

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO**

Eduardo Mourgues Moreira

**A INOVAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE DA  
MULHER: Uma Análise das Possibilidades da Salutogênese no  
Empreendedorismo da Clínica Alfa de Medicina da Mulher**

Florianópolis

2024

Eduardo Mourgues Moreira

**A INOVAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE DA  
MULHER: Uma Análise das Possibilidades da Salutogênese no  
Empreendedorismo da Clínica Alfa de Medicina da Mulher**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina CAD 7304  
como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel  
em Administração pela Universidade Federal de Santa  
Catarina.

Enfoque: Empreendedorismo.

Orientador: Prof. Paulo Otolini Garrido, Dr.

Florianópolis

2024

**Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.  
Dados inseridos pelo próprio autor.**

Moreira, Eduardo Mourgues

A inovação da gestão da qualidade na saúde da mulher :  
uma análise das possibilidades da salutogênese no  
empreendedorismo da clínica alfa de medicina da mulher /  
Eduardo Mourgues Moreira ; orientador, Paulo Otolini  
Garrido, 2024.

67 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro  
Socioeconômico, Graduação em Administração, Florianópolis,  
2024.

Inclui referências.

1. Administração. 2. Saúde da Mulher. 3.  
Empreendedorismo. 4. Gestão de Clínica Médica. 5.  
Salutogênese . I. Garrido, Paulo Otolini. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Graduação em Administração.  
III. Título.

# **A INOVAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE DA MULHER: Uma Análise das Possibilidades da Salutogênese no Empreendedorismo da Clínica Alfa de Medicina da Mulher**

Este Trabalho de Curso foi julgado adequado e aprovado na sua forma final pela Coordenadoria Trabalho de Curso do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 27 de Fevereiro de 2024.

---

Profa. Dra. Ana Luiza Paraboni  
Coordenadora de Trabalho de Curso

## **Avaliadores:**



Documento assinado digitalmente  
**PAULO OTOLINI GARRIDO**  
Data: 29/02/2024 02:35:24-0300  
CPF: \*\*\*.193.249-\*\*  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

Prof. Paulo Otolini Garrido, Dr.  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup>. Meire Mezzomo, Me.  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup>. Marilda da Penha Teixeira Nagaoka, Dra.  
Avaliadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

## AGRADECIMENTOS

É com profunda gratidão e emoção que dedico este espaço para expressar minha sincera apreciação àqueles que foram fundamentais na realização desta jornada. Cada um de vocês desempenhou um papel crucial, contribuindo de maneira única para este capítulo significativo da minha vida acadêmica.

### **À minha Família:**

Renata e Reginaldo, meus pilares de apoio e fontes inesgotáveis de amor e incentivo;

André e Gabriel, meus irmãos queridos dos quais eu amo;

Fernanda, minha namorada e futura esposa, cujo amor incondicional e compreensão tornaram todos os obstáculos mais superáveis.

### **Aos Amigos de Infância:**

Pedro e Cyro, companheiros de longa data que testemunharam o crescimento, as risadas e as experiências compartilhadas.

### **Aos Amigos de Faculdade:**

Paulo Garrido, meu orientador dedicado e mentor acadêmico. Sua orientação sábia, apoio incansável e expertise foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Agradeço por sua paciência, comprometimento e inspiração;

Paulo, Marcello e Luan, colegas de jornada acadêmica, cujo apoio mútuo e colaboração enriqueceram a experiência universitária e fora dela.

### **Aos Amigos de Trabalho:**

Abel e Wagner, cuja amizade prevaleceu no ambiente profissional. Colaboração fizeram os dias de trabalho mais leves e produtivos.

**A todos vocês, expresso minha eterna gratidão.** Este TCC é, de fato, fruto do apoio, amor, amizade e orientação que cada um compartilhou generosamente. Que esta conquista seja uma celebração não apenas minha, mas de todos nós que trilhamos este caminho juntos.

Eduardo Mourgues Moreira

*“Tentar criar o futuro é altamente arriscado, mas  
é menos arriscado que não tentar criá-lo”.*  
*(Drucker, 2006, p.80).*

