos de funcionamento o Hospital C realizou, até 2014, 2,5 milhões de procedimentos, com índice de 93% de satisfação registrada pelos clientes, durante a última pesquisa mensal realizada em maio de 2015. E para atender ainda melhor seus mais de 59 mil clientes, a unidade ampliou seu atendimento inaugurando o terceiro andar com 50 novos leitos.

Seu centro oncológico é uma unidade para a realização de medicações quimioterápicas e infusões de medicamentos especiais. O espaço conta com 6 cadeiras de atendimento e uma sala reservada. Com atendimento humanizado, o horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, de 07h30 às 17h. Conta com centro de diagnóstico por imagem, para realizar exames como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, endoscopia, hemodinâmica, mamografia e raios x convencional com imagens digitalizadas.

Inaugurado em 1978, o Hospital D é a maior unidade hospitalar de atendimento 24 horas para urgência e emergência do município. Presta serviço 100% via SUS. Iniciou suas atividades em 1978, com inauguração da Unidade de Pronto Socorro. Em 2006, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM - assumiu a gestão, com o objetivo de operacionalizar e executar as atividades e serviços de saúde da unidade.

A unidade é referência em assistência hospitalar de média e alta complexidade, com ênfase em urgência e emergência. Seu centro oncológico está

equipado para a realização de medicações quimioterápicas e infusões de medicamentos especiais. O espaço conta com 6 cadeiras de atendimento e uma sala reservada. Com atendimento humanizado, o horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 17h. O hospital conta com um centro obstétrico com foco na gestante de alto risco e com um centro de diagnóstico por imagem, para a realização de exames como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, ultrassonografia, endoscopia, hemodinâmica, mamografia, raios X convencional com imagens digitalizadas.

Seu centro de hemodinâmica é uma unidade para a realização de atendimentos de urgência e eletivos. É especializado em exames como arritmologia, cardiologia intervencionista, neuroradiologia e endovascular. Há duas unidades de coleta - Hospital Unimed e Unidade 33. O laboratório Unimed oferece coleta domiciliar (para casos com indicação médica), espaço para coleta Infantil e ainda o resultado de exames via *web*. O laboratório no local possibilita maior interação com os médicos, agilizando os procedimentos de diagnóstico de doenças e acelerando a definição de tratamento, principalmente na área oncológica. A UTI neonatal e pediátrica possui 10 leitos, sendo 3 de UTI pediátrica, 6 de UTI neonatal e 1 leito de isolamento. Além disso, a estrutura conta com sala de atendimento aos pais, recepção, brinquedoteca e sala de coleta de leite humano. O sistema de prontuários é 100% eletrônico, com utilização do Sistema MV. O serviço atende os públicos internos e externos, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 17 horas.

A história de solidariedade do Hospital E tem mais de um século e a instituição permanece firme no seu propósito de ajudar ao próximo. A organização hospitalar faz questão que o atendimento seja igualitário para todos os pacientes, independente da situação econômica, e que ofereça a população um serviço de Excelência Médica em todas as especialidades, no nível dos melhores hospitais do Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados desta dissertação traz os dados coletados nas entrevistas realizadas junto aos dez gestores das cinco organizações hospitalares, situadas em Sorocaba, São José dos Campos, Resende e Volta Redonda, que teve como objetivo reunir um *corpus* qualitativo de informações baseado nas experiências vivenciadas por eles.

4.1 ANÁLISE TEXTUAL DAS ENTREVISTAS

A fim de se compreender como ocorre a gestão do conhecimento frente à inovação na saúde, realizou-se a análise das entrevistas com dez gestores dos hospitais A, B, C, D e E, por meio da análise de conteúdo, com o auxílio do *software* Iramuteq. Para tanto, foi efetuada uma análise geral dos textos, divididos em segmentos de textos (ST) para a realização da classificação lexical.

A primeira análise foi a lexicográfica clássica, que gerou as seguintes informações:

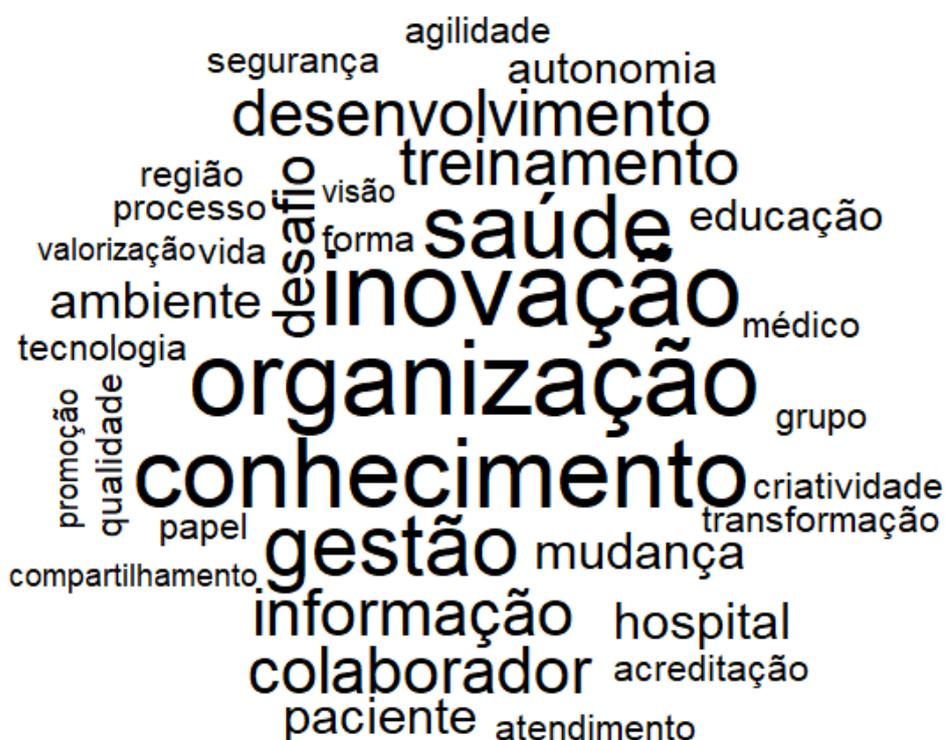
- Número de textos: 10 (dois gestores de cada hospital analisado)
- Número de ocorrências: 38700
- Número de formas textuais: 2837
- Número de hápax: 443 (1.14% de ocorrências - 38.96% de formas)
- Média de ocorrências por texto: 3870.00

- Retenção de segmentos de texto: 2.601 segmentos classificados em 2.837 (91,68%)

No que se refere à análise lexicográfica clássica, observou-se que foram encontrados dez *corpus*, relacionados a cinco entrevistas com gestores da alta administração do nível estratégico e a cinco entrevistas com gestores administrativos do nível tático, configurando um total de 38.700 palavras analisadas, com uma média de 3.870 ocorrências em cada *corpus*, sendo que 2.837 foram das seguintes classes de palavras: substantivo, artigo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição, conjunção e interjeição, além de 443 hápax, ou seja, palavras que apareceram apenas uma vez nos *corpus*.

Complementando a análise lexicográfica clássica, elaborou-se a Nuvem de Palavras, em que são apresentadas as palavras mais expressivas da amostra analisada. As palavras em matrizes maiores e mais centrais são as que se apresentam em maior número no contexto analisado.

Figura 11 - Teste Nuvem de Palavras na Gestão do Conhecimento frente à Inovação em Saúde



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados, por meio do *software* IRAMUTEQ.

A Figura 11 aponta as principais palavras encontradas nas entrevistas no que se refere à gestão do conhecimento frente a inovação na saúde, sendo

conhecimento (3.890 ocorrências), organização (2.888), inovação (2.887), gestão (2.561), saúde (2.549), treinamento (2.310), desenvolvimento (1.920), informação (1.899), colaborador (1.887), desafio (1.640), educação (1.520) e paciente (1.410). Os achados representados pelas palavras mais recorrentes embasam as análises realizadas no estudo.

A terceira modalidade de análise foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que tem o intuito de verificar a associação entre os vocábulos dos *corpus*. Essa análise resultou em um dendrograma, cujos resultados, expressos em cores e percentuais, foram sintetizados no Quadro 10, a fim de facilitar seu entendimento.

Quadro 10 – Classes geradas a partir da análise de Classificação Hierárquica Descendentes

Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
23,8%	23,8%	25,9%	26,4
Desenvolvimento Regional em Saúde	Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares	Inovação nas Organizações Hospitalares	Gestão do Conhecimento

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados, por meio do *software* IRAMUTEQ.

Ao se analisar o Quadro 10, verifica-se que os *corpus* foram divididos em quatro classes, que serão detalhadas a seguir. A classe 1 (vermelho) recebeu o nome de ‘Desenvolvimento Regional em Saúde’ e foi composta por 23,8% dos ST; a classe 2 (verde), ‘Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares’, composta por 23,8% dos ST; a classe 3 (azul escuro), ‘Inovação nas Organizações Hospitalares’, foi composta por 26,4% dos ST e a classe 4 (azul claro), ‘Gestão do Conhecimento’ foi composta por 25,9% dos ST.

Camargo e Justo (2013) explicam que a análise do tipo CHD tem como pré-requisito básico a retenção mínima de 75% dos segmentos de textos. Caso contrário, a técnica pode ser considerada inadequada aos dados coletados. Observa-se, que para os dados coletados, a análise apresentou uma retenção de segmentos de textos superior a 91%, o que permite afirmar que a análise CHD é pertinente para este estudo. Outro ponto importante é o percentual visualizado no dendrograma, que indica o grau de participação das palavras de cada classe sobre o total das palavras constantes do corpus (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Apesar de o *software* IRAMUTEQ numerar as classes de 1 a 4, neste estudo elas são apresentadas pela ordem cronológica dos fatos e sem numeração, a saber: Gestão do Conhecimento, Inovação nas Organizações Hospitalares, Gestão do

Conhecimento nas Organizações Hospitalares e Desenvolvimento Regional na Saúde.

Essa ordem foi escolhida pelo pesquisador porque permitirá ao leitor melhor entendimento de todo o processo de gestão do conhecimento frente à inovação na saúde.

4.1.1 Análise da Classe – Gestão do Conhecimento

Para a compreensão da classe ‘Gestão do Conhecimento’, realizou-se o Teste de Similitude, conforme Figura 12, que permitiu demonstrar o agrupamento formado pelas palavras que aparecem com maior frequência nas entrevistas e compreender as narrativas formadas pelo contexto geral da amostra analisada pelo estudo.

Figura 12 - Teste de Similitude – Classe Gestão do Conhecimento



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados, por meio do *software* IRAMUTEQ.

Percebe-se que a Gestão do Conhecimento para os entrevistados está relacionada a agilidade, mudança, autonomia, competência, compartilhamento, pessoas, treinamento constante, treinamento *online*, formação, educação continuada, valorização, *jobrotation*, atitude.

Em relação a agilidade e mudança, os entrevistados enfatizam que, com base nas suas formações nas áreas de controle de infecções hospitalares, criação de protocolos, boas práticas institucionais e gestão de pessoas, o conhecimento representa uma enorme força, capaz de realizar mudanças na organização e nos indivíduos. Destacam ainda que as mudanças devem ser ágeis, contínuas e adequadas às diversas necessidades do ambiente hospitalar.

Os entrevistados do Hospital C afirmam que vivenciam ...

[...] um período marcado por constantes mudanças e aumento da competitividade entre as empresas. Assim, cada vez mais as organizações hospitalares precisam investir em pesquisa e desenvolvimento atrelado a experiência e conhecimentos dos colaboradores para acompanhar as mudanças e responder de forma ágil as demandas do mercado (Informação verbal).

No que se refere à autonomia das pessoas, os entrevistados dos hospitais A, B e C evidenciam que no “atual contexto organizacional marcado pela agilidade nas constantes mudanças e aumento da competitividade, as organizações passaram a depender mais da experiência e conhecimento dos colaboradores”.

