Diálogo

ISSN 2238-9024

Editora Unilasalle

Canoas, n. 59, 2026.

http://dx.doi.org/10.18316/dialogo.vi59.13161

Transição do modelo de gestão em saúde: avaliação multistakeholders numa entidade confessional

Orival Bonicoski[1]

Patrícia Martins Fagundes Cabral[2]

Nuno Rebelo dos Santos[3]

Jubin Yoo[4]

Resumo: As transformações demográficas, o envelhecimento populacional e a crescente complexidade das organizações de saúde têm impulsionado a busca por modelos assistenciais mais integrados e preventivos. Em entidades confessionais, esse desafio ganha relevância diante das especificidades do cuidado a populações religiosas envelhecidas e da necessidade de articular saúde, bem-estar e dignidade no envelhecimento. Objetivou-se avaliar a transição de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo voltado à integração e à prevenção. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com profissionais, usuários e stakeholders jesuítas de quatro comunidades da Província dos Jesuítas do Brasil. Foram analisadas 61 entrevistas por meio da Análise Textual Discursiva e agrupamento por similaridade, com apoio do software NVivo. A análise revelou três eixos principais: mudanças nos processos com maior profissionalização, fortalecimento da segurança psicológica e desenvolvimento do cuidado. Conclui-se que estratégias centradas na pessoa e no estilo de vida contribuem para o bem-estar e a qualidade do cuidado em populações religiosas envelhecidas.

Palavras-chave: Modelo de gestão em saúde; Saúde integrada e preventiva; Entidade confessional; Multistakeholder.

Transition of the health management model: a multistakeholder evaluation in a faith-based organization

Abstract: Demographic changes, population aging, and the increasing complexity of healthcare organizations have driven the search for more integrated and preventive care models. In faith-based organizations, this challenge becomes even more relevant given the specificities of caring for aging religious populations and the need to articulate health, well-being, and dignity in the aging process. The objective was to evaluate the transition from a treatment-centered health management model to a model focused on integration and prevention. This is a qualitative research study conducted with Jesuit professionals, users, and stakeholders from four communities of the Jesuit Province of Brazil. Sixty-one interviews were analyzed using Discursive Textual Analysis and grouping by similarity, with the support

1 Doutor em Gestão e Negócios pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Graduado em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Irmão Jesuíta. E-mail: irbonicoski@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0009-0009-3152-5866

2 Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Professora Titular da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: patriciamf@unisinos.br. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2936-568X

3 Doutor em Psicologia pela Universidade de Évora (UÉ). Graduado em Psicologia pela Universidade de Lisboa (UL). Professor Associado da Universidade de Évora (UÉ). E-mail: nrs@uevora.pt. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1564-8120

4 Graduanda em Medicina pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: j.ericayoo@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0009-0006-8358-1075

of NVivo software. The analysis revealed three main axes: changes in processes with greater professionalization, strengthening of psychological safety, and development of care. It is concluded that person-centered and lifestyle-centered strategies contribute to well-being and quality of care in aging religious populations.

Keywords: Health management model; Integrated and preventive health; Religious organization; Multistakeholder.

1 Introdução

O conceito de modelo assistencial vem sendo problematizado desde a década de 1970, referindo-se ao modelo tradicional biomédico, centrado na doença e na cura, considerado pela literatura como ultrapassado, com baixa cobertura de resolubilidade, ineficiente na longitudinalidade e na integralidade do cuidado. A complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços à sociedade, demonstra-se a urgência de novos modelos de gestão em saúde (Araújo et al., 2021)

As mudanças de modelo de atenção à saúde, devem acompanhar as melhorias dos processos, proporcionando dignidade e qualidade aos serviços. Desse modo, um futuro sistema de assistência à saúde, consistirá num sistema abrangente, efetivo e bem integrado de assistência preventiva. É dizer, convenciona-se da importância de estabelecer uma cultura do cuidado, da prevenção e da educação em saúde com abordagem interdisciplinar no cuidado integral e não apenas pelo tratamento eventual de alguma doença.

São poucos os estudos no Brasil e os exemplos de um modelo de gestão em saúde contemporâneo que atenda a critérios de uma saúde mais humanizada, preventiva, integrada e interdisciplinar. A gestão dos serviços de saúde precisa ser pensada a partir de um novo paradigma, tornando necessário que os colaboradores das instituições sejam cada vez mais qualificados e transcendam as especificidades dos seus cargos, numa horizontalização de tarefas. Trabalhar em equipe demanda relações efetivas, com ênfase na comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes com relações horizontalizadas (Barros; Spradacio; Costa, 2018).

As transformações demográficas, o envelhecimento populacional e a crescente complexidade das organizações de saúde têm impulsionado a busca por modelos assistenciais mais integrados, preventivos e centrados na pessoa. Em entidades confessionais, esse desafio ganha relevância diante das especificidades do cuidado a populações religiosas envelhecidas e da necessidade de articular saúde, bem-estar e dignidade no envelhecimento. Nesse contexto, torna-se pertinente investigar experiências organizacionais que proponham alternativas ao modelo tradicional de atenção à saúde, especialmente em cenários marcados pela longevidade e pela demanda por cuidado integral.

Entretanto, quando se pesquisa em bases de indexação de publicações científicas, como Scielo, Lilacs, Google Scholar, Ebsco, Scopus e CAPES no período de 2018 a 2022 com as palavras-chave "health management model" e "health management model in confessional entities", é notória a escassez de estudos publicados. Há, portanto, muito a se explorar e a se discutir nesse âmbito, o que constitui o eixo central que justifica a realização do presente estudo. Por essa razão, busca-se elementos que possibilitem a construção de um processo de gestão e cuidado em saúde mais integral, preventivo e ajustado às necessidades e expectativas das pessoas em uma entidade confessional, tal como a Companhia de Jesus, que foi campo desta pesquisa.

Observa-se que, desde 2015, as mudanças têm se intensificado na Província dos Jesuítas do Brasil, suscitando questionamentos sobre o que é pertinente fazer para que os jesuítas possam estender seu tempo em obra, emancipados e autônomos em relação às atividades diárias e ao autocuidado, uma vez que é evidente o envelhecimento geral das comunidades em missão. Assim, construir planos de cuidados que auxiliem a desmistificar o pensamento do envelhecimento patológico, de modo a assumir a existência e as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, é uma indicação de caminho para a saúde dos Jesuítas do Brasil.