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo geral: analisar as possibilidades de empreender a Clínica Alfa de Medicina da Mulher de modo a contemplar a inovação no negócio e na qualidade dos serviços para a saúde da mulher. A metodologia classifica o trabalho como pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, pesquisa descritiva e explicativa, bibliográfica, documental, estudo de caso e pesquisa na internet; a amostragem foi escolhida por conveniência e não probabilística. Os procedimentos metodológicos fizeram uso de ruptura metodológica e análise técnica da hermenêutica-dialética, das ferramentas da estrutura das quatro ações para inovação e do Canvas do Modelo de Negócio. Os resultados apontaram: i) Quanto à Saúde da Mulher: concepções restritas, na sua função reprodutiva e a maternidade, enquanto, em concepções mais amplas, incluem integralidade, gênero, direitos humanos e questões relacionadas à autonomia e cidadania ii) Quanto à Tecnologia na Saúde, o setor se encontra em reestruturação e transição tecnológica da saúde, com foco maior nas tecnologias de produto, no problema biológico e em procedimentos e serviços, iii) Quanto à Inovação na Saúde: predomínio de valores capitalistas e visão determinista e lógica instrumental, paradigma patogênico e de cuidado de doenças; as inovações se resumem à transformação digital na cadeia de valor, plataformização na gestão da saúde, uso de tecnologias e inteligência artificial e “indústria de saúde tech”, promovendo as tecnologias duras; iv) Quanto ao empreendedorismo de um negócio de clínica de medicina da mulher: há necessidade de empreender com uma visão crítica da tecnociência no setor saúde e um novo olhar sobre o trabalho vivo e o ato de cuidar na saúde da mulher para um modelo de negócios de uma clínica médica feminina. Conclui-se que há possibilidades de ressignificar os conhecimentos tecnológicos e de gestão na saúde, por meio da racionalização subversiva ou democrática do aparato tecnológico, integrado à ressignificação e da gestão na saúde, para alcançar boas práticas da saúde da mulher, definidos em um novo modelos de negócios com base na organização salutogênica e na gestão social.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Empreendedorismo. Gestão de Clínica Médica. Modelo de Negócios. Salutogênese.

## ABSTRACT

The present study aims to analyze the possibilities of undertaking the Alpha Women's Medicine Clinic in order to contemplate innovation in the business and the quality of services for women's health. The methodology classifies the work as applied research, with a qualitative approach, descriptive and explanatory research, bibliographic, documentary, case study, and internet research; the sampling was chosen for convenience and non-probabilistic. The methodological procedures made use of methodological rupture and technical analysis of dialectical hermeneutics, the tools of the four actions framework for innovation, and the Business Model Canvas. The results indicated: i) Regarding Women's Health: restricted conceptions, in its reproductive function and maternity, while in broader conceptions, they include integrality, gender, human rights, and issues related to autonomy and citizenship; ii) Regarding Technology in Health, the sector is undergoing restructuring and technological transition in health, with a greater focus on product technologies, biological problem, and procedures and services; iii) Regarding Innovation in Health: predominance of capitalist values and deterministic and instrumental logic vision, pathogenic paradigm and care of diseases; innovations are summarized in digital transformation in the value chain, platformization in health management, use of technologies and artificial intelligence, and "health tech industry", promoting hard technologies; iv) Regarding the entrepreneurship of a women's medicine clinic business: there is a need to undertake with a critical view of technoscience in the health sector and a new perspective on living work and the act of caring in women's health for a business model of a women's medical clinic. It is concluded that there are possibilities of re-signifying technological and management knowledge in health, through subversive or democratic rationalization of the technological apparatus, integrated with the re-signification and management in health, to achieve good practices in women's health, defined in new business models based on salutogenic organization and social management.

**Keywords:** Women's Health. Entrepreneurship. Medical Clinic Management. Business Model. Salutogenesis.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GEM *Global Entrepreneurship Monitor*

SEBRAE Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Negócio e Áreas de Negócio das Startups brasileiras de <i>HealthTechs</i>	30
Figura 2 - Investimentos em Digitalização das Startups brasileiras de <i>HealthTechs</i>	31
Figura 3 - Conceito Guarda-chuva da Salutogênese	34
Figura 4 - Esquema Síntese da Atenção à Saúde das Mulheres	37
Figura 5 - Tamanho do Mercado Mundial da Saúde da Mulher	42
Figura 6 - Mercado e Fluxos de Serviços de Saúde, Conhecimento e Finanças na Cadeia de Valor da Saúde	44
Figura 7 - Modelo das Quatro Ações	46
Figura 8 - Ferramenta <i>Business Model Canvas</i>	
Figura 9 - Canvas do Modelo de Negócio para Clínica da Mulher	58

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde	23
Quadro 2 - Componentes da Qualidade na Saúde	26
Quadro 3 - Diferenças entre o paradigma patogênico e o paradigma salutogênico	33
Quadro 4 - Estratégia oceano vermelho vs. oceano azul	45
Quadro 5 - Rol de Categorias Temáticas	50

## **1. INTRODUÇÃO**

O presente capítulo tem como propósito fundamental introduzir a problemática abordada nesta pesquisa, delineando os objetivos geral e específicos que orientam a investigação. Além disso, serão apresentadas as justificativas que respaldam a elaboração deste estudo.

### **1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO**

A problemática abordada no estudo tem como foco as organizações consideradas como um processo de interação social e de mudança no contexto sistêmico e de complexidade (MISOCZKY, 2003). Este cenário abrange, primordialmente, temas relacionados à saúde da mulher, empreendedorismo e gestão de clínicas de saúde da mulher.