Nesse contexto, a autonomia para os colaboradores ganha destaque na gestão do conhecimento, pois, para os entrevistados, o processo decisório deve ser menos hierárquico e mais linear, contribuindo para o propósito maior da organização, que é o bem-estar das pessoas.

Especificamente, os entrevistados do hospital D afirmaram que “para garantir a autonomia dos colaboradores, primeiro é importante mapear os conhecimentos dos colaboradores por meio das formações e a área de atuação e formar grupos ou equipes de trabalhos para enfrentar as mudanças constantes no setor da saúde e gerar resultados efetivos para a organização”.

Já em relação ao treinamento e à educação continuada, os dados coletados indicam que uma equipe bem treinada, com formação contínua e domínio de técnicas inovadoras, contribui para o processo de tomadas de decisão e para que ações mais adequadas sejam colocadas em prática, principalmente no que se refere à saúde dos pacientes. Os entrevistados no nível tático enfatizam que as instituições incentivam e apoiam os colaboradores no processo de educação continuada, incentivando, desse o transbordamento de conhecimento.

Para os diretores dos hospitais A, B e C, o treinamento e a educação continuada estão associados à exploração de competências e ao direcionamento

para as tomadas de decisão. Consideram ainda que todos os colaboradores da organização hospitalar da qual são gestores “são responsáveis por produzir o conhecimento, independentemente da função que exercem, a partir de experiências adquiridas diariamente ao longo do trabalho”.

Os trechos de entrevistas a seguir ajudam a elucidar a importância dos treinamentos e da educação continuada, associados à exploração de competências:

Os treinamentos contínuos são ferramentas importantes para gerar novos conhecimentos na equipe e contribuir para as competências já existentes e prepará-los para as futuras adversidades do mercado. Foi por meio do incentivo a educação que conseguimos enfrentar e estamos enfrentando a pandemia do Covid-19 com mais competência, pois está sendo um período de grandes desafios para toda a equipe (Entrevistado do Hospital E – informação verbal).

O entrevistado do hospital A complementa:

Quando iniciamos o incentivo para que os nossos colaboradores continuassem estudando e aprimorando as suas competências tivemos um salto de qualidade na prestação de serviço. E, assim, posso afirmar que a gestão do conhecimento foi um diferencial para nos destacarmos no mercado aqui da nossa região. Enquanto nossos concorrentes estão focando em preço dos planos, nós focamos em aprimorar nossa equipe para fornecer o melhor atendimento (Entrevistado do Hospital A – informação verbal).

O entrevistado do hospital E também afirma que “treinamentos corporativos, juntamente com o incentivo para que os colaboradores procurem uma formação continuada auxiliam a instituição na formação de novos líderes, sem a necessidade de buscá-los no mercado de trabalho”.

A gestão do conhecimento também está associada ao compartilhamento de conhecimento de forma transparente. Os dados coletados indicam que há diferentes níveis de compartilhamento do conhecimento. Um desses níveis está relacionado ao um grupo de cooperados dos hospitais A, B e C, que discute o posicionamento institucional, e outro está atrelado às discussões sobre a relação hospital, paciente e família. Todavia, os entrevistados enfatizam que “essa troca deve ser clara e transparente entre os envolvidos; só assim contribuirá para melhorias nas organizações hospitalares”.

Para os entrevistados dos hospitais D e E, a gestão do conhecimento está relacionada com “a troca de experiências entre os colaboradores, gestores e, por

vezes, com consultores externos, assim contribuindo para o desenvolvimento de competências das lideranças”.

Complementando, os entrevistados do hospital C destacam que “vários médicos gravam vídeos com o intuito de disseminar conhecimento para a população da região em que o hospital está inserido, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos”. Todavia, foi evidenciado que “um fator limitante do compartilhamento do conhecimento é o comportamento humano, pois, por vezes, os colaboradores têm receio de transmitir o conhecimento e perder sua posição na organização”.

Por último, foi identificado nas entrevistas a implantação da *jobrotation* (rotação de trabalho) como uma das estratégias de gestão do conhecimento. Conforme os entrevistados do hospital A, “a organização hospitalar determina um rodízio de setores e funções entre os colaboradores, assim, auxiliando a criação de novos conhecimentos”.

4.1.2 Análise da Classe Inovação nas Organizações Hospitalares

A classe ‘Inovação nas Organizações Hospitalares’, apresentada na Figura 13, representa o agrupamento formado pelas palavras que aparecem com maior frequência nas entrevistas e contribuem para a compreensão das narrativas sobre inovação da amostra analisada pelo estudo.

Figura 13 – Teste de Similitude – Classe Inovação nas Organizações Hospitalares



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados por meio do *software* IRAMUTEQ.

Percebe-se que, para os entrevistados, a Inovação nas Organizações Hospitalares está relacionada com automação, mudança, organização mais digital, informação, ideia, valor, comunicação, modernização, desafio, determinação, visão, adaptação, criatividade, serviço, novidade e pandemia de Covid-19.

Observou-se que a inovação é um fator central nas organizações hospitalares estudadas, constituindo uma das bases da gestão estratégica, orientando questões fundamentais sobre como estabelecer uma vantagem competitiva e como garantir a modernização da empresa. Verificou-se que os hospitais foram construídos de acordo com uma planta planejada, com equipamentos de ponto e uma equipe qualificada que promove mudanças constantes nos processos.

Para o entrevistado do hospital A,

[...] a inovação é um processo contínuo na área da saúde, ou seja, inovação e saúde andam juntas. A pandemia de Covid-19 nos mostrou isso. Rapidamente mudamos processo e protocolos. Além dos avanços para a criação da vacina contra a Covid-19 que só foi possível porque houve determinação, visão, criatividade, comunicação e troca de informações de várias entidades da área da saúde e instituições de ensino (Informação verbal).

Já o entrevistado do hospital E afirma que “a área da saúde precisa passar por modernizações constantes e esse é o grande desafio. Por isso relacionamos as inovações com os treinamentos contínuos”.

Essas mudanças nos processos ficaram mais evidentes no período da pandemia de Covid-19. Os entrevistados destacam que as inovações realizadas não se restringiram aos equipamentos, mas também atingiram a forma de trabalho dos colaboradores, com novos procedimentos no atendimento do paciente, distanciamento e incorporação da equipe de fisioterapia respiratória, entre outros. Os trechos das entrevistas a seguir destacam a importância da inovação para as organizações estudadas:

Somos pioneiros na nossa região, dada a nossa infraestrutura de ponta. Entretanto, a pandemia da Covid-19 nos fez ser mais inovadores e valorizar ainda mais o conhecimento dos nossos colaboradores. Com o alto grau de conhecimento dos nossos colaboradores, conseguimos equilibrar o risco da alta contaminação e garantir a qualidade da prestação de serviços com novas técnicas de segurança na área da saúde (Entrevistado do Hospital B- informação verbal).

Os entrevistados do hospital E complementam afirmando que *[...] a introdução da oximetria de pulso na verificação de check-list do paciente foi uma das grandes mudanças e um processo de adaptação no atendimento dos pacientes, caracterizando uma inovação na nossa área.*

Outra mudança evidente no processo de atendimento do hospital durante a pandemia de Covid-19 foi a inclusão de um profissional de comunicação. Para os entrevistados dos hospitais B e D, as tecnologias da informação contribuíram para o contato entre o corpo médico e os familiares no período pandêmico. Esses profissionais complementam afirmando que ...

[...] o profissional de comunicação contribuiu para a clareza das informações e permitiu que os boletins médicos fossem transmitidos em diferentes formatos, tais como mensagens de texto, fotos e vídeos. Pode-se observar também que a tecnologia ajudou no compartilhamento e gestão do conhecimento, ao armazenar o histórico de conversas, disponibilizar documentos e conectar diferentes plataformas, simplificando, assim, o acesso às informações. (Informação verbal)

Outra inovação identificada foi a inclusão de telemedicina, telessaúde e teleconsulta no período da pandemia de Covid-19. Os entrevistados dos hospitais A, B e C destacam que o tema “telemedicina era muito discutido em congressos da

área, todavia, não era permitida pelo Conselho de Medicina. Mas com a pandemia esse tipo de prestação de serviço precisou ser implementado”.

Os hospitais A, B e C possuem plataforma própria para a oferta de telemedicina e um canal com informações e orientações sobre a Covid-19 e outras doenças, que também traz informações e orientações visando a melhora da qualidade de vida da população. Os entrevistados deixam claro que os recursos da telessaúde estão sendo aplicados em diversas áreas nos hospitais A e C, nas áreas de Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia e Fisioterapia. O trecho da entrevista apresenta um comentário sobre essa inovação:

Os profissionais aderiram bem a essa nova metodologia de trabalho, e os pacientes também. A telemedicina é um caminho sem volta, como foi com o Uber. O Instituto Lóbus finalizou a primeira turma do curso de telemedicina e já abriu as inscrições para a segunda turma (Entrevistado do hospital C- Informação verbal).

Associado a telemedicina, telessaúde e teleconsulta, o entrevistado do hospital B destacou o uso do *podcast* para facilitar a disseminação do conhecimento sobre a Covid-19 para os clientes:

Uma inovação incorporada no período da pandemia foi a elaboração de *podcast* por médicos e enfermeiros. Esse canal ajudou a informar nossos clientes de procedimentos sanitários de combate ao vírus, como distanciamento, lavar as mãos, uso de máscara e álcool em gel, entre outros. Posso dizer que o *podcast* é uma grande ferramenta de disseminação do conhecimento entre os técnicos e pacientes, pois simplificou os termos técnicos e nos aproximou mais dos clientes. Essa inovação agregou valor à organização. (Informação verbal).

Ainda na classe Inovação nas Organizações Hospitalares, verificou-se que os hospitais A e C investiram em um modelo de hospital *paperless*, ou seja, investiu em tecnologias da informação e soluções que permitem realizar uma gestão sem papel. Os entrevistados ressaltam que “além de gerar economia e garantir mais agilidade aos processos, essa atitude representa uma preocupação com o meio ambiente”.

Já o entrevistado do hospital B enfatiza que “incluir novas tecnologias na gestão hospitalar é um grande diferencial, pois auxiliam na redução de falhas e riscos no processo, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes”.

No que se refere à organização mais digital, os hospitais A e C foram os primeiros de sua região a adotar o prontuário eletrônico e a automatização de processos, o que facilitou a continuidade no tratamento dos pacientes. Os trechos

das entrevistas a seguir trazem uma breve explicação sobre a organização mais digital e sem papel.

Fomos o primeiro hospital do Brasil a realmente funcionar sem papel. Na nossa região, foi o primeiro hospital a ter prontuário eletrônico. Então foi um desafio muito grande para incrementar essa inovação e fazer essa transformação. E desde então a gente vem trilhando esse caminho de ter uma organização mais digital (Entrevistado do Hospital C - Informação verbal).

O entrevistado do hospital A complementa afirmando que

Há muitos desafios, porque na saúde a tecnologia da informação ainda é muito limitada. Tem pouco display e é lento. Acho que esse é um dilema, um desafio. Então a gente vem quebrando isso com muita vontade e muita dedicação. O desafio agora é integrar consultórios, diagnósticos e hospitais dentro de um único sistema que nos permita ter transformação de valor para o cliente. Então o caminho agora é trabalhar com a inteligência artificial (Informação verbal)

O entrevistado do Hospital E afirma que

As inovações tecnológicas criam facilidades nas organizações hospitalares. A adoção do prontuário eletrônico e da automação do processo ajudam no processo de desburocratização do sistema hospitalar, agilizando o atendimento ao cliente e proporcionando mais bem-estar a todos (Informação verbal).