Em 2015 o primeiro autor desta pesquisa, que é jesuíta e atua na área de saúde da entidade confessional há quase duas décadas, participou diretamente na proposição, implantação e acompanhamento de um processo de atualização e de reestruturação da gestão de saúde. O modelo proposto de gestão em saúde veio suplantar de

modo resoluto o tipo de gestão anterior, e enfatiza a reconstrução das lógicas assistenciais e operacionais das "casas de saúde", que acolhem os jesuítas sob cuidados continuados em "Comunidades de Saúde e Bem-estar" (CSBE), ampliando o foco de suas ações e serviços também às comunidades em missão. Este artigo avalia, portanto, o processo de mudança de um modelo de gestão em saúde centrado no tratamento para um modelo centrado na integração e na prevenção, realizada numa entidade confessional no Brasil na perspectiva de múltiplos stakeholders.

2 Método

Foi realizado um estudo de caso, com abordagem qualitativa (Stake, 2011) na Província dos Jesuítas do Brasil em 2022. Os profissionais e usuários, foram provenientes das quatro comunidades de saúde e bem-estar de diferentes regiões do Brasil e os stakeholders, jesuítas. O critério de seleção dos participantes usuários e profissionais foi de estarem vinculados às comunidades de saúde e bem-estar no momento do estudo e serem jesuítas que ocupassem cargos estratégicos na instituição.

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

A coleta dos dados, ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com participação síncrona e presencialidade física ou remota (via Teams), e duração entre 30 minutos a uma hora. As perguntas norteadoras foram: Como você percebe o modelo de gestão em saúde para os jesuítas do Brasil? Quais as diferenças que você percebe do modelo de gestão em saúde anterior em comparação ao modelo atual?

Para análise dos dados, foi realizada a codificação das respostas de acordo com a técnica de Análise Textual Discursiva (ATD), seguindo as seguintes etapas: a) produção do corpus; b) unitarização do corpus; c) organização por aproximação de sentidos; d) categorização inicial; e) categorização intermediária; f) categorização final e g) metatextos (Moraes; Galiazzi, 2016). Após a transcrição das gravações e leitura do material obtido, elaborou-se as categorias e subcategorias, baseando-se nos objetivos e no referencial teórico. Por meio do software NVivo10®, foi possível codificar os nós em cluster por similaridade, sendo posteriormente tomada de referência na análise dos dados de acordo com as similaridades das subcategorias. Optou-se por fazer esta análise de similaridades, seguindo a etapa "organização por aproximação de sentidos" da análise textual discursiva que permite o cruzamento dos dados, dando sentido à compreensão do conteúdo discursivo por meio da aproximação de significados. No NVivo 10, foram então geradas as categorias (nós) e as subcategorias (sub-nós), em consonância com o referencial teórico, conforme Quadro 1. Posteriormente foi realizada, em cada grupo de participantes, uma análise de clusters por similaridade de conteúdo.

Quadro 1. Categorias e subcategorias. São Leopoldo, RS, Brasil, 2022.

Categorias	Subcategorias	Referências teóricas
Modelo de gestão em saúde	Desmistificação dos espaços; sistematização e profissionalização; racionalização e otimização dos custos; aspectos a evoluir	Paim e Teixeira (2006); Grossman (2018); Souza e Carvalho (2021); Phaiffer (2020)
Compreensão do cuidado	Cuidado integrado, preventivo e humanizado; cuidado com abordagem interdisciplinar	Capra (2012); Veras, Caldas e Cordeiro (2013); Holanda e Pereira (2020); Guiahi et al. (2019)
Mudanças ocorridas	Diferenças do antes e do depois; principais melhorias; documentos instituídos; educação continuada; serviço dos profissionais; sentimento de ser cuidado	Ceccim e Feuerwerker (2004); Rossetti et al. (2019); Souza e Carvalho (2021); Holanda e Pereira (2020)
Sustentabilidade econômica	Autogestão; compra de medicação em escala; otimização dos serviços; investimento em profissionais	Porter (2009); Amazonas e Carnut (2019); Phaiffer (2020); Souza e Carvalho (2021)
Desafios	Institucional; regional; adesão; financeiro; comunicação; sustentabilidade; liderança	Martins e Waclawovsky (2015); Cunha e Campos (2010); Guiahi et al. (2019); Phaiffer (2020)
Oportunidades	Institucional; regional; preparar o jesuíta para envelhecer; financeira; uso de tecnologias; ampliar os serviços	Nações Unidas (2021); UNFPA (2019); Holanda e Pereira (2020); Dassoler (2015)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

3 Resultados

Participaram no estudo 20 stakeholders, 27 profissionais e 14 usuários (N= 61). A análise de clusters por similaridade, gerou dezoito clusters (8= profissionais, 7= stakeholders, 3= usuários). A subcategoria "aspectos a evoluir", foi investigada apenas no público de participantes dos profissionais. Cada cluster caracteriza-se pelas semelhanças tanto quanto a presença como a ausência de codificação específica. Assim, foi feita uma matriz de codificação para cada cluster de modo a ser identificadas as comunalidades entre os documentos. Optou-se por fazer esta análise de similaridades, seguindo a etapa "organização por aproximação de sentidos" da ATD, que permite o cruzamento dos dados, dando sentido à compreensão do conteúdo discursivo por meio da aproximação de significados.

A seguir é apresentada a análise comparativa dos clusters por similaridade de conteúdo dos profissionais, usuários e stakeholders, conforme Quadros 2, 3 e 4, onde X (cinza escuro) corresponde a uma categoria ou subcategoria codificada em todos os elementos do cluster. O Y (cinza claro) corresponde a uma categoria ou subcategoria em que nenhum dos elementos do cluster é codificado. E o 0 (branco) é quando nenhuma das condições anteriores é aplicável.

Quadro 2. Análise comparativa dos clusters para os 27 profissionais. São Leopoldo, RS, Brasil, 2022.