A dinâmica evolutiva do papel da mulher ao longo dos últimos dois séculos reflete transformações significativas, evidenciando um notável avanço em direção à conquista de direitos e espaços anteriormente restritos. Os movimentos feministas têm almejado a equidade em diversas esferas, conquistando marcos como a independência financeira, liberdade sexual, realização profissional e ingresso destacado no mercado de trabalho. Contudo, as vitórias alcançadas também impuseram um novo estilo de vida às mulheres, impactando diretamente sua saúde.

A evolução da saúde da mulher no país teve início em 1983 com a institucionalização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa representou uma mudança significativa ao romper com a abordagem anterior que se limitava ao termo 'materno-infantil', entendendo a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel como mãe, focada na reprodução e cuidado com os filhos. A partir desse marco, passou-se a adotar o termo 'integralidade', incorporando o princípio constitucional da humanização do cuidado em saúde (SOUTO; MOREIRA, 2021).

As leis e abordagens relacionadas à saúde da mulher têm progredido, notadamente devido à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e às iniciativas das Conferências Nacionais de Saúde (SOUTO; MOREIRA, 2021). No entanto, é crucial reconhecer que o modelo teórico-conceitual do sistema de saúde, especialmente o da biomedicina, juntamente com a complexidade dos problemas que influenciam o processo saúde-doença, constituem obstáculos epistemológicos para a proposta de integralidade (COELHO et al, 2009).

A problemática da saúde da mulher é complexa e multifacetada. A morbimortalidade da mulher brasileira revela um cenário alarmante de mortes evitáveis, definidas como aquelas que poderiam ser prevenidas por meio da atuação integrada e interdisciplinar dos serviços de saúde, aplicação do conhecimento e utilização de tecnologias disponíveis. Entre 2012 e 2021, o percentual de mortes evitáveis entre mulheres aumentou de 69,5% para 77,4%, representando até 330 mil vidas que poderiam ter sido preservadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Um estudo recente publicado no *The Lancet* e apresentado pela Folha de São Paulo, sugere que uma "abordagem feminista" poderia eliminar desigualdades e salvar vidas de mulheres globalmente. A pesquisa, que analisou mortes prematuras por câncer em pacientes entre 30 e 69 anos, concluiu que 800 mil vidas poderiam ser salvas anualmente se as mulheres tivessem acesso a um atendimento de qualidade. Segundo o relatório, a desigualdade e discriminação de gênero são obstáculos para o diagnóstico precoce, destacando que o câncer é uma das principais causas de morte entre as mulheres em todo o mundo. No Brasil, o câncer de mama, conforme a Estimativa 2023 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), é o mais incidente (após o de pele não melanoma), com a expectativa de 74 mil novos casos por ano até 2025 (ONCOGUIA, 2023).

Diante dessa problemática, é fundamental levar em consideração que as estatísticas de saúde revelam uma participação significativa de mulheres negras nos indicadores mais desfavoráveis. Segundo dados de 2021 no Brasil, observa-se que a taxa de mortalidade por aborto em mulheres negras (45,21%) é consideravelmente superior à de mulheres brancas (17,81%). Além disso, a mortalidade materna apresenta uma disparidade significativa, com uma taxa de quase 66% para mulheres negras, em comparação com pouco mais de 30% para mulheres brancas (BARBOSA; OLIVEIRA; CORRÊA, 2023).

A violência contra as mulheres no Brasil, conforme denúncias no Ligue 180, apresentou um aumento significativo de 37,6% em abril de 2020 em comparação a 2019. Para além dessa preocupante estatística, é fundamental abordar o sofrimento ético e político específico enfrentado por mulheres negras, indígenas, pobres e LGBTQIAPN+, evidenciando-se em manifestações como racismo, isolamento, apagamento e até mesmo suicídio (DANTAS et al., 2023).

Pesquisas da Universidade de Brasília evidenciam a associação entre agressão e transtornos mentais, reforçando a necessidade de uma abordagem mais proeminente dos

serviços de saúde mental na prevenção e tratamento da violência, conforme indicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Outro aspecto relevante no contexto da saúde feminina, conforme os dados sobre mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, divulgados pelo Ministério da Saúde em 2021, destaca-se o aumento das taxas de suicídio em mulheres em comparação entre os anos de 2010 e 2019, evidenciando um crescimento de 29%. Além disso, observou-se que as mulheres foram predominantemente afetadas por lesões autoprovocadas, representando 71,3% do total de registros, enquanto as taxas entre os homens também registraram um aumento de 26% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Esta pesquisa aborda também o tema do empreendedorismo feminino, conforme evidenciado pelos dados apresentados no Relatório Executivo sobre Empreendedorismo no Brasil de 2022 do Global Entrepreneurship Monitor (GEM). De acordo com as informações contidas neste relatório, um dos principais desafios enfrentados é a limitação no acesso a recursos financeiros e oportunidades de capacitação, o que complica a fundação e o desenvolvimento de novos empreendimentos. Em relação às mulheres, o documento destaca que a entrada tardia no cenário empreendedor e as maiores dificuldades para manter-se nessa atividade são desafios específicos que enfrentam. No entanto, os indicadores [11%] apontam para "os esforços das mulheres em buscar uma presença mais significativa entre os empreendedores estabelecidos" em comparação aos homens (GEM; ANEGEPE; SEBRAE, 2023).