Todavia, apesar de serem observadas inovações nas organizações estudadas, os entrevistados deixam claro que há limitações para desenvolvê-las. A primeira é a questão política do país, com baixo incentivo para a inovação e a criatividade, e a segunda é a estrutura tradicional dos hospitais, que são pautados em regras e protocolos que, por vezes, bloqueiam a criatividade dos colaboradores. Mesmo diante desse cenário adverso, a organização hospitalar vem agregando inovação em todo o seu processo, conforme mencionado.

4.1.3 Análise da Classe – Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares

A Figura 14 apresenta as principais relações identificadas nas entrevistas por meio do Teste de Similitude, no que se refere à gestão do conhecimento nas organizações hospitalares.

Figura 14 – Teste de Similitude – Classe Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados por meio do *software* IRAMUTEQ

Observa-se que a gestão do conhecimento nas organizações hospitalares está relacionada com saúde, transformação, valorização, médico, centro de treinamento de simulação realística, promoção, equipe multidisciplinares, conexões, ambiente, gestão de pessoas, gerência de desenvolvimento de pessoas, reconhecimento, vida, cultura, trabalho e *jobrotation*.

No que se refere à gestão de pessoas, ficou clara com as entrevistas a implantação da *jobrotation* (rotação de trabalho) como estratégia de gestão do conhecimento, ou seja, as organizações de saúde analisadas determinam um rodízio de setores e funções entre os colaboradores.

Os entrevistados do hospital A exemplificam que “um enfermeiro irá trabalhar em todas as áreas (pronto atendimento, centro cirúrgico, unidades intensivas entre outras) para adquirir experiência, gerar novos conhecimentos e criar um ambiente amistoso entre os colaboradores”. Eles acrescentam que essa “foi uma das alternativas que ajudou no período da pandemia quando houve afastamento dos funcionários, devido à contaminação por Covid-19”.

No Hospital E, *ajobrotation*, conforme afirmam os entrevistados, “contribuiu para a formação de agentes multiplicadores de conhecimento, valorizando os colaboradores”. Já o entrevistado do hospital D afirma que “esse tipo de ação contribuiu na melhoria da comunicação no ambiente de trabalho, formou equipes multidisciplinares e melhorou a prestação de serviço”.

Outro ponto destacado pelos entrevistados é que a gestão de pessoas dos hospitais está atrelada à cultura da organização, que é voltada à promoção de saúde e bem-estar aos pacientes e de trabalho, renda, valorização e promoção aos cooperados.

Deste modo, o entrevistado do hospital C afirma que “criou-se a cultura de disseminação do conhecimento hospitalar por meio de elaboração de fóruns, onde todos os colaboradores das áreas técnicas conseguem discutir de forma livre novas soluções para a instituição”.

No hospital D, o entrevistado evidencia que “a área de assistência e acolhimento das famílias auxiliam no levantamento de informações do atendimento, ajudando a equipe técnica a ofertar a melhor prestação de serviço”. O entrevistado complementa que “essa é uma cultura que estamos fomentando diariamente aqui no hospital, com o intuito de disseminar o conhecimento”.

Com o intuito de aprimorar a gestão de pessoas e gerar conhecimento, criou-se, no hospital C, o Departamento de Gerência de Desenvolvimento de Pessoas, responsável pelo treinamento constante tanto da equipe funcional do hospital como dos médicos associados. O trecho da entrevista a seguir apresenta a importância da gerência de desenvolvimento de pessoas:

Uma característica importante no Hospital C é a cultura forte de treinamento. Independentemente da crise, a gente nunca tira investimento de pessoas porque a gente entende que o grupo funcional bem formado pode superar qualquer situação e garantir a perenidade e o desenvolvimento da empresa. Temos uma política de investimentos na formação individual, ajudando no pagamento de pós-graduação. Temos também uma política de treinamento anual baseada nas nossas necessidades, levantamento e treinamento baseada no planejamento estratégico e agora, no último ano, a gente realmente criou uma gerência dedicada a desenvolvimento de pessoas. Então é um movimento onde a gente trabalha fortemente cultura e desenvolvimento (Informação verbal).

Em 2014, o hospital C montou um centro de treinamento de simulação realística que é referência na região. O entrevistado destaca que, em 2019, esse centro foi transformado no Instituto Lóbus de treinamento, ensino e pesquisa do hospital. Esse instituto tem a premissa conectar conhecimento, desenvolvimento de pessoas e gestão. O trecho da entrevista a seguir explica a importância do Instituto Lóbus:

O Instituto Lóbus, na verdade, é um braço de negócio que nos permitiu alto desenvolvimento e também leva para o mercado aquilo que a gente faz de

bom dentro do hospital. Como é feita a troca de conhecimento e a atualização nos diversos níveis hierárquicos do hospital. Então por causa da pandemia de Covid-19, por exemplo, estamos hoje desenvolvendo uma série de cursos online que fica disponível para os colaboradores. O colaborador conta com uma programação de cursos online atrelado a sua área e poderá acessar a qualquer momento. Ao finalizar o curso, o colaborador recebe um certificado e uma pontuação no programa de desenvolvimento pessoal (Informação verbal).

Os entrevistados finalizam afirmando a gestão do conhecimento na organização hospitalar é de fundamental importância. Todavia, o conhecimento deve gerar valor e transformação, ou seja, os colaboradores devem utilizar o conhecimento agregando valor e perpetuando-o para outros indivíduos, transformando todos os processos da organização, contribuindo, assim, para a preservação da vida dos pacientes.

4.1.4 Análise da Classe – Desenvolvimento Regional em Saúde

A última classe analisada foi ‘Desenvolvimento Regional em Saúde’. Para tanto, realizou-se o teste de similitude por meio do Atlas-ti para observar as associações entre as palavras, conforme apresentado na Figura 15.

Figura 15 – Teste de Similitude – Classe Desenvolvimento Regional em Saúde



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados coletados, por meio do *software* IRAMUTEQ.

Com base nas entrevistas dos dez gestores de cinco organizações hospitalares, observou-se que o desenvolvimento regional em saúde está associado a qualidade, vida, política, hospital público e privado, acreditação, tratamento de alta complexidade, fator estratégico, bem-estar, sustentabilidade, indicadores e região. No que se refere ao fator estratégico, observou-se que está associado à ONA (Organização Nacional de Acreditação). Para os entrevistados dos hospitais A, B e C,

[...] a acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização hospitalar precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente (Informação verbal).

Ainda quanto ao fator estratégico, observa-se a valorização da equipe multiprofissional, contribuindo para a formação de novos conhecimentos e gerando inovações. Com a formação de comitês, as organizações diminuem o distanciamento entre os colaboradores e aumentam a disseminação do conhecimento.

Para o entrevistado do hospital A,

[...] as equipes multiprofissionais foram essenciais na pandemia e hoje usamos isso como um fator estratégico no hospital. A união de profissionais de diversas áreas do conhecimento contribuiu para a melhoria da prestação

de serviço, gerando o desenvolvimento das nossas atividades e gerando qualidade de vida dos clientes, o que pode gerar o desenvolvimento da nossa região (Informação verbal).

Outro ponto enfatizado pelos entrevistados do hospital B e C é a promoção de sustentabilidade ambiental, com a mudança nos processos e a contribuição para o desenvolvimento regional. O trecho da entrevista a seguir denota a importância da sustentabilidade nas organizações hospitalares e o desenvolvimento regional:

Quando implementamos o prontuário eletrônico, tínhamos a intenção de otimizar o processo e reduzir custo. Estamos, no primeiro momento, pensando na sustentabilidade econômica. Mas, com o passar o tempo, observou-se que reduzimos muito a utilização de papel em todo o processo e geramos menos lixo administrativo e nos demos conta da nossa contribuição para o meio ambiente. Começamos a verificar que isso gerou valor para o hospital, pois fomos vistos como uma organização ambientalmente responsável. Além de reduzirmos o tempo de espera dos pacientes, o que proporcionar o melhor conforto no momento tão delicado. Ai, percebemos que também estávamos cumprindo o nosso papel social. Deste modo, posso afirmar que o nosso hospital gera contribuições econômicas, sociais e ambientais para a região (Entrevistado do hospital C – Informação verbal).

As entrevistas revelaram que as organizações hospitalares analisadas geram indicadores para mensurar a sustentabilidade da empresa. Os entrevistados dos hospitais B e C enfatizam que “após a implementação de indicadores, os hospitais conseguiram reduzir custos, reduzir os desperdícios de materiais e melhorou a prestação de serviços aos pacientes”.

Por último, analisou-se o papel da organização hospitalar no desenvolvimento da região. Para o entrevistado, “o hospital C é um dos poucos hospitais com acreditação da região e é um polo de referência para a região das Agulhas Negras da região Sul Fluminense no que se refere à saúde, incorporando inovações na prestação de serviço, valorizando o profissional da saúde e levando bem-estar social”.

Os hospitais A e C são referências, nas regiões em que estão inseridos, em tratamentos de alta complexidade, tais como tratamento oncológico, transplante de fígado e cirurgias cardíacas, entre outras. Os entrevistados destacam que “os hospitais atendem toda a região e têm parceria com unidades de outras organizações hospitalares, o que leva à melhoria do bem-estar dos pacientes”.

Por último, os hospitais D e E, para os entrevistados, “são organizações referências em qualidade no atendimento hospitalar e inovação na Região

Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte”, tornando-se assim referência para toda a região e proporcionando qualidade de vida para a população.

Resumidamente, pode-se inferir, com base nos dados fornecidos pelos entrevistados, que a gestão do conhecimento das organizações hospitalares, atrelado à inovação principalmente nos processos, gera qualidade de vida para os pacientes, o que promove o desenvolvimento regional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação tem como objetivo geral compreender a gestão do conhecimento, sua aplicação nos processos de inovação tecnológica nas organizações hospitalares e sua utilização nas estratégias de prestação de serviço, na percepção de seus gestores. Para que esse objetivo geral fosse alcançado, alguns objetivos específicos foram estabelecidos para nortear o estudo. Os objetivos específicos foram alcançados mediante a análise dos dados, como visto ao longo do presente trabalho.

A relação entre a gestão do conhecimento e a inovação em saúde nas organizações hospitalares pôde ser identificada quando se observou que a gestão do conhecimento, por meio de treinamentos, educação continuada, compartilhamento do conhecimento, gestão das pessoas e autonomia dos colaboradores, está associada ao desenvolvimento da inovação nas organizações da saúde, principalmente, em momentos adversos como a pandemia do Covid-19.

Na análise do posicionamento da gestão hospitalar frente às novas tendências de tecnologias digitais, as organizações hospitalares estudadas demonstraram que quando investem na transformação de hospitais mais digitais, com a inclusão de prontuários eletrônicos e a automação de protocolos, há melhora na segurança dos pacientes, conforme se verifica nas declarações dos entrevistados.

Outro ponto que merece destaque são as tendências relacionadas à telemedicina. Devido à pandemia de Covid-19, todos os gestores evidenciaram que a inclusão da telemedicina na rotina do hospital proporcionou melhorias na qualidade de vida dos pacientes e criação de valor para as organizações hospitalares.

As ações estratégicas de recursos humanos para a retenção do conhecimento utilizadas pelas organizações hospitalares que participaram desta pesquisa foram treinamentos e educação continuada, inclusão de treinamentos *online*, exploração de competências dos colaboradores, *jobrotation*, valorização da autonomia dos colaboradores e criação de um centro de treinamento de simulação realística.

Diante do exposto, pode-se concluir que nas organizações hospitalares analisadas há uma relação entre a gestão do conhecimento e a implementação e o desenvolvimento de inovação. Todavia, o setor de saúde enfrenta desafios que lhe são típicos e que influenciam na gestão do conhecimento frente à inovação na saúde.

É o caso, por exemplo, da forte divisão profissional encontrada no setor e da influência da esfera política. Assim, esses desafios precisam ser considerados quando do empreendimento de iniciativas de gestão do conhecimento e de inovação em hospitais.