Categorias e subcategorias	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
Modelo de gestão em saúde								
Desmistificação dos espaços	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y	0
Sistematização e profissionalização	Y	Y	X	Y	Y	Y	Y	0
Racionalização e otimização dos custos	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0	Y
Aspecto a evoluir	Y	0	0	X	0	0	Y	0
Compreensão do cuidado								
Integrado, preventivo e humanizado	Y	X	Y	Y	Y	0	Y	0
Com abordagem interdisciplinar	Y	0	0	Y	Y	0	Y	Y
Mudanças ocorridas								
Diferenças do antes e depois	X	X	X	X	Y	Y	Y	0
Principais melhorias	Y	X	X	X	X	X	Y	Y
Documentos instituídos	Y	0	Y	Y	Y	0	Y	Y
Educação continuada	Y	Y	Y	Y	0	0	Y	Y
Serviço dos profissionais	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0
Sentimento de ser cuidado	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y	0
Sustentabilidade econômica								
Autogestão	Y	Y	Y	Y	0	Y	0	Y
Compra de medicação em escala	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0	Y
Otimização dos serviços	Y	Y	Y	0	X	Y	Y	0
Investimento em profissionais	Y	0	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Desafios								
Institucional	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Regional	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Adesão	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Financeiro	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Comunicação	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Sustentabilidade	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Liderança	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Oportunidades								
Institucional	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y
Regional	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Preparar o jesuíta para envelhecer	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Financeira	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y
Uso de tecnologias	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y
Ampliar os serviços	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y	0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No quadro 2, os clusters Um, Dois, Três, Quatro, Cinco e Seis são formados por vinte e dois profissionais e se caracterizam pelas principais melhorias e as diferenças do antes e do depois. Nas principais melhorias, menciona-se o atendimento centralizado, a autogestão, a resolutividade dos problemas, os espaços de cuidado, a aproximação e as reuniões mensais dos profissionais, a escuta ativa, a dispensação das medicações, a agilidade dos processos, a implantação do prontuário eletrônico e dos protocolos, a acessibilidade nas informações clínicas e a aquisição dos medicamentos, a prevenção e o trabalho horizontal entre as equipes interdisciplinares, conforme excertos: [...] Centralização dos atendimentos. (Ent.prof-2). [...] A autogestão. (Ent.prof-5). [...] Atendimento focado na resolutividade dos problemas. (Ent.prof-24). [...] Os espaços de cuidados. (Ent.prof-6). [...] Aproximação das equipes de profissionais com as reuniões mensais. (Ent.prof-14). [...] Ouve-se mais os jesuítas. (Ent.prof-22). [...] O cuidado na dispensação das medicações. (Ent.prof-7). [...] Os processos mais ágeis. (Ent.prof-21). [...] A implantação do prontuário eletrônico e dos protocolos. (Ent.prof-26). [...] Acesso às informações clínicas e a aquisição dos medicamentos. (Ent.pof-23). [...] Prevenção a patologias. (Ent.prof-18). [...] O trabalho horizontal entre as equipes interdisciplinares. (Ent.prof-11). Esses achados indicam a transição de um modelo assistencial fragmentado e centrado no tratamento para uma lógica mais integrada, preventiva e profissionalizada do cuidado, convergindo com as discussões de Paim e Teixeira (2006) sobre a reorganização dos modelos de atenção à saúde. Também dialogam com Souza e Carvalho (2021) e Phaiffer (2020), ao evidenciarem a necessidade de conciliar profissionalização da gestão, sustentabilidade organizacional e integração dos processos em instituições confessionais.

Nas diferenças do antes e do depois, percebe-se que no modelo de gestão em saúde anterior, o cuidado era centrado no médico, o trabalho individualizado e sem acesso as informações de saúde, faltava confiança dos jesuítas no cuidado, não havia padronização e humanização nas relações. Enquanto no modelo de gestão em saúde atual, ocorre a interdisciplinaridade, o empoderamento dos profissionais, a implantação do prontuário eletrônico e dos protocolos e a descentralização e padronização do cuidado, como ilustrado nos relatos: [...] Antes tudo era do médico. (Ent.prof-14). [...] O trabalho era individualizado e sem acesso às informações clínicas. (Ent.prof-21). [...] Sem confiança dos jesuítas no cuidado que recebiam. (Ent.prof-7). [...] Não tinha nenhum tipo de padronização. (Ent.prof-11). [...] Pouca humanização de procurá-los, conversar e ouvi-los. (Ent.prof-22). [...] Hoje todos somos igualmente promotores de saúde e bem-estar. (Ent.prof-14). [...] Maior interação interdisciplinar. (Ent.prof-19). [...] Implementação do prontuário eletrônico e dos protocolos. (Ent.prof-26). [...] Descentralização. (Ent.prof-23). [...] Atendimento padronizado. (Ent.prof-21).

Quanto as singularidades de cada cluster, no Dois ocorre a presença da compreensão do cuidado integrado, preventivo e humanizado, como mencionado nas falas: [...] O cuidado é humanizado. (Ent.prof-3). [...] Preventivo e integrado. (Ent.prof-11). No cluster Três, a similaridade acontece pela sistematização e profissionalização, destacando os protocolos, a sistematização no atendimento e a profissionalização na gestão e na interação entre os profissionais, conforme os relatos: [...] Os protocolos instituídos. (Ent.prof-1). [...] Atendimento sistematizado. (Ent.prof-25). [...] Gestão profissional e a interação entre as equipes. (Ent.prof-18). Esses resultados aproximam-se das discussões de Souza e Carvalho (2021) e Phaiffer (2020), ao apontarem que organizações confessionais contemporâneas necessitam articular sua missão institucional com processos de gestão mais estratégicos, profissionalizados e sustentáveis.

O cluster Quatro, associa-se pelos aspectos a evoluir, sendo indicado a necessidade de adesão mais efetiva dos profissionais ao modelo de gestão em saúde, a liberdade de ação profissional e a quebra do paradigma biomédico, conforme narrado: [...] A aceitação de todos na equipe de agirem conforme o modelo de gestão e o profissional ter mais liberdade de ação e quebrar esse paradigma biomédico. (Ent.prof-14). No cluster Cinco, os participantes conectam-se pela otimização dos serviços, em que referem, a centralização dos atendimentos, a unificação das necessidades, os espaços que as CSBE possuem que permite a desospitalização, como se percebe na descrição: [...] A centralização e unificação das necessidades de saúde. (Ent.prof-24). [...] Os espaços que permitem desospitalizações. (Ent.prof-5). Nesse sentido, a desospitalização e a organização mais integrada dos serviços indicam avanços na coordenação do cuidado, na racionalização dos recursos e na construção de estratégias mais aderentes às necessidades de uma população religiosa envelhecida (Veras; Caldas; Cordeiro, 2013; Souza; Carvalho, 2021).

Os clusters Sete e Oito se definem negativamente pela ausência de codificação comum.

Quadro 3. Análise comparativa dos clusters para os 20 stakeholders. São Leopoldo, RS, Brasil, 2022.