Rodrigues et al. (2021) destacam que, de acordo com suas pesquisas, "a motivação por necessidade é um fator determinante para o empreendedorismo feminino no Brasil". No entanto, os autores ressaltam que as mulheres enfrentam as barreiras de uma sociedade historicamente marcada pela cultura masculina e a ausência de estímulos adequados por parte do poder público brasileiro para promover o empreendedorismo feminino. Por outro lado, Silva e Oliveira (2023) observaram, além dos desafios socioculturais, que muitas mulheres têm dificuldade em dedicar-se integralmente aos seus negócios.

Quanto à complexidade do empreendedorismo em clínicas médicas especializadas na saúde da mulher, é relevante destacar que, conforme dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, os serviços de saúde destinados às mulheres frequentemente apresentam características de discriminação e insatisfação. Nesse contexto, a "qualidade dos serviços de saúde configura-se hoje em um imperativo técnico e social", o que indica que os desafios

enfrentados não se limitam apenas às demandas relacionadas à administração ou à gestão médica, mas transcendem para questões mais amplas e sensíveis (MAIA, et al. 2011, p.2567).

A complexidade do empreendedorismo em uma clínica de saúde da mulher é ilustrada pela Fiocruz por meio de recomendações de Boas Práticas, fundamentadas na Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres (PNAISM). A instituição propõe um Esquema Síntese da Atenção à Saúde das Mulheres, que abrange princípios como humanização, integralidade, atenção às vulnerabilidades, autonomia, protagonismo e garantia de direitos. As ações recomendadas abrangem áreas como climatério, atenção ginecológica, saúde sexual e reprodutiva, situações de violência, abortamento, gestação, parto e nascimento (FIOCRUZ, 2023).

Dessa forma, a gestão de clínicas especializadas em medicina da mulher requer a entrega de serviços que priorizem a humanização e a qualidade na atenção integral à saúde feminina. Além disso, a problemática enfrentada é ampliada pelas oportunidades proporcionadas pela inovação tecnológica em modelos de prestação de serviços de saúde e atendimento médico, dinâmica essa que sofreu transformações significativas com as novas tendências pós-pandemia (DELOITTE, 2023).

A tecnologia na gestão de clínicas médicas, atualmente, engloba conceitos e práticas como Saúde 4.0: Gestão, Tecnologia, Humanização e Inovação, Telessaúde ou Teleconsulta, Telemonitoramento e Consultoria Virtual, Chat com pacientes por meio de ferramentas digitais, Chatbot ou assistente virtual que respondem questionamentos comuns dos pacientes, Telecirurgia Medicina Preventiva, SaaS, cloud-computing, Data Science e Predictive Analytics para Gestão de Dados e Registros Eletrônicos de Saúde, Gestão da Experiência do Cliente na Saúde Digital, Equidade, Sustentabilidade, Fitness e bem-estar, Planos de Saúde digitais, softwares de gestão e prontuário, além de IA & Big data, ambientes agradáveis e cultura saudáveis de trabalho, entre outras (DISTRITO, 2022; DELOITTE, 2023; PUCPR, 2024).

Assim, dentro do cenário empresarial da saúde, especialmente no âmbito da complexidade associada à saúde da mulher, surge a indústria de "Saúde Tech". Destacam-se as "Femtechs", que são startups fundamentadas em tecnologia e inovações voltadas para a saúde e bem-estar feminino. Estas empresas oferecem soluções específicas para áreas como menstruação, saúde materna, fertilidade e bem-estar sexual (DISTRITO, 2023).

A problemática da pesquisa ainda precisa responder às oportunidades da inovação em modelos de prestação de serviços na saúde e para o atendimento médico. Neste sentido,

Antonovsky (1996, p.11), em contraposição ao modelo patogênico, apresenta a “orientação salutogênica como um paradigma mais viável para a pesquisa e prática em promoção da saúde”.

A abordagem salutogênica, para a promoção da saúde, pode ser incorporada como um modelo de saúde organizacional (PELIKAN, 2016; BAUER, JENNY, 2016). Essa perspectiva também pode ser considerada como uma dimensão da qualidade hospitalar, proporcionando, assim, uma arquitetura salutogênica para ambientes de saúde (DIETSCHER, WINTER, PELIKAN, 2016).