Para contribuir com o desenvolvimento dos conceitos de gestão do conhecimento frente à inovação em saúde, este estudo deixa sugestões para futuras pesquisas, como: inclusão de outras percepções também importantes para a gestão do conhecimento e inovação, como a de médicos e enfermeiros, entre outros, replicação do estudo em outros municípios do Brasil e proposta de um modelo conceitual de gestão do conhecimento frente à inovação em saúde em organizações hospitalares.

A análise realizada possibilita afirmar que o estudo da gestão do conhecimento frente à inovação em saúde, na percepção dos gestores, foi bastante enriquecedor, tendo produzido uma documentação que pode ser útil tanto para pesquisas futuras sobre o assunto como também para o desenvolvimento de novas soluções para as organizações hospitalares.

REFERÊNCIAS

- ABIIS - Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde. **Saúde 4.0**. Disponível em: <https://abiis.org.br/> Acesso em: 15 out. 2019.
- ALENCAR, C. M. M.; FONSECA, J. J. S. **Gestão do conhecimento**. São Paulo: INTA, 2015. Disponível em: <http://md.intaead.com.br/geral/gestao-do-conhecimento/pdf/gestao-do-conhecimento.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295> Acesso em: 15 out. 2019.
- ALONSO, L. B. N. *et al.* Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão e Conhecimento**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. ISSN: 2236-417X. Acesso em: 15 out. 2019.
- ALVES, E. D. **O agir comunicativo e as propostas cuniculares da enfermagem brasileira**. Pelotas: Ed. Universitária I UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000. 199 p. (Série Teses em Enfermagem, 24). Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/33529726.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- ALVES, L. Planejar para desenvolver o regional e o local: fácil de dizer, mas difícil de fazer. **Economistas**, n. 29, jul./set. 2018. Disponível em: cofecon.org.br/downloads/revistas/2018/setembro.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-51, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000300007> Acesso em: 15 out. 2019.
- ANATAN, L. Conceptual Issues in University to Industry Knowledge Transfer Studies: A Literature Review. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 211, p. 711 – 717, 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815054300> Acesso em: 24 out. 2019.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Espaço do Consumidor**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planosde-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor>. Acesso em: 20 out. 2019.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Quem somos**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos> Acesso em: 20 out. 2019.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 53**, de 4 de dezembro de 2015. (Publicada em DOU nº 233, de 7 de dezembro de 2015) (Republicada em DOU nº 234, de 8 de dezembro de 2015). Disponível em: portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3295768/%281%29RDC_53_2015_COMP.pdf/d38f507d-745c-4f6b-a0a6-bd250f2e9892. Acesso em: 23 out. 2019.

ARBIX, G. **Estratégias de inovação para o desenvolvimento**. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ts/v22n2/v22n2a09.pdf> Acesso em: 23 out. 2019.

AZAGRA-CARO, M. J. *et al.* Dynamic interactions between university-industry knowledge transfer channels: A case study of the most highly cited academic patent. **Research Policy**, v. 46, n. 2, p. 463-474, 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048733316302013> Acesso em: 28 out. 2019.

AZEVEDO, P. F. *et al.* A cadeia de saúde suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Propostas de Políticas. **White Paper**, n.1, maio 2016. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

BAHIA, L. *et al.* Compras governamentais: as mãos visíveis do Estado para a inovação. *In*: COSTA, L. S.; BAHIA, L.; GADELHA, C. A. G. (org.). **Saúde, desenvolvimento e inovação**. v. 1. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2015. p. 311-44.

BAHIA, L.; COSTA, L. S. **Inovação nos Serviços de saúde: Geração e Trajetórias**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2015. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/9-PJSSaudeAmanha_Texto0009_A4_05-11-2015.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. **O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe3/158-171/>. Acesso em: 8 mar. 2020.

BANDEIRA, G. F. S. **Influência de determinantes sociais no estado nutricional de idosos assistidos na atenção básica em uma comunidade do Recife**. 63 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <https://attena.ufpe.br/bitstream/123456789/25116/1/DISSERTAÇÃO%20GeorgiaFerreira%20da%20Silva%20Bandeira.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BARBASH, G. I.; GLIED, S. A. New Technology and Health Care Costs: The Case of Robot-Assisted Surgery. **The New England Journal of Medicine**, 2010.

Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1006602> Acesso em: 15 out. 2019.

BARKER, D. J. *et al.* Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. **Lancet**, v. 2, n. 8663, p. 577-580, 1989. Disponível em: doi: 10.1016/s0140-6736(89)90710-1 Acesso em: 15 out. 2019.

BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012> Acesso em: 15 out. 2019.

BATISTA, F. F. **Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira**: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão. Brasília: IPEA, 2012. Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/754>

Acesso em: 28 out. 2019.

BATISTA, R. C. S.; KAMIMURA, Q. P.; CARNIELLO, M. F. Territórios midiáticos da TV aberta no estado de São Paulo e sua relação com o desenvolvimento regional.

Parágrafo, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 135-147, set./dez. 2018. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recifoi/article/view/849/602>. Acesso em: 28 out. 2019.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BORGES, L. J. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201200080001981232011001000012>

Acesso em: 15 out. 2019.

BESSANT, J.; TIDD, J. **Inovação e empreendedorismo**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

BITTAR, O. J. N.; BICZYK, M.; SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z.; DE MOURA, M. M. N. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.28381232011001000012> Acesso em: 15 out. 2019.

BONANDER, C. *et al.* Universities as engines for regional growth? Using the synthetic control method to analyze the effects of research universities. **Regional Science and Urban Economics**, v. 60, p. 198–207, 2016. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166046216301041> Acesso em: 24 out. 2019.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 44-60 jan./mar.2018. Disponível em: <http://goo.gl/94pFMs>.

Acesso em: 24 out. 2019.

BOSE, R. Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision support. **Expert Systems with Applications**, v. 24, n. 1, p. 59-71, 2003. Disponível em: DOI:10.1016/S0957-4174(02)00083-0 Acesso em: 15 out. 2019.

BRANCO, W. C. O software educacional na prática docente: um olhar da teoria da atividade. **Em Teia - Revista de Educação Matemática e Tecnológica Iberoamericana**, Recife, v. 2, n. 3, p. 1-25, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/emteia/article/view/2178/1749>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRANDÃO. C. A. **Território e desenvolvimento**: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas: Unicamp, 2012.

BRADFORD, N. K., CAFFERY, L. J., SMITH, A. C. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. **Rural Remote Health**, v. 16, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27744708/> Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior 2010**. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vtrtlz8_YEJ:portal.mec.gov.br/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D9332%26Itemid+%26cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/sn/2006/decreto-35974-13-marco-2006-541453-norma-pe.html> Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <https://goo.gl/wy2Etz>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**: eixo 1. Brasília (DF), 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, v.1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://goo.gl/EVv6Dw>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus** [em 2020 maio 27]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388> Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.554, de 28 de outubro de 2011**. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o componente de informatização e telessaúde Brasil Redes na atenção básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13625.html> Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.072, de 31 de agosto de 2011**. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072_31_08_2011.html Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388> Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 2. ed. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <https://goo.gl/uH4Ypu>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 15 out. 2019.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 467-474, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0467.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> Acesso em: 15 out. 2019.

CAFFERY, L. J. Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: a scoping review. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 22, 2016. Disponível em: [doi: 10.1177/1357633X16670495](https://doi.org/10.1177/1357633X16670495). Acesso em: 15 out. 2019.

CALDAS, M.; P.; WOOD JR, T. Identidade Organizacional. **Revista de Administração de Empresas EAESP/ FGV**, São Paulo, v.37, n.1, p.6-17. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v37n1/a02v37n1.pdf>. www.fgv.br/rae/artigos/revista-rae-vol-37-num-1-ano-1997-nid-46438/ Acesso em: 20 set. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2013. P – 18. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 04 nov. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf> Acesso em: 04 nov. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. *et al.* Direito à saúde: O Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 261-266, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0409>. Acesso em: 15 out. 2019.

CANONGIA, C. *et al.* Foresight, inteligência competitiva e gestão do conhecimento: instrumentos para a gestão da inovação. **Gestão e Produção**, v. 11, n. 2, p.231-238,

2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/gp/v11n2/a09v11n2.pdf> Acesso em: 23 out. 2019.

CARTONI, D. M. Gestão do conhecimento como ferramenta de estratégia organizacional. **Revista KROTON**, v. 10, n. 12. pp. 96-105, 2015. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/rcger/article/viewFile>. Acesso em: 23 out. 2019.

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf> Acesso em: 23 out. 2019.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede - a era da informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. Vol. 1.

CASTRO, A. B. C.; BRITO, L. M. P. Gestão do conhecimento: como as organizações públicas do Brasil percebem esse modelo? **Revista Gestão Industrial- RGI**, v. 12, n. 02, p. 59-72, 2016. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/3559>. Acesso em: 12 set. 2019.

CAVALCANTI, M. C. B.; BALCEIRO, R. B.; GOMES, E. B. P. **A prática da Gestão do Conhecimento em Empresas Públicas**. Rio de Janeiro: E-papers, 2002.

CEGARRA-NAVARRO, J. G; CEPEDA-CARRIÓN, G. How to implement a knowledge management program in hospital-in-the-home units. **Leadership Health Services**, v. 4, n. 23, p. 46-56, 2010. Disponível em: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=487585> Acesso em: 15 out. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2007.

CHERMAN, A.; ROCHA-PINTO, S. R. Valoração do conhecimento nas organizações e sua incorporação nas práticas e rotinas organizacionais. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios - RBGN**, v. 18, n. 61, p. 416-435, jul./set. 2016. Disponível em: DOI: 10.7819/rbgn.v18i61.2966. Acesso em: 20 set. 2019.

CHEMIN, B. F. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. 3.ed. Lajeado: Univates, 2015.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set./out. 2005. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033 Acesso em: 20 set. 2019.

COMBI, C.; POZZANI G; POZZI G. Telemedicine for developing countries: a survey and some design issues. **Applied Clinical Informatics**, v. 7, p. 1025-1050, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27803948/> Acesso em: 15 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Perguntas Frequentes** [Resolução nº 1.974/2011]. 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/publicidademedica/imprimir/perguntasfrequentest_imprimir.html. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002**. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Diário Oficial da União: seção I, Brasília, DF, p. 205, 26 ago. 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2010. Disponível em: http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.974, de 14 jul. 2011**. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Diário Oficial da União: seção I, Brasília, DF, p. 241-244, 19 ago. 2011. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2011/1974_2011.htm. Acesso em: 10 jul. 2020.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200005> Acesso em: 15 out. 2019.

COSTA, L. S. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, 2016. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016001402004&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19 out. 2019.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blücher, 1977. 264 p.

CRAWFORD, R. **Na era do capital humano**: o talento, a inteligência e o conhecimento como forças econômicas - seu impacto nas empresas e nas decisões de investimento. São Paulo: Atlas, 1994.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Percepção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 5, p.75-83, abr./mai./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14065>. Acesso em: 15 out. 2019.

CUNHA, F. J. A. P.; RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, H. B. B. Técnicas de Gerenciamento de Informações em uma rede de Hospitais. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.19, n.1, p.22-36, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-99362014000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2019.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DAROS, R. F. *et al.* A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2016.v26n2/525-547/pt>. Acesso em: 20 out. 2019.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DAVILA, G. A. *et al.* O ciclo de gestão do conhecimento na prática: um estudo nos núcleos empresariais catarinenses. **International Journal of Knowledge Engineering and Management**, v. 2, n. 3, p. 43-64, fev. 2015. Disponível em: <http://goo.gl/s5CjXy>. Acesso em: 23 out. 2019.

DEL CURA, M. L. A.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n. 4, p. 21-28, out. 1999. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1388> Acesso em: 23 out. 2019.

DI NAUTA, Primiano *et al.* Reflections on the role of university to face the challenges of knowledge society for the local economic development. **Journal of the Knowledge Economy**, p. 1-19, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13132-015-0333-9> Acesso em: 23 out. 2019.