Categorias e subcategorias	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
Modelo de gestão em saúde							
Desmistificação dos espaços	Y	0	0	Y	Y	0	0
Sistematização e profissionalização	Y	Y	0	Y	X	X	X
Racionalização e otimização dos custos	Y	Y	Y	Y	X	Y	0
Compreensão do cuidado							
Integrado, preventivo e humanizado	Y	0	Y	0	0	X	Y
Com abordagem interdisciplinar	Y	Y	0	Y	Y	Y	Y
Mudanças ocorridas							
Diferenças do antes e depois	Y	0	X	X	X	0	X
Principais melhorias	Y	Y	Y	0	Y	Y	Y
Documentos instituídos	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0
Educação continuada	Y	0	Y	0	Y	Y	Y
Serviço dos profissionais	Y	Y	X	Y	Y	Y	Y
Sentimento de ser cuidado	Y	Y	Y	Y	0	Y	Y
Sustentabilidade econômica							
Autogestão	Y	Y	Y	0	Y	0	0
Compra de medicação em escala	Y	Y	0	X	0	Y	0
Otimização dos serviços	Y	0	0	Y	0	0	0
Investimento em profissionais	Y	0	0	0	0	Y	Y
Desafios							
Institucional	Y	X	0	X	Y	X	0
Regional	Y	0	Y	Y	0	Y	0
Adesão	Y	Y	Y	Y	0	0	0
Financeiro	Y	0	Y	Y	Y	0	Y
Comunicação	Y	Y	Y	0	Y	Y	0
Sustentabilidade	Y	X	X	Y	0	Y	0
Lideranca	Y	Y	Y	Y	Y	Y	0
Oportunidades							
Institucional	Y	X	X	X	X	X	X
Regional	Y	X	Y	Y	0	0	0
Preparar o jesuíta para envelhecer	Y	0	0	Y	0	Y	0
Financeira	Y	Y	0	0	Y	X	X
Uso de tecnologias	Y	Y	Y	Y	Y	0	0
Ampliar os serviços	Y	0	Y	Y	0	Y	Y

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No quadro 3, o cluster Um é formado por um stakeholder e se define negativamente pela ausência de codificação. Enquanto os clusters, Dois, Três, Quatro, Cinco, Seis e Sete, são constituídos por dezenove stakeholders e associam-se pela oportunidade institucional, onde algumas dimensões são verbalizadas, como o cuidado com o corpo e do idoso religioso, a proposta de um estilo de vida saudável e preventiva, o entendimento dos jesuítas referentes às CSBE e as ferramentas de tecnologia, como nota-se: [...] Refletir sobre o cuidado com o corpo. (Ent. stak-15). [...] Uma cultura de prevenção do envelhecimento saudável e do cuidado ao idoso religioso. (Ent.stak-11). [...] Os jesuítas entenderem as CSBE como um lugar de cuidado. (Ent.stak-6). [...] As ferramentas de tecnologias intermediarem as reuniões com os profissionais e jesuítas. (Ent.stak-2). Nos clusters Três, Quatro, Cinco e Sete, aparecem as diferenças do antes e depois, onde se percebe que no passado as internações eram mais frequentes, enquanto no atual, foi pensado em espaços que permitem as desospitalizações, como é mencionado: [...] Antes se internava muito. (Ent.stak-19). [...] Hoje há espaços que permites as desospitalizações. (Ent.stak-18).

A sistematização e a profissionalização associam-se aos clusters Cinco, Seis e Sete, em que relacionam o acompanhamento médico, a atualização das informações clínicas por meio do prontuário eletrônico, o planejamento e a organização dos processos assistenciais das rotinas do cuidado aos jesuítas, a qualificação, a integralidade, a agilidade, a universalidade, a racionalização e a canalização nos processos do cuidado, conforme excertos: [...] Acompanhamento médico. (Ent.stak-19). [...] Informações atualizadas em banco de dados. (Ent.stak-9). [...] A organização dos processos e planejamento. (Ent.stak-18). [...] A qualificação e a profissionalização no atendimento aos jesuítas. (Ent.stak-10). [...] Gestão integrada dos processos. (Ent.stak-20). [...] Agilidade nos encaminhamentos. (Ent.stak-5). [...] A universalidade do atendimento e a racionalidade e canalização dos processos. (Ent.stak-2).

O desafio institucional é mencionado nos clusters Dois, Quatro e Seis, elencando-se a relação da igreja com o corpo, a ausência de uma cultura preventiva em saúde, a desmistificação dos espaços de cuidado, o envelhecimento populacional da instituição, a preocupação com a saúde mental dos integrantes, a falta de um responsável pela saúde dos jesuítas em missão, os jesuítas jovens usando mais dos recursos em saúde e o questionamento quanto a felicidade no processo terminal do jesuíta, como se ilustra nos excertos em seguida: [...] A mentalidade na vida religiosa em relação ao corpo. (Ent.stak-5). [...] A conscientização de uma cultura preventiva ao bem envelhecer. (Ent.stak-20). [...] A vida religiosa está envelhecida. (Ent.stak-16). [...] O conceito dos espaços de cuidado. (Ent.stak-6). [...] A saúde mental dos jesuítas e os jovens usando em excesso os recursos de saúde. Afinal, quem cuida da saúde dos jesuítas em missão? (Ent.stak-7). [...] O jesuíta precisa terminar a sua vida feliz. (Ent.stak-15).

O desafio de sustentabilidade, relaciona-se aos clusters Dois e Três, em que se relata, o modelo de gestão em saúde vai precisar contar com gestores capacitados, qualificados, competentes, interdisciplinares, ágeis e que sejam responsáveis pela gestão do processo, como se observa nas falas: [...] O modelo precisa e vai precisar contar com gestores capacitados e qualificados e como vamos segurá-los? (Ent.stak-11). [...] Vai demandar de pessoas competentes, interdisciplinares, ágeis, e que sejam responsáveis pela gestão do processo. (Ent.stak-2). As oportunidades financeiras, vinculam-se aos clusters Seis e Sete, onde se constata a conscientização dos jesuítas para usufruírem mais das estruturas dos serviços de saúde, a adoção de uma cultura preventiva e da implantação da telemedicina, como se percebe nos excertos: [...] A conscientização dos jesuítas das estruturas de saúde que se oferece. (Ent.stak-7). [...] A construção de uma cultura preventiva ao envelhecimento saudável. (Ent.stak-20). [...] A implantação da telemedicina, reduziria os custos e melhoraria o acompanhamento dos jesuítas em regiões remotas. (Ent.stak-5).

Quanto as singularidades, no cluster Dois aparece a oportunidade regional, onde menciona-se que as CSBE acolhem jesuítas de qualquer parte do Brasil, a sistematização de práticas e linguagens com um mesmo objetivo, como se constata nos relatos: [...] As CSBE acolhem jesuítas de todo o Brasil e seguem as mesmas orientações. (Ent. stak-18). [...] Sistematizar práticas diferentes com um mesmo objetivo comum. (Ent.stak-2). [...] Traduzir diferentes linguagens. (Ent.stak-8). No cluster Três, consta o serviço dos profissionais, destacando-se a relação de confiança que se estabelece entre os profissionais e jesuítas e o atendimento humanizado e qualificado, como segue nas falas: [...] A relação de confiança entre profissionais e jesuítas. (Ent.stak-3). [...] A qualidade do atendimento. (Ent.stak-10). [...] Profissionais humanos. (Ent.stak-4).