Diante desse cenário de problemas, e, buscando identificar oportunidades “disfarçadas de trabalho”, conforme Thomas Edison, ou “disfarçadas de problemas insolúveis”, de acordo com Lee Iacocca, surge a necessidade de realizar uma pesquisa que investigue a possibilidade de inovação do Empreendedorismo e da Gestão da Qualidade de Serviços para a Saúde da Mulher, para embasar a abertura de um negócio de uma Clínica de Medicina da Mulher em Florianópolis (DOMINGOS, 2019).

Considerando o exposto, procura-se responder a seguinte questão de pesquisa: **Como empreender a Clínica Alfa de Medicina da Mulher de modo a contemplar a inovação no negócio e na qualidade dos serviços para a saúde da mulher?**

### **1.3 OBJETIVOS**

Os objetivos de um trabalho podem ser divididos entre “objetivo geral” e “objetivos específicos”. Para Cervo, Bervian e Silva (2007) o objetivo geral procura determinar com clareza onde o autor quer chegar, ou seja, é a intenção de se realizar a pesquisa. Para Andrade (2009), os objetivos específicos definem as etapas que precisam ser realizadas para chegar ao objetivo geral.

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Analisar as possibilidades de empreender a Clínica Alfa de Medicina da Mulher de modo a contemplar a inovação no negócio e na qualidade dos serviços para a saúde da mulher.



### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a) Levantar as tendências e desafios atuais na qualidade de Serviços para a Saúde da Mulher;
- b) Discutir as possibilidades de realizar a inovação no Empreendedorismo, Inovação e na Gestão da Qualidade de serviços na Saúde para uma Clínica de Medicina da Mulher;
- c) Elaborar um Modelo de Negócios para a Clínica Alfa de Medicina da Mulher.

### **1.4 JUSTIFICATIVA**

Segundo Almeida (2014), um estudo pode ser justificado a partir de sua importância, oportunidade e viabilidade. Quanto à importância, as mulheres representam 52% da população brasileira e assumem a responsabilidade por 90% das decisões relacionadas à saúde de suas famílias (DISTRITO, 2023).

O mercado para a medicina da saúde da mulher, segundo informações obtidas pela empresa PitchBook, as despesas médicas anuais das mulheres atingem aproximadamente 500 bilhões de dólares globalmente, quantia essa que é quase 30% superior à despendida pelos homens. Esses dados evidenciam a existência de um mercado em potencial que permanece subutilizado (DISTRITO, 2022).

No que diz respeito às oportunidades, a pandemia contribuiu para um aumento nos casos de violência de gênero, agravado pela crise econômica e transformações nas dinâmicas sociais, ressaltando a necessidade de abordagens mais sensíveis às condições de saúde das mulheres (OLIVEIRA et al., 2023). Além disso, destaca-se o potencial proporcionado pela inovação tecnológica e novos modelos de prestação de serviços na área da saúde, incluindo atendimento médico, refletindo a realidade que se delineou no período pós-pandemia (DISTRITO, 2023).

É relevante observar que uma pesquisa nas categorias "Empreendedorismo, Inovação Gestão, Qualidade, Salutogênese e Clínica Saúde da Mulher" não apresentou resultados nos bancos de dados do Google Acadêmico, Portal da CAPES e Portal de Repositório Institucional BU UFSC.

No aspecto da viabilidade, os fundamentos oferecidos pelas disciplinas do curso do CAD, nas áreas de Administração, Gestão e Empreendedorismo, juntamente com a literatura sobre medicina e gestão de clínicas médicas, além dos recursos disponíveis na Internet, bem

como a colaboração dos médicos empreendedores entrevistados, foram suficientes para conduzir o estudo e alcançar os objetivos propostos.

Finalmente, empreender a Clínica da Mulher em Florianópolis, é uma iniciativa da família do pesquisador, e o autor pretende se dedicar à assessoria da gestão do novo empreendimento.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

Este capítulo tem como objetivo apresentar os conceitos teóricos que servem como base para a pesquisa, utilizando as categorias que surgiram da problematização e dos objetivos estabelecidos, bem como efetuar a análise de resultados e a proposição de um modelo de negócios para a clínica e saúde da mulher.

O capítulo é desenvolvido nos seguintes tópicos: i) A Visão Sistêmica da Saúde; ii) A Gestão do Processo de Cuidado em Saúde; iii) A Gestão da Qualidade na Saúde; iv) Gestão da Tecnologia e da Inovação na Saúde; v) Salutogênese como um novo Paradigma e Modelo de Atendimento na Saúde; vi) A Saúde da Mulher e Gestão da Clínica de Saúde da Mulher; vii) Empreendedorismo médico de negócios na área da saúde; viii) Modelos de Negócios na Área da Saúde e da Medicina da Mulher; ix) Estratégias e Ferramentas para a Formulação de um Modelo de Negócio; e x) Análise e Discussão dos Resultados e Proposta de Modelo de Negócios para uma Clínica de Saúde da Mulher.

### **2.1 A VISÃO SISTÊMICA DA SAÚDE**

Os conceitos de saúde e doença, conforme observados por Scliar (2007, p.30), passaram por transformações ao longo do tempo, seguindo a evolução histórica e refletindo a conjuntura social, econômica, política e cultural em cada período.