DINIZ, C. C.; CROCCO, M. **Economia regional e urbana: contribuições teóricas recentes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

DINIZ, C. C.; VIEIRA, D. J. Ensino Superior e Desigualdades Regionais: notas sobre a experiência recente do Brasil. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 36, n.129, p.99-115, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/ojs/index.php/revistaparanaense/article/view/767> Acesso em: 28 out. 2019.

DRUCKER, P. **A sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneira, 1999.

Du TOIT, M. *et al.* Use of telehealth in the management of non-critical emergencies in rural or remote emergency departments: a systematic review. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 25, p. 3-16, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28980853/> Acesso em: 15 out. 2019

DURÃO, I. L.; MEIRIÑO M. J.; MÉXAS, M. P. Inovação em serviços de saúde a partir do Teste Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) associado à análise de redes sociais (ARS). **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 277-291, jul./set. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29182>. Acesso em: 25 set. 2019.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. Gestão Hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando o aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p.1895-1904, 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601895&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 set. 2019.

FELISBERTO, E. *et al.* Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 387-399, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0387.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

FÉLIX, C. J.; LEITÃO, H. A. **Recursos tecnológicos utilizados na transferência de conhecimento em organizações hospitalares da Região Sul do Brasil.** Disponível em: http://admpg.com.br/2019/trabalhosaprovados/arquivos/06262019_000638_5d12ec42a288f.pdf Acesso em: 03 abr. 2021.

FERNANDES, A. M. *et al.* Identificação das inovações: estudo de caso em unidades hospitalares. **RAHIS**, v. 13, n. 3, 2016. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/22-35>. Acesso em: 15 out. 2019.

FERNANDES, F. M. B. *et al.* Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n.8, p. 2547-2554, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n8/2547-2554/pt>. Acesso em: 10 out. 2019.

FERREIRA, J. *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.1, p.69-79, 2018. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902018170296. Acesso em: 20 out. 2019.

FERREIRA, V. R. S. *et al.* Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1207-1227, set./out. 2014. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121602>. Acesso em: 14 out. 2019.

FIRJAN. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Cadernos SENAI de Inovação. Panorama da Inovação. **Indústria 4.0: Internet das Coisas**. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=2C908A8A555B47F01557E033FAC372E&inline=1>. Acesso em: 18 out. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRANCO NETTO, G. *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência e Saúde**

Coletiva, v. 22, n. 10, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017> Acesso em: 15 out. 2019.

FREITAS, A. C. C. **Redes sociais e comunitárias em idosos obesos residentes em Brasília-DF**. 2016. 29 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/15383>. Acesso em: 12 jan. 2019.

FREITAS, M. C. D.; ARAÚJO, P. C.; LANZ, H. R. Estudos qualitativos e tecnologias aplicadas à gestão da informação e do conhecimento. **Revista AtoZ**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/80031>. Acesso em: 03 abr. 2021.

FREIXO, J.; ROCHA, Á. Arquitetura de Informação de Suporte à Gestão da Qualidade em Unidades Hospitalares. **RISTI – Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias da Informação**, n.14, pp.1-15, 2014.

FURTADO, C. **O capitalismo global**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1998.

FURTADO, C. **Dialética do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1964.

GADELHA, C. A. G.; BRAGA, P. S. C. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, sup. 2, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016001402002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 14 out. 2019.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

GERASIMOVA, V.; MOKICHEVA, S. The University as a Center of Concentration of Knowledge and Reproduction of the Intellectual Elite. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 191, p. 2618 – 2621, 2015. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815025252 Acesso em: 27 out. 2019.

GOMES, B. S. M.; BASTOS, S. Q. A.; FERES, F. L. C. **Espaços urbanos saudáveis e os determinantes sociais de saúde (DSS)**. 2016. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2161> Acesso em: 27 out. 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>. Acesso em: 12 jan. 2019.

GEREMIA, D. S. *et al.* Relações intergovernamentais para a gestão pública regional do SUS. In: JUNG, G. (org.). **Regulação do acesso e da atenção à saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 91-126.

GHERARDI, S. Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations. **Organization**, v.7, n. 2, p. 211-224,2000. Disponível em: OI:10.1177/135050840072001 Acesso em:15 out. 2019.

GOYEN, M., Debatin, J. F. Healthcare costs for new technologies. **European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging**, v.36, dez. 2008. Disponível em: doi: 10.1007/s00259-008-0975-y. Acesso em:15 out. 2019.

HANSEN, M.; NOHRIA, N.; TIERNEY, T. What is your strategy for managing knowledge? **Harvard Business Review**, v. 77 n.2, p.106-116, mar./abr.1999. Disponível em: <https://cutt.ly/ankNWry> Acesso em:15 out. 2019.

HARZHEIN, E. *et al.* **Guia de Avaliação, implantação e Monitoramento de Programas e Serviços em Telemedicina e telessaúde**. 2020. 82 fls. Disponível em: http://www.rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

HOFFMAN, W. A. M. Gestão do conhecimento e da informação em organizações baseados em inteligência competitiva. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 45 n.3, p.31-43, set./dez. 2016. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/4045/3564>. Acesso em: 08 mar. 2020.

HWANG, S. Utilizing qualitative data analysis software: a review of Atlas.ti. **Social Science Computer Review**, Thousand Oaks, v. 26, n. 4, p. 519-527, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894439307312485> Acesso em:15 out. 2019.

KABIR, M. N. **Knowledge-Based Social Entrepreneurship: Understanding Knowledge Economy, Innovation, and the Future of Social Entrepreneurship**. Londres: PalgraveMacmillan, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta-satélite de saúde 2010-2013: contas nacionais**. Rio de Janeiro, 2015. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conta Satélite da Saúde 2010-2015**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O público e o privado no sistema de saúde: uma apreciação do projeto de Plano de Saúde** Acessível. 2018. Disponível em: repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8578/1/NT_47_Disoc_Público.pdf. Acesso em: 8 mar. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES DA CARREIRA DE PLANEJAMENTO E

ORÇAMENTO. **Cenas – Saúde no Brasil em 2035**. Brasil 2035: cenários para o desenvolvimento. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30156 Acesso em: 21 out. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Boletim Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Brasília (DF), n. 21, 20 set. 2013. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19835&Itemid=9 Acesso em: 8 mar. 2020.

JAENISCH, R.; BIRD, A. Epigenetic regulation of gene expression: how the genome integrates intrinsic and environmental signals. **National Genetics**, v. 33, p. 245-254, 2003. Disponível em: DOI: 10.1038/ng1089 Acesso em: 15 out. 2019.

JANNUZZI, C. S. C.; FALSARELLA, O. M.; SUGAHARA, C. R. Gestão do conhecimento: um estudo de modelos e sua relação com a inovação nas organizações. **Perspectivas em Ciência e Informação**, v. 21, n. 1, pp. 97-118, 2016. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-99362016000100097&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 out. 2019.

KAMIMURA, Q. P.; MOLINA, V. L. I. A programação pactuada integrada como instrumento de planejamento no contexto de regionalização da assistência à saúde. *In*: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7., E ENCONTRO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 4., 2004, São José dos Campos. **Anais [...]** São José dos Campos: UNIVAP, 2004. p. 1419 – 1421. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2004/trabalhos/epg/pdf/EPG4-13.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

LACERDA, J. T.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; MACHADO, N. M. V. Fatores de risco na gestação: riscos clínicos e sociais. **UNA-SUS**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/800>. Acesso em: 12 jan. 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. **Metodologia do Trabalho Científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo: Atlas. 1992.

LATOURETTE, B. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: EDUFBA/EDUSC, 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educsc, 2003.

LEVI, M. L.; MENDES, Áquilas. Gasto Total com Saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 8, p. 1 - 5, 24 maio 2015. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20008%202015%20-%2024%2005%202015.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000006&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 15 out. 2019

LIU, F. C. *et al.* Team innovation climate and knowledge sharing among healthcare managers: mediating effects of altruistic intentions. **Chang Gung Medical Journal**, v. 35, n. 5, p. 408-412, 2012. Disponível em: doi: 10.4103/2319-4170.105477. Acesso em: 15 out. 2019.

LUIZ, V. R. Uma agenda de eficiência para o SUS: financiamento do SUS. **Conass Debate**, Brasília, 26 abr. 2016. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/CONASS/conass-debate-painel-financiamento-umaproposta-de-reviso-da-forma-de-transferencia-dos-recursos-federais-fundoa-fundo-no-sus-portaria-2042007>. Acesso em: 15 out. 2019.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. *In*: OLIVEIRA, R.G. de; GABROIS V.; MENDES JR., W. V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, 2011. p. 47-72. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf> Acesso em: 12 out. 2019.

MADUREIRA, V. S. F. **A visão masculina das relações de poder no casal heterossexual como subsídio para a educação em saúde na prevenção de DST/AIDS**. 2005. 287 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102064> Acesso em: 10 out. 2019.

MALDONADO, J. *et al.* Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155615> Acesso em: 15 out. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018> Acesso em: 15 out. 2019.

MARCIANO, M. A.; VACCARO, G.; SCAVARDA, A. Qualidade de sistema de saúde pública: uma compreensão sistêmica no sul do Brasil. **Gestão e Produção**, v. 26, n.1, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-530X2019000100207&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 set. 2019.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Metodologia do Trabalho Científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. São Paulo: Atlas. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARKUS, M. L. Power, politics, and MIS implementation. **Communications of the ACM**, v. 26, p. 430-444. 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1145/358141.358148> Acesso em: 15 out. 2019.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARRONE, Patrícia Vêras. **Saúde 4.0** - Proposta para Impulsionar o ciclo das inovações em Dispositivos médicos (DMAs) no Brasil. 2015. Disponível em: <https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2016/10/Livro-saude-4.0.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

MASSARO, M.; DUMAY, J.; GARLATTI, A. Public sector knowledge management: a structured literature review. **Journal of Knowledge Management**, v. 19, n. 3, p. 530–558, 2015. Disponível em: DOI:10.1108/JKM-11-2014-0466 Acesso em: 15 out. 2019.

MASSUKADO-NAKATANI, M. S. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo: Amostragem**. 2009. Disponível em: <http://www.turismo.ufpr.br/drupal5/files/Aula%2022%20-%20Amostragem.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

MELLO, C. H. P. *et al.* Pesquisa-ação na engenharia de produção: proposta de estruturação para sua condução. **Produção**, v. 22, n. 1, p. 1-13, jan./fev. 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/prod/v22n1/aop_t6_0010_0155.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

MENDES, Á. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001)**. 2005. 422 f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>. Acesso em: 15 out. 2019.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO R. A. (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Ministério da Saúde, 2016. p.139-168. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/sus-31696> Acesso em: 15 out. 2019.

MIGUEZ, T. H. L. **Evolução da formação bruta de capital fixo na economia brasileira 2000-2013: uma análise multissetorial a partir das Matrizes de Absorção de Investimento (MAIs)**. 2016. 155 f. Tese (Doutorado em Economia da Indústria e da Tecnologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2016. Disponível em <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/PPGE/teses/2016/Thiago%20de%20Holanda%20Li%20Miguez.pdf> Acesso em: 11 out. 2019.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

MILHOMEM, P. M. *et al.* Uso do software IRaMuTeQ para tomada de decisão em priorização de problemas. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 9., 2019. **Anais [...]** Ponta Grossa: CONBREPPO, 2019. 10 p. Disponível em: http://aprepro.org.br/conbrep/2019/anais/arquivos/09302019_230931_5d92b5977a31f.pdf. Acesso em: 03 nov. 2020.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

MORAES, R. B. S. **Indústria 4.0: impactos sociais e profissionais**. São Paulo: Editora Blucher, 2020.

MUHR, T. ATLAS.ti: a prototype for the support of text interpretation. **Qualitative Sociology**, New York, v. 14, n. 4, p. 349-371, 1991. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00989645> Acesso em: 15 out. 2019.