No que toca a compra de medicação em escala, relaciona-se com o cluster Quatro, que citam a economia, a redução de custos, a organização dos processos com a centralização das aquisições e o acompanhamento personalizado, conforme os excertos: [...] A compra das medicações em escala traz economia. (Ent.stak-18). [...] A gestão centralizada dos medicamentos reduz custos. (Ent.stak-11). [...] A distribuição das medicações é organizada. (Ent.stak-12). [...] Se acompanha o histórico das medicações dos jesuítas. (Ent.stak-8). Com o cluster Cinco, associa-se a racionalização e otimização dos custos, onde é referido os investimentos iniciais, a autogestão, as desospitalizações e a compra em escala das medicações, como mencionam: [...] Por primeiro, precisa-se de investimento. (Ent.stak-19). [...] A autogestão e as desospitalizações juntamente com a compra em escala das medicações. (Ent.stak-8). O cuidado integrado, preventivo e humanizado, vincula-se ao cluster Seis, em que o cuidado é compreendido nas dimensões da integralidade, da prevenção e da humanização, como referem: [...] A compreensão do cuidado é mais ampla, é algo integrado, preventivo. (Ent.stak-13). [...] Um cuidado humanizado. (Ent.stak-20).

Os achados evidenciam que a transição do modelo de gestão em saúde ultrapassa mudanças operacionais, envolvendo transformações culturais, relacionais e institucionais no cuidado à população religiosa envelhecida. A valorização da prevenção, da integralidade, da humanização e da atuação interdisciplinar aproxima-se das discussões de Veras, Caldas e Cordeiro (2013), Holanda e Pereira (2020) e Koenig (2012), ao defenderem modelos de cuidado centrados na pessoa e atentos às dimensões humanas, espirituais e relacionais da saúde. A profissionalização da gestão, a sistematização dos processos e a racionalização dos recursos também convergem com Souza e Carvalho (2021), Phaiffer (2020) e Carrapato, Castanheira e Placideli (2018), ao evidenciarem a necessidade de organizações confessionais articularem sustentabilidade institucional, qualificação da gestão e cuidado integrado.

Ao mesmo tempo, os resultados revelam tensões entre avanços organizacionais e permanências culturais associadas ao paradigma biomédico e às concepções tradicionais sobre corpo, envelhecimento e cuidado na vida religiosa. Embora os stakeholders reconheçam ganhos relacionados à integração dos serviços, à prevenção, à telemedicina e à qualificação dos processos, persistem desafios ligados à adesão cultural, à saúde mental e à retenção de profissionais qualificados. Tais achados dialogam com Barreto et al. (2019), Caetano et al. (2020) e Aveni (2020), ao ressaltarem a relevância da educação em saúde, da prevenção e das tecnologias para ampliação do acesso, da eficiência e da personalização do cuidado.

Quadro 4. Análise comparativa dos clusters para os 14 usuários. São Leopoldo, RS, Brasil, 2022.

Categorias e subcategorias	C1	C2	C3
Modelo de gestão em saúde			
Desmistificação dos espaços	Y	Y	0
Sistematização e profissionalização	0	Y	Y
Racionalização e otimização dos custos	Y	Y	Y
Compreensão do cuidado			
Integrado, preventivo e humanizado	Y	Y	Y
Com abordagem interdisciplinar	Y	Y	Y
Mudanças ocorridas			
Diferenças do antes e depois	X	X	Y
Principais melhorias	Y	Y	Y
Documentos instituídos	Y	Y	Y
Educação continuada	0	Y	Y
Serviço dos profissionais	X	Y	X
Sentimento de ser cuidado	0	X	X
Sustentabilidade econômica			
Autogestão	0	Y	Y
Compra de medicação em escala	Y	Y	Y
Otimização dos serviços	0	Y	Y
Investimento em profissionais	Y	Y	Y
Desafios			
Instituicional	Y	Y	Y
Regional	Y	0	0
Adesão	Y	Y	Y
Financeiro	Y	X	0
Comunicação	Y	Y	Y
Sustentabilidade	Y	Y	Y
Lideranca	Y	0	Y
Oportunidades			
Institucional	Y	Y	0
Regional	Y	Y	Y
Preparar o jesuíta para envelhecer	0	Y	Y
Financeira	Y	Y	Y
Uso de tecnologias	Y	Y	Y
Ampliar os serviços	Y	Y	Y

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

No quadro 4, os participantes dos três clusters aproximam-se pelas diferenças do antes e depois, onde referem que anteriormente não havia muito interesse pela pessoa humana, com muitos planos de saúde, o ambiente era de pouca comunicação e de atritos entre os profissionais. Enquanto o modelo de gestão atual, ocorre a valorização e a humanização no cuidado, a autogestão, mudanças na infraestrutura, nutricionistas que cuidam e organizam o cardápio e o ambiente de trabalho, como se percebe nos excertos: [...] Antigamente ninguém ligava muito para nós, hoje temos casa e gente para cuidar. (Ent.usu-11). [...] Se tinha vários planos de saúde e tudo muito burocrático e agora temos a autogestão. (Ent.usu-9). [...] Mudou as cores dos corredores e a alimentação. (Ent.usu-1). [...] Um bom acompanhamento no cuidado. (Ent.usu-3). [...] Sem fofocas, todos trabalhando juntos e se comunicando. (Ent.usu-4). [...] Melhor cuidado pela pessoa. (Ent.usu-14).

Os clusters Um e Três associam-se com os serviços dos profissionais, enfatizando competências socioemocionais dos profissionais, tais como verifica-se nos relatos: [...] Capacidade de empatia. (Ent.usu-1). [...] Carinhosos e dedicados. (Ent.usu-12). [...] Sempre disponíveis. (Ent.usu-14). [...] A gentileza no cuidado. (Ent.usu-2). [...] Alegres e felizes. (Ent.usu-7). [...] Respeitosos e cuidadosos. (Ent.usu-13). [...] Excepcionais de acolhida. (Ent.usu-8). O sentimento de ser cuidado assemelha-se nos clusters Dois e Três, destacando-se a organização dos processos, a acolhida, o cuidado, a valorização da vida humana, a alimentação, o interesse dos profissionais, a segurança, o respeito, a dedicação, a humanização, o amor e o tratamento igualado, como se observa nas falas: [...] Não falta nada tudo é organizado. (Ent.usu-1). [...] Muito bem cuidado e acolhido. (Ent.usu-12). [...] Valorizam a vida da pessoa. (Ent.usu-13). [...] A comida é pensada de acordo com a idade e a situação de saúde de cada um. (Ent. usu-14). [...] Me sinto seguro. (Ent.usu-3). [...] Nos respeitam e fazem o trabalho com muito amor e dedicação. (Ent. usu-6). [...] Trata-se todos igual. (Ent.usu-7). Como singular no cluster Dois, aparece o desafio financeiro, onde se constata o quantitativo de profissionais, impactando financeiramente a instituição, como se percebe nos excertos: [...] Se poderia economizar em funcionários. (Ent.usu-13). [...] Somos em muito poucos, para muitos funcionários. (Ent.usu-10).