De acordo com Pedroso e Malik (2012, p.2758), a literatura fornece diversas definições de saúde, incluindo uma abordagem restrita (saúde vista como ausência de doença) e uma perspectiva integrada (saúde compreendida como um estado de bem-estar físico, mental e social). Além disso, é possível interpretar a saúde como um contínuo, abrangendo desde o estado de bem-estar (saúde positiva) até diferentes graus de gravidade de doença (saúde subótima).

Foi somente após o estabelecimento da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que o conceito de saúde foi oficialmente definido e divulgado pela OMS em 1948. A definição destaca que saúde é "o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade" (SCLIAR, 2007, p.36-37).

Em 12 de setembro de 1978 na URSS foi promulgada a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, que ressaltou as substanciais disparidades na situação de saúde entre os

países. A declaração enfatizou a responsabilidade dos governos na oferta de cuidados de saúde e destacou a importância da participação ativa das pessoas e comunidades na gestão desses cuidados. No item VI, a Declaração estabelece que “os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis” (OMS/UNICEF, 1979).

Já a Constituição Federal de 1988, na Seção II, artigo 196, estabelece o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde, enquanto artigo 199, consta que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

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 a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1978).

A abordagem sistêmica da saúde, conforme delineada por Capra e Luisi (2014, p. 619, Kindle), emergiu no final da década de 1970 e início da década de 1980, introduzindo novas perspectivas no campo da saúde e cura. Isso se manifestou por meio de concepções como "assistência à saúde holística", "medicina holística", "medicina alternativa" e "bem-estar". Nas décadas subsequentes, prevaleceu o termo unificador "medicina integrativa".

Segundo Harrington (2008, apud CAPRA, LUISI, 2014), a busca pela medicina integrativa tem crescido significativamente, preenchendo uma lacuna deixada pelo enfoque restrito da biomedicina, que se concentra exclusivamente em medicamentos ou cirurgias. Além disso, destaca-se a falta de preparo dos médicos contemporâneos para compreender as doenças modernas e atender às necessidades específicas dos pacientes.

A nova concepção sistêmica de saúde e cura representa uma verdadeira revolução no campo da saúde, incorporando valores e ações diversificados que consideram fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Essa abordagem holística da visão sistêmica da saúde destaca a importância da responsabilidade individual e do potencial das pessoas para a autocura. Isso implica mudanças na legislação para coibir produtos insalubres, promoção de terapias integrativas, fornecimento de acompanhamento psicológico, educação dos pacientes para uma vida saudável e a valorização de alimentos nutritivos e livres de agrotóxicos (CAPRA, LUISI, 2014).

## 2.2 A GESTÃO DO PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE

A gestão do processo de cuidado em saúde é um desafio complexo que envolve a articulação de múltiplos saberes e práticas. Entende-se a gestão do cuidado em saúde, como:

a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões [...], para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011, p.589).

O Quadro 1 a seguir, ilustra os elementos presentes nas várias dimensões, atores e elementos da gestão do cuidado em saúde.

Quadro 1 - Dimensões da Gestão do Cuidado em Saúde

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
Familiar	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
Sistêmica	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
Societária	O "Estado" A "Sociedade Civil"	Políticas sociais.

Fonte: Cecílio (2011, p. 592)

Assim, a gestão do processo de cuidado em saúde demanda uma abordagem que considere não apenas a eficiência operacional, mas também a qualidade e a humanização no

atendimento, integrando os diversos elementos que influenciam a produção do cuidado nos serviços de saúde (MERHY, 2004).

A gestão do processo de cuidado em saúde deve considerar a centralidade do trabalho vivo e das tecnologias relacionais, que permeiam as práticas de produção de saúde. Isso implica em uma abordagem que valorize não apenas a eficiência operacional, mas também a qualidade e a humanização no atendimento, integrando os diversos elementos que influenciam a produção do cuidado nos serviços de saúde (FRANCO, MERHY, 2012).

Além disso, a gestão eficaz do processo de cuidado requer a promoção de diretrizes que fortaleçam os aspectos relacionais do trabalho, como o acolhimento, o estabelecimento de vínculos e o acompanhamento dos projetos terapêuticos, visando a efetiva produção de saúde no contexto da micropolítica de organização dos processos de trabalho (FRANCO, MERHY, 2012).

Nesse sentido, a gestão do processo de cuidado em saúde requer uma combinação equilibrada entre a capacidade de produzir procedimentos e a de produzir o cuidado, destacando a necessidade de uma gestão que valorize a humanização, a qualidade e a efetividade das práticas de saúde, em consonância com as demandas e necessidades dos usuários (FRANCO, MERHY, 2012).