MYLLÄRNIEMI, J. *et al.* Knowledge management practices in healthcare services. **Measuring Business Excellence**, v.16, n. 4, p. 55-65, 2012. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/13683041211276447> Acesso em: 03 nov. 2020.

NAG, R.; CORLEY, K. G.; GIOIA, D. A. The intersection of organizational identity, knowledge, and practice: Attempting strategic change via knowledge grafting. **Academy of Management Journal**, v. 50, n. 4, p. 821-847, 2007. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/20159892?seq=1> Acesso em: 15 out. 2019.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa-características, uso e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v.1, n.3, p.1-5, 1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Gestão do conhecimento**. Tradução de Ana Thorell. Porto Alegre: Bookman; 2008.

NONAKA, I. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. **Organization Science**, v. 5, n. 1, 14-37. 1994. Disponível em: www.jstor.org/stable/2635068. Acesso em: 01 jun. 2020.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação do Conhecimento na Empresa**. Rio de Janeiro: Campus. 1997.

NUNES, A. A. M.; HOFF, D. N.; ROSA, J. R. **Impactos indiretos das universidades nas regiões onde se inserem: discussões no âmbito internacional**. 2017. Disponível em:

https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181112/102_00190.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 out. 2019.

NUSKE, M. A. *et al.* A saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar crítico acerca da contribuição da saúde nas múltiplas escalas do desenvolvimento regional. **REDES- Revista do Desenvolvimento Regional**, Anais do VIII Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional (2017). 2017. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/issue/current/showToc>. Acesso em: 23 set. 2019.

OLIVEIRA, E. **Estudo de Caso**. 2017. p. 01-11. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=ESTUDOS+DE+CASO+DO+PROJETO+VALIDADE+DO+CONSTRUCTO&btnG= Acesso em: 09 out. 2019.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, jan./mar. 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-110420151040385. Acesso em: 14 out. 2019.

OLIVEIRA, K. C.; KAMIMURA, Q. P. As operações de crédito como forma de desenvolver projetos públicos. **Revista Univap**, v. 22, n. 40, Edição Especial 2017. Disponível em: ISSN 2237-1753 e DOI: 10.18066/revistaunivap.v22i40.1548. Acesso em: 28 out. 2019.

OLIVEIRA, N. M.; STRASSBURG, U.; PIFFER, M. Técnicas de pesquisa qualitativa: uma abordagem conceitual. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v. 17, n. 32, p. 87-110, 2017. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br> Acesso em 02 set. 2019.

OLIVEIRA, L. R.; CORTEZ, P. C.; CARVALHO, A. **Telemedicina e Interiorização do Ensino Médio**. Disponível em: <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/26.pdf>. Acesso em: 27 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Todos pela equidade. CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Rio de Janeiro, 19-21 de out 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-desau-de-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812. Acesso em: 10 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. [em 2020 maio 27]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>

index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 03 abr. 2021.

ORLIKOWSKI, W. J. Knowing in practice: Enacting a collective capability in distributed organizing. **Organization Science**, v. 13, n. 3, p. 249-273, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1287/orsc.13.3.249.2776> Acesso em: 01 jun. 2020.

PÁDUA FILHO, W. C.; CARVALHO, C. A. J.; MEIRA, B. M. Inovação como um desafio para as empresas de saúde: a experiência em hospital privado. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 11, n.2, p. 58-66 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v11i2.2008> Acesso em: 01 jun. 2020.

PÁDUA FILHO, W. C. *et al.* Inovação: uma ferramenta estratégica para a gestão de serviços do setor saúde. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12 n. 4. 2015.. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i4.2769>. Acesso em: 23 out. 2019.

PATRIOTTA, G. **Organizational knowledge in the making**: how firms create, use and institutionalize knowledge. New York: Oxford University Press, 2003.

PEDUZZI, M. E, Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016> Acesso em: 01 jun. 2020.

PEE, L. G.; KANKANHALLI, A. Interactions among factors influencing knowledge management in public sector organizations: A resource-based view. **GovernmentInformationQuarterly**, jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.giq.2015.06.002> Acesso em: 01 jun. 2020.

PEREIRA, R. Gestão do Conhecimento aliada ao crescimento organizacional: perspectivas à prática hospitalar. **Revista AtoZ**, v. 10, n. 1. 2021. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/75082>. Acesso em: 03 abr. 2021.

PEREIRA, T. F. **Metodologia para gerenciamento de projetos de simulação a eventos discretos baseada no PMBOK®**: pesquisa-ação em uma empresa de alta tecnologia. 2017. 196 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2017. Disponível em <https://repositorio.unifei.edu.br/jspui/handle/123456789/977> Acesso em: 18 out. 2019.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009> Acesso em: 01 jun. 2020.

PIMENTEL, V. P. *et al.* Saúde como desenvolvimento: perspectivas para atuação do BNDES complexo industrial da saúde. *In*: SOUSA, F. L. (org). **BNDES 60 anos**: perspectivas setoriais. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2012. p. 300-332.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da. Marco teórico-conceitual. *In*: PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 17-46.

PINTO, L. F. V.; NOSSA, V.; TEIXEIRA, A. Inovação: estratégia de competitividade e sustentabilidade na gestão hospitalar. **CONTEXTUS - Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, v. 13, n. 3, p. 216-243, set./dez. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37776>. Acesso em: 15 set. 2019.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1433-1448, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26662015> Acesso em: 01 jun. 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n.4, p. 318- 325, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>. Acesso em: 12 out. 2019.

POLEZA, M.; DÁVILA, G. A.; RIBEIRO JUNIOR, D. I. Gestão do Conhecimento no setor da saúde: mapeamento de ativos de conhecimento com o CommonKADS. **Navus-Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 10, p. 01-17, 2020. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/imprimir/58400> Acesso em: 01 jun. 2020.

PORTER, M. E. **Repensando a Saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRODANO, C. C. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale. 2013.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029> Acesso em: 01 jun. 2020.

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **Revista de Administração**, São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out./nov./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rausp/a/Lf3vVrcCpVKgnVsjChgcqfJ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 01 jun. 2020.

RAMOS, N. K.; YAMAGUCHI, C. K.; COSTA, U. M. Tecnologia da informação e gestão do conhecimento: estratégia de competitividade nas organizações. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 144-161, 2020. Disponível em: <https://proceeding.ciki.ufsc.br/index.php/ciki/article/view/704> Acesso em: 01 jun. 2020.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, jun. 2002. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222002000100007&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 out. 2019.

REBONATTO, C. S.; CERUTTI, P. Satisfação no trabalho: um estudo em uma instituição de ensino superior. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA AMÉRICA LATINA. Conhecimento: a alavanca do desenvolvimento, 2017. Ponta Grossa: ADM 2017. Disponível em: www.admpg.com.br. Acesso em: 27 out. 2019.

REIS, C. *et al.* Saúde = Healthcare. *In*: PUGA, F. P.; CASTRO, L. B. (org.). **Visão 2035**: Brasil, país desenvolvido: agendas setoriais para alcance da meta. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2018. p. 289-312. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/16281>. Acesso em: 12 out. 2019.

REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 87-124, set. 2016. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955> Acesso em: 01 jun. 2020.

RIBEIRO, K. V. **A relevância da atividade física com os diabetes**. 2018. Disponível em: www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/5_A_RELEVANCIA_DA_ATIVIDADE_FISICA_COM_OS_DIABETES.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

ROCA, O. **Manual de telemedicina para estudantes**. Facultad de Medicina Universidad de La Laguna. España, 1997. Disponível em: <https://www.uninet.edu/conganat/ICVHAP/conferencias/017/index.html> Acesso em: 10 jul. 2020.

RODRIGUES, A. K. S. *et al.* Desafios da gestão de hospitais públicos brasileiros no cenário da pandemia COVID-19. **HU Revista**, v. 46, p. 1-2, 2020. Disponível em: DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.30492. Acesso em: 03 abr. 2021.

RODRIGUES, J. L. K. *et al.* Gestão Hospitalar: economias de escala geradas por inovação tecnológica em um hospital na Região Metropolitana do Vale do Paraíba. **Perspectivas em Gestão e Conhecimento**, João Pessoa, v. 6, n. 2, p. 204-217, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. ISSN: 2236-417X. Acesso em: 13 out. 2019.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 4, n. 1, p. 15-23, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000100002> Acesso em: 01 jun. 2020.

ROSA, T. E. C. *et al.* Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 2982-2992, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001200019> Acesso em: 01 jun. 2020.

ROWLEY, J. The wisdom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. **Journal of Information Science**, v. 33, n. 2, p. 163-180, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0165551506070706> Acesso em: 01 jun. 2020.

SABBATINI, R. M. E. **A telemedicina no Brasil: Evolução e Perspectivas**. Disponível em: https://www.sabbatini.com/renato/papers/Telemedicina_Brasil_Evolucao_Perspectivas.pdf. Acesso em: 27 de maio de 2020.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Planaltina, mar. 2017. (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>. Acesso em: 04 nov. 2020.

SANCHES, O. M.; KAMIMURA, Q. P.; OLIVEIRA, E. A. A. Q. Parcerias público-privadas: aspectos conceituais e de Instituição no Brasil. **Latin American Journal of Business Management – LAJBM**, Taubaté, v. 8, n. 2, p. 237-256, jul./dez.2017. Disponível em: <https://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/view/433/210>. Acesso em: 28 out. 2019.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353> Acesso em: 01 jun. 2020.

SOUZA, R. F. C. **Planejamento estratégico**: proposta de modelo para a unidade clínica do IMT-RN. 2020. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Processos Institucionais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/30028> Acesso em: 18 out. 2019.

SCHMITZ, C. C. C.; HEINEMANN, I. T. S. B.; DURAND, M. K. A atuação dos profissionais da Atenção Primária acerca das práticas de promoção e dos determinantes sociais da saúde. **Revista Enfermagem Atual**, v. 86, 2018. Disponível em: DOI:10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.92 Acesso em: 01 jun. 2020.

SCHLESINGER, C. C. B. *et al.* **Gestão do conhecimento na administração pública**. Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2008. Disponível em http://www.gestaoebt.com.br/blog/wp-content/files_mf/gestao_conhecimento_adm_publica_ufpr_etpr.pdf Acesso em: 18 out. 2019.

SCHULTZ, C. C.; CORRÊA, K. I. D.; VAZ, S. M. C.; DE FÁTIMA COLET, C.; STUMM, E. M. F. Resiliência da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar com ênfase na pandemia COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/citationstylelanguage/get/acs-nano?submissionId=9466&publicationId=10596> Acesso em: 01 jun. 2020.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003> Acesso em: 01 jun. 2020.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 4, p. 166-172, out-dez. 2011. Disponível em: <http://publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/view/29> Acesso em: 01 jun. 2020.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF): IPEA, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3858/3/Financiamento.pdf>

SILVA, R. L. G. **A Maré e seus complexos**: desvelando o microterritório da Favela MacLaren. 2017. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20112>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, A. R. A. A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos. **IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**. Texto para Discussão nº 74 – 2019. Disponível em: https://iess.org.br/?p=publicacoes&id=1010&id_tipo=3. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA, E. O. C.; HIGA, E. F. R. Os determinantes sociais da saúde na educação médica. **Atas - Investigação Qualitativa em Educação**, v. 1, p. 437-446, 2018. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1669/1621>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA, A. S. *et al.* Um modelo de antecedentes para a cocriação de valor em serviços de saúde: uma aplicação da Modelagem de Equações Estruturais. **Brazilian Business Review**, v. 12, n. 6, p. 124-124, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=123042554006> Acesso em: 01 jun. 2020.

SILVA, M. L.; JULIANI, J. P.; DIAS, J. S. Modelo de gestão do conhecimento para apoiar a prática clínica em uma unidade hospitalar. **RECIIS – Revista Eletrônica Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br e-ISSN 1981-6278. Acesso em: 13 out. 2019.