Os resultados evidenciam que as mudanças percebidas pelos usuários ultrapassam aspectos operacionais e administrativos, alcançando dimensões subjetivas e relacionais do cuidado. Elementos como acolhimento, empatia, respeito, dedicação, segurança, alimentação individualizada e valorização da pessoa humana indicam que o modelo de gestão em saúde passou a ser experienciado como uma prática concreta de cuidado integral e humanizado. Esses achados convergem com Luiz, Caregnato e Costa (2017) e Carrapato, Castanheira e Placideli (2018), ao destacarem a relevância das relações empáticas e dos vínculos de confiança na qualificação do cuidado, bem como com Holanda e Pereira (2020) e Dassoler (2015), ao evidenciarem a importância das dimensões humanas, relacionais e valorativas em contextos confessionais. Por outro lado, o desafio financeiro mencionado pelos participantes revela a necessidade de equilibrar a ampliação dos serviços e da qualidade assistencial com a sustentabilidade institucional do modelo.

A seguir, apresenta-se uma síntese integrativa dos principais achados da pesquisa, articulando os resultados empíricos ao referencial teórico adotado no estudo.

Quadro 5. Síntese analítica dos principais resultados e aproximações teóricas.

Eixo analítico	Principais resultados empíricos	Interpretação analítica	Referências teóricas
Processos e profissionalização	Implantação de protocolos; prontuário eletrônico; autogestão; centralização dos atendimentos; racionalização de custos; ampliação das equipes interdisciplinares	Evidencia-se a transição de um modelo fragmentado para uma lógica mais integrada, sistematizada e profissionalizada do cuidado em saúde	Paim e Teixeira (2006); Souza e Carvalho (2021); Phaiffer (2020)
Integralidade e interdisciplinaridade do cuidado	Trabalho horizontal entre equipes; prevenção; cuidado integrado; escuta ativa; maior resolutividade	Os resultados indicam superação parcial do paradigma biomédico e fortalecimento de práticas centradas na integralidade do cuidado	Capra (2012); Veras, Caldas e Cordeiro (2013); Soares et al. (2022)
Humanização e segurança psicológica	Relações mais empáticas; valorização dos usuários; acolhimento; sentimento de ser cuidado; redução de conflitos	O modelo favorece ambientes mais colaborativos, confiáveis e humanizados, fortalecendo vínculos relacionais e segurança psicológica	Costa e Couto (2021); Holanda e Pereira (2020); Dassoler (2015)
Sustentabilidade e racionalização dos serviços	Compra de medicamentos em escala; desospitalização; otimização dos serviços; telemedicina	A reorganização dos processos contribui para maior eficiência econômica e coordenação do cuidado	Barros (2021); Peters, Castro e Cavalcanti (2022); Zanotto et al. (2020)
Mudança cultural e desafios institucionais	Resistência ao modelo; necessidade de adesão; quebra do paradigma biomédico; envelhecimento institucional	Os achados demonstram que mudanças organizacionais em saúde exigem transformação cultural e alinhamento institucional contínuo	Phaiffer (2020); Martins e Waclawovsky (2015); Souza e Carvalho (2021)
Cuidado em contexto confessional	Integração entre saúde, bem-estar, envelhecimento e dignidade; valorização da pessoa; cuidado ao religioso idoso	Instituições confessionais podem articular espiritualidade, cuidado integral e humanização em saúde	Guiahi et al. (2019); Holanda e Pereira (2020); Dassoler (2015)

Fonte: Elaborado pelos autores com suporte de IA, 2025.

4 Discussão

Diante dos dados apresentados, percebe-se que a subcategoria das diferenças do antes e do depois, perpassa nos três grupos estudados. As subcategorias, sistematização e profissionalização e o cuidado integrado, preventivo e humanizado, aparecem nos grupos dos profissionais e stakeholders. É exclusivo do grupo dos profissionais as subcategorias principais melhorias, otimização dos serviços e os aspectos a evoluir. Nos stakeholders é a racionalização e otimização dos serviços, a compra em escala dos medicamentos, os desafios institucionais e de sustentabilidade, as oportunidades institucionais, a financeira e a regional. Para os usuários, o sentimento de ser cuidado e o desafio financeiro.

São três os aspectos que integram a análise transversal entre os participantes. O primeiro envolve os processos e a profissionalização, o que significa: a criação de protocolos e documentos instituídos; a autogestão (compra de medicamentos em escala e serviços médicos hospitalares); o aumento do planejamento e diminuição da burocratização, gerando maior agilidade e racionalização das ações; a capacitação, expansão e qualificação das equipes de profissionais (atuação interdisciplinar e contratação de especialistas); a implantação do prontuário eletrônico; a construção de espaços de cuidado que permite a desospitalização, gerando nos usuários maior confiança e segurança.

O empoderamento e valorização de cada profissional em sua área de atuação, descentralizando e padronizando o cuidado por meio de protocolos e atuação interdisciplinar, contribui para ações preventivas, promocionais e educativas (Brasil, 2020). Por meio da autogestão os indivíduos se comprometem a cocriar valor aos serviços de saúde e coproduzir saúde (Satur; Bastos; Abreu, 2020). Ter eficiência na aquisição de produtos com qualidade assegurada e em quantidades apropriadas por um preço razoável, viabiliza a economicidade dos recursos (Paes, 2019). Um dos ganhos na compra em escala de medicamentos é a racionalidade dos processos (Peters; Castro; Cavalcanti, 2022).

O fundamento de que todo investimento deve garantir uma racionalidade econômica, representa um indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde (Flexa; Barbastefano, 2020). Quanto ao prontuário eletrônico, traz vantagens para a otimização e armazenamento das informações, centralizando e integrando as informações sobre o paciente (Schütz; Oliveira, 2020). No que se refere a interdisciplinaridade no contexto da área da saúde, requer que haja uma intercessão na atuação de cada profissional, fazendo-os terem êxito em seus planos terapêuticos (Soares et al., 2022), no compartilhamento de experiências e trocas de conhecimentos de suas respectivas especialidades (Nascimento et al., 2021).