Finalmente, a gestão do processo de cuidado em saúde deve ser pautada por uma perspectiva crítica e reflexiva, que considere as dimensões políticas, sociais e culturais envolvidas na produção do cuidado em saúde. Isso implica em uma abordagem que valorize a participação dos usuários e a construção de vínculos de confiança e respeito mútuo entre os profissionais e os usuários (SANT'ANNA, HENNINGTON, 2011).

### **2.3 A GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE**

Os serviços de saúde, de maneira geral, representam um potencial de risco à saúde e a ocorrência de acidentes tanto para os usuários quanto para os profissionais envolvidos. Isso se deve, em grande parte, aos ambientes de internação e tratamento de pacientes, nos quais procedimentos cada vez mais invasivos e a utilização de drogas potentes e mais tóxicas aumentam as possibilidades de complicações e incidentes (EDUARDO, 1998).

Dado que o acesso aos serviços de saúde desempenha um papel crucial no processo saúde-doença, é observada uma insatisfação generalizada em relação ao cuidado de saúde em todo o mundo. Isso tem gerado uma pressão crescente para aprimorar a qualidade dos

serviços, com o objetivo de atender às metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030 (KRUK, 2018; OMS, 2018, apud GAMA, 2020).

Neste sentido, “a qualidade é uma questão fundamental para a sustentabilidade do sistema de saúde” (ANAHP, 2022, p.13), e, assim, a qualidade é uma dimensão integrada aos demais subsistemas de gestão da saúde.

Gurgel Junior e Vieira (2002) e Gomes (2004) apresentam uma síntese histórica acerca da evolução do conceito da qualidade na gestão organizacional.

W. Edwards Deming que, na década de 1940, associou o termo a aspectos de uniformidade e confiabilidade de um produto às suas especificações técnicas. [...] Na década seguinte, Joseph Juran ampliou essa definição de qualidade, deslocando-a da perspectiva meramente técnica (estática) para abranger também a adequação do produto à sua utilização pelo consumidor (dinâmica). [...]. O autor definiu o processo de qualidade como trilogia planejamento-controle-melhoria. [...] Em 1956, Armand Feigenbaum propôs um conceito mais avançado, o Controle Total da Qualidade. Finalmente, na década de 1980, David Garvin (1987), propôs como inovação ao léxico da qualidade a perspectiva de dimensões ou faces, evidenciando o caráter polissêmico do conceito [...], seguindo a perspectiva de dimensões ou faces da qualidade. [...] Werkema (1995), que definiu qualidade associando-a às características dos produtos ou serviços capazes de promover satisfação pela ausência de defeitos (técnica) e pela presença de elementos que agradem ao usuário (social). (GOMES, 2004, apud SOUZA, 2017, p.334-335).

Portanto, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, observou-se o desenvolvimento do processo de aprimoramento da qualidade com a introdução da Era da Garantia da Qualidade. Esse período incluiu a Quantificação dos Custos da Qualidade, o Controle Total da Qualidade, a Engenharia da Confiabilidade e a implementação do Programa de Zero Defeito (GURGEL JUNIOR, VIEIRA, 2002).

No contexto da Qualidade na Saúde, Avedis Donabedian, um pediatra radicado nos Estados Unidos e pioneiro no estudo e publicação sobre qualidade em saúde, estabelece a referência conceitual mais amplamente adotada (D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006). Segundo Donabedian (1996, apud GAMA, 2020), qualidade é definida como "a capacidade de atingir objetivos desejáveis utilizando meios legítimos", e

Qualidade do cuidado é o tipo de atendimento que se espera maximizar uma medida do bem-estar do paciente, depois de se levar em consideração o equilíbrio dos ganhos e perdas esperados ligados ao processo de assistência em todas as suas partes. (DONABEDIAN, 1996, apud GAMA, 2020, p.25).

Os componentes da qualidade em saúde para Donabedian (1996), são:

Quadro 2 - Componentes da Qualidade na Saúde

Gerenciamento técnico	o gerenciamento técnico da saúde e da doença
Gerenciamento do relacionamento	o gerenciamento do relacionamento interpessoal entre os prestadores de cuidados e seus pacientes
Acolhimento do atendimento	as comodidades do atendimento
Princípios éticos na conduta da assistência	os princípios éticos que regem a conduta em geral e a empresa de assistência médica em particular

Fonte: Donabedian (1996, apud Furtado et al., 2022, p. 13).

Para Donabedian (1996): i) a qualidade deve ser construída por meio de sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade; ii) com modelo de análise baseado na tríade de avaliação de estrutura, processo e resultado; iii) metodologia aplicada a programas de saúde na lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos (EDUARDO, 1998; MAI et al., 2011).

Conforme destacado pelo Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, os fundamentos ou as principais dimensões que sustentam a qualidade na prestação de assistência à saúde incluem: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade/ acesso, eficiência, equidade e integração (ANAHP, 2022).