SILVA, A. P. N.; MIRANDA, A. C. D. Gestão do conhecimento no setor público: um estudo sobre os artigos publicados em periódicos nacionais no período 2005-2015. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 23, n. 52, p. 73-83, maio/ago., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2017v23n52p73/36460>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, J. D. **Uma análise da variação dos níveis de equidade de acesso e de igualdade horizontal nos resultados de saúde no Brasil entre 1998 e 2013:** expressões da relação entre o estado de bem-estar social e os determinantes sociais de saúde. 2018. 298 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018. Disponível: https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8720?locale=pt_BR. Acesso em: 12 jan. 2019.

SILVA JUNIOR, L. A.; LEÃO, M. B. C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ciedu/v24n3/1516-7313-ciedu-24-03-0715.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

SILVA JUNIOR, L. A.; LEÃO, M. B. C.; LINS, W. C. B. A robótica educacional no ensino de ciências em teses de doutorado brasileiras. **Enseñanza de las Ciencias**, Barcelona, n. extra., p. 749-754, 2017. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/download/335360/426188>. Acesso em: 20 out. 2019.

SILVA, A. M.; SILVA, N. A. S.; FORTES, D. X. Adoção de Gestão do Conhecimento e Big Data na Saúde Pública. **Revista Científica da FAsete**, p. 347 – 364, 2018. Disponível em: https://www.fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2018/15/adocao_de_gestao_do_conhecimento_e_big_data_na_saude_publica.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

SISSON, M. C. *et al.* Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 123-136, mar. 2011. Disponível em: DOI:10.1590/S1414-32832010005000042 Acesso em: 01 jun. 2020.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, 2018. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos.** 2017. Disponível em: <https://cut.ly/0oPtFXe> Acesso em: 12 jan. 2019.

STEWART, T. A. **A riqueza do conhecimento - o capital intelectual e a organização do século XXI.** Rio de Janeiro: Campus, 2002.

SVEIBY, K. E. **A nova riqueza das organizações: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimento.** Rio de Janeiro: Campus, 2002.

SYKES, V. Validity and Reliability in Qualitative Marketing Research: a **Review of Literature.** **Journal of the Market Research Society**, v. 32, n. 3, jul. 1990. Disponível em:

<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=CRP0499&codcur=27011&codhab=502>Acesso em: 01 jun. 2020.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232014192.14072012. Acesso em: 16 out. 2019.

TAJRA, S. F.; VIANNA, P. C. Cidades saudáveis: Brasil e Portugal, caminhos que se assemelham e se distinguem. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 14, n. 5, p. 48-61, set./dez.2018. Disponível em: <https://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/4089> Acesso em: 06 mar. 2020.

TAKAHASHI, L. B. D. R. Gestão universitária frente à inovação: estudo empírico no HU/UFSC. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.11 n.3, p. 190-204, 2014. Disponível em <http://www.spell.org.br/documentos/ver/31854/gestao-universitaria-frente-a-inovacao--estudo-empirico-no-hu-ufsc/i/pt-br> Acesso em: 06 mar. 2020.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. (org.) Inovação e Gestão. A Organização Social no Setor da Saúde. 2019. Disponível em: <https://cut.ly/7jUtblk>Acesso em: 10 mar. 2020.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. *In*: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (ed.). **Health and Social Organization**. London: Routledge, 1996. p. 71-93.

TAVARES, R. S. C. R.; KAMIMURA, Q. P. Saúde corporativa: um olhar estratégico para o capital humano em indústria do setor automobilístico localizada no Vale do Paraíba. **Revista Científica On-line Tecnologia, Gestão e Humanismo**, Guaratinguetá, v. 4, n. 2, p. 72 – 83, novembro, 2014. Disponível em: <http://www.fatecguaratingueta.edu.br/revista/index.php/RCO-TGH/article/view/54/83> Acesso em: 25 out. 2019.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Características sociodemográficas, cobertura de tratamento e autoavaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, Supl. 1, p. 43-53, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700006>. Acesso em: 03 out. 2019.

THEODORO, M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. *In*: THEODORO, M. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008, p.15-43. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5605 Acesso em: 13 out. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1988.

THIOLLENT, M. Notas Para o Debate Sobre Pesquisa-Ação. *In*: BRANDÃO, C. R. (org.). **Repensando a Pesquisa Participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 82-103.

TOFLER, A. **A terceira onda**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1983.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987.

VARGAS, A. C.; PORTELLA, M. R. O diferencial de um grupo de convivência: equilíbrio e proporcionalidade entre os gêneros. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 227-238, jun. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18546>

VELLOSO, M. C. M. *et al.* Gestão do conhecimento aplicado a serviços hospitalares: um estudo empírico em um hospital privado. **FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão**, v.18, n.2, p.149-166 - maio/jun./jul./ago. 2015. Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/facefpesquisa/article/view/1016>. Acesso em: 13 out. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas. 2005.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1565-1577, 2009. Suplemento 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232009000800030&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 out. 2019.

VITÓRIO, E. E. G. **Teorias de motivação de pessoas, aplicadas nas organizações públicas fortemente hierarquizadas**. 2015. 210 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas)- Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13780/Tese%20Elias%20-EBAPE_FGV_05_06_2015%20Submeter.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 out. 2019.

ZAVALE, N. C.; MACAMO, E. How and what knowledge do universities and academics transfer to industry in African low-income countries? Evidence from the stage of university - industry linkages in Mozambique. **International Journal of Educational Development**, v. 49, p. 247–261, 2016. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738059316300384 Acesso em: 24 out. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Trad. Daniel Grassi - 2.ed. Porto Alegre : Bookman, 2001. Disponível em: https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

YIN, R. K. **Case Study Research: Design and Methods**. Sage Publications Inc., USA, 1989.

WEIAND, S. G. **Identificação das inovações**: um estudo de caso nos hospitais que integram o sistema de saúde de Caxias do Sul – RS.2014. 116 f.Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2014. Disponível em: <https://repositorio.uces.br/xmlui/bitstream/handle/11338/437/Dissertacao%20Simone%20G%20Weiand%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 out. 2019.

WEN, C. L. **Telemedicina e Telessaúde**: Inovação e Sustentabilidade. 2016. Disponível em: docplayer.com.br/10232652-Telemedicina-e-telessaude-inovacao-e-sustentabilidade.html. Acesso em: 10 jul. 2020.

WEN, C. L. **Telemedicina do presente para o ecossistema de saúde conectada 5.0**. 2020. Disponível em: <https://blog.abramge.com.br/saude-suplementar/telemedicina-do-presente-para-o-ecossistema-de-saude-conectada-5-0/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

WESTBROOK, R. Action research: a new paradigm for research in production and operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 15, n. 12, p. 6-20, 1995. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/01443579510104466/full/html>. Acesso em: 01 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global diffusion of eHealth**: Making universal health coverage achievable: Report of the third global survey on eHealth 2015. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: https://www.who.int/goe/publications/global_diffusion/en/. Acesso em: 10 jul. 2020.

WU, Z.; McGOOGAN, J. M. **Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China**: summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

O roteiro de entrevista semiestruturada realizada com os gestores das organizações hospitalares. É importante evidenciar que o roteiro servirá para manter uma estrutura semelhante entre os casos para que possa haver a replicação do estudo. Porém, algumas perguntas e temas específicos poderão surgir no momento das entrevistas, poderão ser incluídos, conforme as respostas ou raciocínio dos entrevistados.

1ª Etapa: DADOS GERAIS

1. Nome da Instituição
2. Endereço
3. Ano de abertura da Instituição
4. Número de empregados
5. Nome do Entrevistado
6. Formação Técnica, Profissional e Acadêmica
7. Cargo e Função
8. Tempo que trabalha na instituição
9. Histórico da Instituição (da origem até agora)
10. Qual ou quais certificações a instituição possui

2ª Etapa: GESTÃO DO CONHECIMENTO

11. Qual o grau de entendimento e familiaridade com a Gestão do Conhecimento?
12. Em uma era marcada pela agilidade nas constantes mudança, a competitividade das organizações passou a depender cada vez mais da experiência e conhecimento dos seus empregados. Como sua instituição trata a Gestão do Conhecimento?
13. Com a pandemia do Covid-19 a Gestão do Conhecimento se mostra ainda mais necessária, principalmente agora em que o afastamento dos colaboradores é inevitável, como sua instituição gerencia esse “insumo” tão importante?
14. Há o reconhecimento da importância estratégica da Gestão do Conhecimento para a alta administração. Como ele pode ser percebido?

15. Como é feita a troca de conhecimento e sua atualização nos diversos níveis hierárquicos dentro da instituição?
16. Os relacionamentos hierárquicos podem interferir na busca de informação;
17. Como a instituição faz o compartilhamento do conhecimento nos diversos níveis hierárquicos?
18. Com a pandemia do Covid-19 houve incorporação de novos métodos de treinamento, divulgação e compartilhamento do conhecimento?
19. Se sim, quais foram e como foi a adesão da equipe ao novo método?
20. Como se percebe os processos de construção do conhecimento e aprendizagem organizacional na instituição?
21. A forma como os processos foram construídos se mostrou eficiente neste momento de pandemia?

3ª Etapa: INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

22. Como sua instituição gerencia a Gestão do Conhecimento aplicada a inovação tecnológica?
23. O que a inovação tecnológica representa para a instituição?
24. Quais foram os benefícios que a inovação tecnológica trouxe para a instituição?
25. De que forma podemos dizer que a inovação tecnológica trouxe bem-estar social?
26. Na sua instituição qual é o nível de inovação radical (novo processo ou forma de organização da produção) e da inovação incremental (melhorias de processo)?
27. Houve incorporação de novas tecnologias durante a pandemia do Covid-19? Se sim quais foram e quais benefícios foram alcançados?
28. Qual conteúdo vocês utilizam na formação de pessoas para gerir o conhecimento e gerar inovação?
29. Vocês consideram trabalhar com Startups? Para quais processos vocês laçaram mão do trabalho das startups?
30. Em quais áreas você entende seria possível inserir uma ou mais startups nos processos do seu hospital?
31. Além das startups quais outras tecnologias inovadoras vocês utilizam nos processos do hospital?

4ª Etapa: Gestão do Conhecimento nas Organizações Hospitalares

32. Quais foram os motivos que levaram sua instituição em investir em Gestão do Conhecimento?
33. Quais eram as expectativas de vocês quando decidiram pela Gestão do Conhecimento?
34. Como foi a implementação do conceito de Gestão do Conhecimento na sua instituição?
35. Para a implementação da GC vocês utilizaram somente a equipe interna ou houve participação externa? Qual e como foi esse envolvimento e desenvolvimento?
36. Como é feito o gerenciamento da Gestão do Conhecimento como insumo?

37. Como vocês avaliam a Gestão do Conhecimento aplicada na sua instituição?
38. Qual entendimento sua instituição tem hoje sobre a GC?
39. Quais são as características, abordagens gerenciais da GC utilizadas por sua instituição?
40. Quais ferramentas vocês utilizam nos treinamentos e compartilhamento do conhecimento na sua instituição?
41. Com a pandemia a Gestão do Conhecimento se tornou ainda mais necessária, já que houve incorporação de novos procedimentos, exames entre outros. Como sua instituição realiza a disseminação da informação e treinamentos, considerando as novas regras de isolamento e distanciamento imposto?
42. Como foi a adaptação da equipe a essa nova modalidade?
43. Quais foram os resultados dos programas de Gestão do Conhecimento implementados na sua instituição frente a pandemia do Covid-19?
44. Foi possível medir a eficácia e efetividade da nova modalidade?
45. As instituições hospitalares costumam ser vistas como sisudas, com muitos protocolos e regras. Como estimular a inovação nesse cenário?
46. Você poderia citar alguns casos de sucesso e insucesso que ocorreram nos processos de GC?
47. Como se percebe os processos de construção do conhecimento e aprendizagem organizacional na instituição?
48. Como seus funcionários são incentivados a buscar novos e inovadores conhecimentos?
49. Na sua instituição a Gestão da Inovação e do Conhecimento criada por vocês engloba a totalidade dos processos visando a Unidade Hospitalar?
50. Como a Gestão do Conhecimento pode influenciar nos serviços prestados pela instituição e como ela pode ser percebida?
51. A Gestão do Conhecimento trouxe redução no custo dos serviços prestados pela instituição?
52. Sua instituição utiliza a Telemedicina?
53. Em que grau e para quais áreas?
54. Sua instituição utilizou alguma forma de Teleconsulta?
55. Quais foram os resultados alcançados pela instituição desde a implementação da GC?
56. O que você pode esperar para o futuro

5ª Etapa: Desenvolvimento Regional em Saúde

57. Qual papel da organização no desenvolvimento da região em que se encontra.
58. Você acredita que a instalação da organização hospitalar na região ou cidade foi indutora de melhoria nas organizações de saúde na região?