O segundo diz respeito ao ambiente de segurança psicológica, com relações interpessoais mais empáticas e confiáveis; comunicação mais aberta e fluída; formação de equipes mais coesas, menos conflitivas e menos hierárquicas, rompendo com o paradigma biomédico. Profissionais que compartilham comportamentos interpessoais amigáveis, sociáveis, calorosos e confiáveis demonstram maior índice de empatia (Costa; Couto, 2021). Embora haja todo um esforço para modificar as práticas e os arranjos institucionais, com o intuito de propiciar maior integralidade dentro dos serviços de saúde, permanecem ainda os resquícios autoritários do modelo biomédico (Oliveira et al., 2022).

O terceiro é o cuidado, mais humanizado e personalizado; preventivo a partir de um olhar integrado de diferentes profissionais; com espaços e práticas adequados ao acolhimento e acompanhamento das necessidades de saúde dos jesuítas. O cuidado preventivo é uma estratégia responsável pela redução dos gastos em saúde e pela melhor qualidade de vida da população e é fundamental para que se avance para um modelo de saúde mais humanizado, eficiente e com melhor custo-benefício (Oliveira et al., 2021). No que diz respeito ao acolhimento não é apenas uma atividade de recepção nas instituições de saúde, e sim uma atitude e uma técnica de conversa que pode ocorrer em qualquer momento do atendimento e por qualquer profissional de saúde (Silva et al., 2022).

Em relação aos desafios institucionais, emergiram das respostas dos stakeholders a importância de ressignificar a consciência do corpo entre religiosos; fomentar a cultura de prevenção em saúde e o envelhecimento saudável na vida religiosa; atentar para a saúde mental dos religiosos, definindo estratégias de cuidado e promoção de bem-estar; instituir práticas de cuidado em saúde para os jesuítas externos às CSBE; promover bem-estar e dignidade no processo terminal da vida. Outro desafio envolve a política de gestão de pessoas, nomeadamente a alocação, a retenção e o desenvolvimento de lideranças.

Na dimensão do corpo, propõe-se uma escuta ativa da sua linguagem, seus gritos, seus sussurros e seus silêncios (Oliveira, 2022). Em relação ao processo de envelhecimento das congregações religiosas, tem gerado a necessidade de ressignificar o modo de ser e agir frente às limitações que o envelhecimento impõe (Santos et al., 2021). Um gestor preparado apresenta aspectos positivos, demonstra a autoconfiança necessária em suas capacidades, tornando suas ações assertivas mesmo em situações adversas independente do resultado alcançado, assumindo as responsabilidades por elas (Marinelli, 2022). Um dos maiores desafios atuais é a atração e a retenção de pessoas adequadas à cultura da empresa (Soares, 2021).

Quanto às oportunidades, evidenciou-se nesse grupo de participantes a importância de considerar as peculiaridades das diferentes regiões do país, respeitando-as e ao mesmo tempo construindo um modelo de gestão único. Em relação a oportunidade financeira, sublinharam que a adoção de hábitos saudáveis e a cultura preventiva, ajudaria a prevenir doenças e a reduzir custos. Além disso, a implantação da telemedicina facilitaria o acesso a saúde para jesuítas em regiões remotas com acompanhamento periódico. Isso poderá traduzir-se em ganhos de eficiência e eficácia no cuidado de saúde. A telemedicina consiste na aplicação de tecnologias de informação na saúde com objetivo de ampliar a oferta de serviços básicos, principalmente quando a distância entre o paciente e o centro de saúde procurado é um fator crítico (Zanotto et al., 2020).

Academicamente, a pesquisa contribui para avanços no entendimento sobre a necessária parceria entre a entidade confessional e os serviços de saúde, com vistas ao fortalecimento de ações voltadas para a população religiosa envelhecida. Neste sentido, a colaboração para a implementação de medidas para o acesso facilitado aos cuidados de saúde, a criação de um ambiente promotor de integração entre fé e saúde, e para a abordagem centrada na integração e prevenção, com o fortalecimento da coesão social e o senso de pertencimento religioso, são fatores-chave no processo de aprimoramento do modelo de saúde. Considerando que este estudo reforça a importância de adotar estratégias que podem ser aplicadas não apenas em entidades confessionais, mas também em outras organizações de saúde, para atender às demandas de grupos populacionais específicos, essencialmente os mais envelhecidos, há também subsídios teóricos e práticos relevantes para profissionais da saúde, gestores e formuladores de políticas, visando o aprimoramento dos sistemas de saúde e o bem-estar de uma população.

5 Conclusão

Conclui-se que os três grupos pesquisados, integram-se em torno de três aspectos centrais: a) os processos e a profissionalização, b) o ambiente de segurança psicológica e, c) o cuidado. De forma geral, o novo modelo de gestão em saúde é percebido favoravelmente pelos participantes, corroborando proposições da literatura acerca da referência de práticas integradas, preventivas e humanizadas no cuidado em saúde.

As evidências do estudo permitem responder à questão de pesquisa ao demonstrar que a transição de um modelo centrado predominantemente no tratamento para uma abordagem integrada, preventiva e centrada na pessoa, contribui para maior coordenação do cuidado, fortalecimento das relações entre profissionais e usuários e ampliação da percepção de bem-estar em uma população religiosa envelhecida.

Os resultados também evidenciam que estratégias de gestão em saúde orientadas à interdisciplinaridade, à profissionalização dos processos, à sistematização do cuidado e à participação ativa dos múltiplos stakeholders favorecem maior aderência às necessidades específicas desse grupo populacional. Nesse sentido, o estudo amplia a compreensão sobre modelos de gestão em saúde em entidades confessionais, ao indicar que a articulação entre sustentabilidade organizacional, identidade institucional e cuidado integral pode fortalecer práticas assistenciais mais humanizadas e resolutivas. As evidências encontradas sugerem, ainda, implicações relevantes para organizações confessionais e demais instituições de saúde que enfrentam os desafios decorrentes do envelhecimento populacional, especialmente quanto à necessidade de reorganização dos serviços, fortalecimento do trabalho interdisciplinar, valorização da escuta ativa e superação de modelos excessivamente biomédicos e fragmentados.

Como limitações, destaca-se que o estudo foi realizado em um contexto organizacional específico, vinculado a uma população religiosa envelhecida, o que limita possibilidades de generalização para outros contextos institucionais e populacionais. Além disso, por estar circunscrito a um determinado recorte temporal, os resultados refletem um processo de transição organizacional ainda em desenvolvimento, sujeito a mudanças e amadurecimentos futuros. Sugere-se, portanto, a realização de estudos longitudinais que acompanhem a consolidação do modelo de gestão em saúde ao longo do tempo, bem como pesquisas comparativas entre diferentes organizações confessionais e não confessionais, de modo a ampliar a compreensão sobre os impactos de modelos integrados, preventivos e humanizados no cuidado a populações envelhecidas.