ANEXO 2 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Universidade de Taubaté
Autarquia Municipal de Regime Especial
Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78.924/76
Recredenciada pelo CEE/GP Nº 241/2013
CNPJ 45.176.153/0001-22

PRPPG - Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação

Rua Visconde do Rio Branco, 210 - Centro
Taubaté – SP 12020-040
Tel: (12) 3625-4151 / 3625-4218 www.unitau.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Esta pesquisa está sendo realizada pela Sr. Mauro Eduardo Chinellato de Oliveira, aluno do Mestrado Profissional em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Taubaté (PPGA), como dissertação, sendo orientada e supervisionada pela professora DraQuesia Postigo Kamimura.

Seguindo preceitos éticos, informamos que pela natureza da pesquisa, a participação desta não acarretará quaisquer danos à mesma. A seguir, apresentamos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação poderá ser fornecida a qualquer momento, pela aluna pesquisadora ou pelo professor responsável. O nome da organização será preservado e não constará identificação discriminada da Organização na análise dos dados no documento final da pesquisa.

TEMA DA PESQUISA: XXXXXX.

OBJETIVO: XXXXXX.

PROCEDIMENTO: XXXXXXXX.

SUA PARTICIPAÇÃO: XXXXXX.

Após a conclusão da pesquisa, prevista para 2020, uma dissertação, contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição na Biblioteca da Universidade de Taubaté.

Contato do pesquisador: Cel: (xx) xxxxxxxx, e-mail: xxxxxxxxxx

Agradecemos sua autorização, enfatizando que a mesma em muito contribuirá para a construção de um conhecimento atual nesta área.

_____, ____ de _____ de 2019

Nome orientador
 RG

Nome aluno pesquisador responsável
 RG

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Autorização, Eu, XXXXXXXXXXXX, responsável pelo XXXXXXXXXXXX, **autorizo** a aplicação desta pesquisa na Organização.

_____, ____ de ____ de 2019.

NOME RESPONSÁVEL NA ORGANIZAÇÃO
ANEXO 3 – OFÍCIO

CPF



Universidade de Taubaté
 Autarquia Municipal de Regime Especial
 Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78.924/76
 Recredenciada pelo CEE/GP Nº 241/2013
 CNPJ 45.176.153/0001-22

PRPPG - Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Rua Visconde do Rio Branco, 210 - Centro
 Taubaté – SP 12020-040
 Tel: (12) 3625-4151 / 3625-4218
 www.unitau.br

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E NEGÓCIOS

Taubaté, ____ de ____ de 2019

De: Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira Co
 Cordenador do Programa de Pós-graduação em Administração - UNITAU

Ao/À: Sr.

Função: XXXXX

Organização: X

Endereço:

Prezado Senhor:

A Sr. XXXXXXXXXXXX, aluno regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em Administração desta Universidade, desenvolve sua dissertação de Mestrado na área de _____. Sua proposta de trabalho intitula-se: “_____”.

Tratando-se de uma pesquisa de campo, gostaria de solicitar a colaboração de V.S^a. no sentido de conceder ao/a aluno(a) autorização para realização da pesquisa nesta organização. Tais informações serão utilizadas tão-somente para fins acadêmicos.

Se considerar necessário ou conveniente, o nome e qualquer outra forma de identificação dessa empresa poderão ser omitidos do manuscrito final da dissertação.

Informamos que os dados solicitados poderão ser encaminhados ao

Sr. _____

E-mail: _____

Celular: _____

Atenciosamente,

Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração - UNITAU

ANEXO 4 - ROTEIRO DE PERGUNTAS AOS ENTREVISTADOS

TEMA	AUTOR	PERGUNTA DO ROTEIRO
QUALIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	Mauro Chinellato	<ul style="list-style-type: none"> • Nome do Entrevistado • Cargo e Função • Formação • Tempo que trabalha na instituição • Qual ou quais certificações a instituição possui
2.2 GESTÃO DO CONHECIMENTO	Castells (1999) Cartoni (2015) Tofler (1980) Drucker (1999) Sveiby (1998) Stewart (2002) Hansen, Nohria e Tiemey (1999) Davemport & Prusak (1998) Nag, Corley, Goya (2007) Cherman, Rocha-Pinto (2016) Alencar e Fonseca (2015) Cegarra-Navarro e Cepeda-Carrión (2010) Silva, Juliani e Dias (2016) Lui <i>et al</i> (2012) Nonaka, Takeuchi (2008) Pádua Filho, Carvalho e Meira (2014) Padua Filho <i>et al</i> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o grau de entendimento e familiaridade com a Gestão do Conhecimento? • Em uma era marcada pela agilidade nas constantes mudanças, a competitividade das organizações passou a depender cada vez mais da experiência e conhecimento dos seus empregados. Como sua instituição trata a Gestão do Conhecimento? • Com a pandemia do Covid-19 a Gestão do Conhecimento se mostra ainda mais necessária, principalmente agora em que o afastamento dos colaboradores é inevitável, como sua instituição gerencia esse “insumo” tão importante? • Há o reconhecimento da importância estratégica da Gestão do Conhecimento para a alta administração. Como ele pode ser percebido? • Como é feita a troca de conhecimento e sua atualização nos diversos níveis hierárquicos dentro da instituição? • Os relacionamentos hierárquicos podem interferir na busca de informação? • Como a instituição faz o compartilhamento do conhecimento nos diversos níveis hierárquicos? • Com a pandemia do Covid-19 houve incorporação de novos métodos de treinamento, divulgação e compartilhamento do conhecimento? • Se sim, quais foram e como foi a adesão da equipe ao novo método? • Como se percebe os processos de construção do conhecimento e aprendizagem organizacional na instituição? • A forma como os processos foram construídos se mostrou eficiente neste momento de pandemia?
2.3 INOVAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) Mambrini <i>et al</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Como as organizações lidam com o conhecimento tácito e explícito? • O que a inovação tecnológica representa para a instituição?

	(2011) Pádua Filho <i>et al</i> (2015) Porter (1990) Bessant, Tidd (2009) Fernandes <i>et al</i> (2016) Ferreira <i>et al</i> (2014) Cunha, Ribeiro, Pereira (2014) Gadelha e Braga (2016) Costa (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Quais foram os benefícios que a inovação tecnológica trouxe para a instituição? • De que forma podemos dizer que a inovação tecnológica trouxe bem-estar social? <p>Na sua instituição qual é o nível de inovação radical (novo processo ou forma de organização da produção) e da inovação incremental (melhorias de processo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem mecanismos para a transformação do conhecimento tácito em explícito? • Quais os canais de transferência do conhecimento? Quais informações são utilizadas, por quem, para atender quais objetivos?
2.4 GESTÃO DO CONHECIMENTO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	Farias, Araújo (2017) Takahashi (2014) Pádua Filho <i>et al</i> (2015) Felisberto <i>et al</i> (2017) Freixo, Rocha (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • As instituições hospitalares costumam ser vistas como sisudas, com muitos protocolos e regras. Como estimular inovação nesse cenário • Como se percebe os processos de construção do conhecimento e aprendizagem organizacional na instituição; • Como seus funcionários são incentivados a buscar novos e inovadores conhecimentos? • Na sua instituição a Gestão da Inovação e do Conhecimento criada por vocês engloba a totalidade dos processos visando a Unidade Hospitalar?
2.5 DESENVOLVIMENTO REGIONAL EM SAÚDE	Nuskeet <i>et al</i> (2017) Pimentel <i>et al</i> (2012) Reis <i>et al</i> (2018) Reis, Barbosa e Pimentel, (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Qual papel no desenvolvimento da região em que se a organização hospitalar. • Você acredita que a instalação da organização hospitalar na região ou cidade foi indutora de melhoria nas organizações de saúde na região?

UNIVERSO, AMOSTRA E SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O universo foi aqui entendido como o conjunto de gestores pertencentes ao quadro da alta administração da organização hospitalar que possuem atribuições voltadas às atividades de gestão nas áreas de administração e controle da prestação de serviços públicos ou privados.

A amostra não probabilística é parte deste universo, escolhida segundo o critério de acessibilidade. Portanto, os cargos foram selecionados em virtude da sua magnitude e amplitude na tomada de decisão em todos os setores da organização hospitalar pesquisada.

Neste contexto incluem-se na amostra executivos ocupantes das seguintes áreas: Diretoria Administrativa (1), Diretoria Técnica (2), Superintendência de Recursos Próprios (1) e Administrador Hospitalar (1), perfazendo um total de 5 entrevistados, representando 100% do universo selecionado de executivos da alta

administração, por entender-se que estes cargos possuem informações relevantes e competências no delineamento de estratégias e na discussão dos assuntos relativos à Gestão de Conhecimento.

ASPÉCTOS ÉTICOS

As entrevistas serão utilizadas como parte integrante do presente estudo sendo utilizada exclusivamente para o estudo a que se propõem o presente trabalho sendo descartado posteriormente. Não serão guardadas gravações ou outras anotações a não ser as que fizerem parte integrante da dissertação. Os entrevistados foram cientificados do uso das informações e estão de acordo com a utilização delas conforme termo de responsabilidade apresentado e assinado no ato das entrevistas.

ANEXO 5 - PROPOSTA PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS

- 1- Quais foram os motivos que levaram seu hospital a investir na GC?
- 2- Qual era a expectativa de vocês quando decidiram pela GC?
- 3- Como foi a implementação do conceito de Gestão do Conhecimento no seu hospital?
- 4- Como seu Hospital gerencia a GC?
- 5- Qual ferramenta vocês utilizam para o gerenciamento da GC?
- 6- A implementação contou somente com a equipe interna ou houve participação externa?
- 7- Se houve participação externa qual e como foi esse envolvimento e desenvolvimento?
- 8- Você poderia citar os conteúdos ministrados nos treinamentos?
- 9- Como vocês avaliam a Gestão Conhecimento aplicada hoje no seu hospital?
- 10- Qual é o entendimento que seu hospital tem hoje sobre a GC?
- 11- Quais são as características, abordagens gerenciais da GC utilizadas por vocês?
- 12- Quais ferramentas vocês utilizam nos treinamentos e compartilhamento do conhecimento no hospital?
- 13- Quais foram os resultados dos programas de GC implementados no seu hospital?
- 14- Poderia citar casos de sucesso e insucesso que ocorreram nos processos de GC
- 15- Quais os aspectos ou facetas da GC são priorizadas no seu hospital?
- 16- Quais foram os resultados alcançados no seu hospital desde a implementação da CG?
- 17- O que se espera para o futuro?
- 18- Falando um pouco de Inovação, qual conteúdo vocês utilizam na formação de pessoas para gerir conhecimento e fazer inovação?
- 19- Vocês consideram trabalhar com Startup?
- 20- Em quais áreas você entende seria possível inserir uma ou mais startups nos processos do seu hospital.
- 21- Quais processos vocês já lançaram mãos do trabalho das Startups.
- 22- Além das *startups* quais outras tecnologias vocês utilizam nos processos do hospital.