Referências

Araújo, H. P. A.; Santos, L. C.; Domingos, T. S.; Alencar, R. A. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, p. 34-50, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/XQJs46fmqM6kHvTPGghsHJc/. DOI: 10.1590/1518-8345.4484.3450.

Barros, N. F.; Spadacio, C.; Costa, M. V. Interprofessional work in Integrative and Complementary Practices in the context of Primary Health Care: potentials and challenges. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 163-173, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WhJFzVYJtKrZs7zNjq5k49R/?format=pdf&lang=pt. DOI: 10.1590/0103-11042018S111.

Barros, P. P. **Economia da saúde**: conceitos e comportamentos. 4. ed. Lisboa: Almedina, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. P**rotocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20210104_Relatorio_PCDT_DOM_CP_72.pdf.

Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/hZLwpVCM8N4ySDF5BNkKcgD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 20 mar. 2021.

Costa, S. T. S.; Couto, G. Interações interpessoais, empatia e aceitação no trabalho. **GETEC**, v. 10, n. 31, p. 116-135, 2021.

Flexa, R. G. C.; Barbastefano, R. G. Public Health consortia: a literature review. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1055798. DOI: 10.1590/1413-81232020251.24262019.

Gomes, R.; Moreira, W.; Girão, P. Health management models and their impacts on organizational behaviors of human resources in the hospital setting. **Wor Jour of Adv Res and Rev**, v. 17, n. 03, p. 318-324, 2023.

Grossman, R. A framework for evaluating the analytic maturity of an organization. **International Journal of Information Management**, v. 38, n. 1, p. 45-51, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401217300026. Acesso em: 15 abr. 2021.

Guiahi, M. et al. Patient views on religious institutional health care. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 12, p. e1917008, 2019. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17008.

Marinelli, E. B. Intellectual capital managers: breaking moors. **RECIMA21**, v. 3, n. 7, p. 01-13, 2022. Disponível em: https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1304/1279. DOI: 10.47820/recima21.v3i7.1304.

Moraes, R.; Galiazzi, M. C. **Análise textual discursiva**. 3. ed. rev. e ampl. Ijuí: Editora Unijuí, 2016.

Nascimento, J. W.; Silva, L. R.; Arruda, L. E. S.; Freitas, M. V. A.; Nascimento, M. L. V.; Silva, M. G. G. et al. Experience report on the importance of intersectoriality and interprofissionality for the promotion of health in an extension project, Pet-health interprofissionality. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 560-578, 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22801/18284. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-049.

Oliveira, H. A.; Costa, T. C.; Silveira, P. H.; Resende, G. R.; Pereira, Y. R. B.; Makssuel, C. et al. Financial impact of preventive medicine actions on the health system. **Braz Jour of Surg and Clin Res**, v. 36, n. 3, p. 57-61, 2021.

Oliveira, P. R. F. Apostolic body, incarnate spirituality: suggestions for a theology of the senses. **ATeo**, v. 26, n. 69, p. 198-226, 2022. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/59545/59545.PDF.

Oliveira, P. R. S.; Calais, L. B.; Souza, D. L. A.; Silva, M. H.; Pinto, N. S. Bond, affection, work in health: ethical-political approaches to care. **Psicologia Argumento**, v. 39, n. 108, p. 1532-1556, 2022. DOI: 10.7213/psicolargum39.108.AO10.

Paim, J. S.; Teixeira, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 73-78, 2006. Número especial. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625. Acesso em: 10 maio 2021.

Paes, F. J. B. B. **Modelo de análise custo-benefício: um mecanismo de racionalidade económica**. 2019. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2019.

Phaiffer, M. A. Os processos de gestão, planejamento e desenvolvimento de instituições de ensino superior públicas e confessionais-comunitárias do Brasil: uma análise comparativa dos planos de desenvolvimento institucional (PDI). 2020. **Tese** (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020.

Peters, J. R.; Castro, M. C.; Cavalcanti, I. T. N. Analysis of practical prices in the acquisition of medicines by the health consortia compared to municipal institutions in the period from 2017 to 2018. **J Bras Econ Saúde**, v. 14, n. 1, p. 38-51, 2022. DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Suppl.1):38-51.

Satur, R. V.; Bastos, A. F. V.; Abreu, N. R. de. Os serviços de saúde e a autogestão da saúde dos usuários de plano público e de plano privado. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 269-282, 2020. Disponível em: https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14681.

Santos, C. N.; Caldas, C. P.; Andrade, P. C. D. T.; Lindolpho, M. C.; Sá, S. P. C.; Penna, L. H. G. O envelhecimento de mulheres religiosas (freiras): implicações para a enfermagem. **Recien**, v. 11, n. 34, p. 237-247, 2021. Disponível em: https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/409.

Schütz, D. M.; Oliveira, D. S. Prontuário eletrônico: uma visão histórica interdisciplinar. **Revista Universo Psi**, v. 1, n. 2, p. 17-32, 2020.

Silva, G. T. R.; Silva, I. N. C.; Lima, J. M. M.; Veiga, K. B.; Teixeira, G. A. S.; Almeida, D. B. Nursing management models: a mechanism for (dis)agreements in the hospital setting. **Ciencia y Enfermeria**, v. 28, p. 25, 2022. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532022000100220. DOI: 10.29393/ce28-25mggd60025.

Soares, M. L.; Aquino, D. F.; Sousa, G. M. L.; Queiroz, J. L.; Matos, J. M. S.; Santiago, L. B. et al. The role of the interdisciplinary team in the treatment of patients. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 5, n. 3, p. 11424-11433, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n3-285.

Soares, N. S. G. **Estratégias de atração e retenção de capital humano**. 2021. Relatório Final de Estágio (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos) – Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, Politécnico de Coimbra, Coimbra, 2021.

Souza, A.; Carvalho, C. E. Proposta de modelo de gestão estratégica para instituições de educação básica confessionais. **Educação por Escrito**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 1-14, 2021. DOI: 10.15448/2179-8435.2021.1.35052.

Stake, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

Veras, R. P.; Caldas, C. P.; Cordeiro, H. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.

Zanotto, B. S. et al. Economic evaluation of a telemedicine service to expand primary health care in Rio Grande do Sul: teleoftalmo's microcosting analysis. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1349-1360, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.28992019.

Data da submissão: 05/09/2025.

Data da publicação: 09/07/2026.

Editoria deste artigo: Dra. Maria de Lourdes Borges e Dra. Daniela Dalbosco Dell'Aglio.