Segundo Oliveira (2008), a gestão em saúde assume um papel fundamental na melhoria da assistência hospitalar. Investir em estratégias de gestão da qualidade emerge como um ponto central para aprimorar os serviços de saúde. Entre as estratégias destacadas estão a monitoração de indicadores para avaliar eficiência e efetividade, o contínuo treinamento e desenvolvimento dos profissionais, o suporte à prática clínica, a busca por parcerias para aprimorar a qualidade e o envolvimento dos pacientes no cuidado clínico. A adoção de abordagens centradas no paciente, como a gestão da clínica e a clínica ampliada, surge como uma direção vital. Essas abordagens reconhecem a importância de considerar os valores e experiências dos pacientes, capacitá-los no processo decisório e fomentar equipes multidisciplinares.

A garantia de qualidade é uma abordagem fundamental na gestão de serviços de saúde, concentrando-se em elementos relevantes de processos a serem monitorados. No entanto, essa abordagem pode ser conservadora quando o nível desejado de qualidade é mais elevado, justificando a adoção da perspectiva da melhoria contínua de qualidade (MCQ) (PORTELA, 2000).



A MCQ busca implementar medidas para aprimorar práticas e serviços de saúde, prevenindo potenciais problemas. A implementação da MCQ demanda uma abordagem mais ampla, envolvendo grupos de trabalho diversificados, fortalecimento dos funcionários na identificação de problemas e oportunidades, ênfase na clientela e profissionais da organização (PORTELA, 2000).

Portanto, os programas de qualidade total emergem como ferramentas de gestão essenciais, desempenhando um papel significativo na melhoria da qualidade na saúde, como investigado por Donabedian (MALIK, SCHIESARI, 1998).

No entanto, a complexidade inerente às organizações na área da saúde e hospitalar resulta em um cenário em que a implementação de programas de qualidade demonstra ter um impacto limitado sobre os custos do setor de saúde, além de apresentar um alcance restrito em relação ao modelo de atenção como um todo (GURGEL JÚNIOR, VIEIRA, 2002).

Nesse contexto, diante dos desafios contemporâneos, Cunha, Dahab e Cunha (2001, p.200-201), ao adotarem uma abordagem dialética da Qualidade, destacam que a gestão tradicional da qualidade é percebida como uma versão atualizada do taylorismo e/ou como um movimento de renovação da gestão. Eles advogam, assim, por uma releitura da gestão da qualidade total com o objetivo de construir novas formas de pensamento.

Através de uma perspectiva crítica sobre a gestão da qualidade, que, devido a interesses predominantes, acaba promovendo uma agenda oculta da qualidade, os autores sugerem que a qualidade não passa de uma maquiagem pós-modernista para uma forma de pensamento originada da organização científica do trabalho. Diante disso, eles propõem uma abordagem dialética da qualidade (CUNHA, DAHAB, CUNHA, 2001).

Dessa forma, em vez de simplesmente propor uma abordagem mais eficaz para a gestão da qualidade, os autores buscam destacar possibilidades de análise e aplicação que ainda não foram adequadamente exploradas. Entre as recomendações apresentadas por eles estão: antecipação preventiva dos erros, autonomia, liderança participativa, confiança e criatividade (CUNHA, DAHAB, CUNHA, 2001).

Seguindo essa linha de pensamento, Quinto Neto e Gastal (1997, apud GURGEL JUNIOR, VIEIRA, 2002) defendem que o avanço na qualidade no setor de saúde deve integrar práticas de gestão de processos assistenciais, fundamentadas na perspectiva do direito à saúde como um bem público, inserido no contexto da cidadania.

## 2.4 GESTÃO DA TECNOLOGIA E DA INOVAÇÃO NA SAÚDE

Lorenzetti et al. (2012), ao abordarem a temática da tecnologia e inovação tecnológica no setor de saúde, destacam que as tecnologias de atenção à saúde englobam diversos elementos, como medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, iniciativas educacionais e de suporte, além de programas e protocolos assistenciais.

As tecnologias na área da saúde são classificadas, segundo por Mehry et al. (1997) em três categorias:

- a) Tecnologia dura: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) Tecnologia leve-dura: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) Tecnologia leve: que se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde (BARRA et al., 2006, p.423).

A gestão de tecnologias em saúde engloba o conjunto de procedimentos que abrange a avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização ou retirada de tecnologias no âmbito do sistema de saúde. Essas diretrizes são estabelecidas pela Portaria número 2.690 do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) (BRASIL, 2017).

Novaes e Soares (2020), ao conduzirem uma pesquisa sobre a avaliação das tecnologias em saúde (ATS) como prática científica e tecnológica, afirmam que, desde os anos 1970, quando foram estabelecidos os sistemas de saúde públicos e de cobertura universal, embora a definição do que constituía tecnologia de saúde fosse abrangente, o principal enfoque da ATS sempre recaiu, e continua a recair, sobre as tecnologias de produto, como medicamentos, materiais e equipamentos.

Diante da complexidade e desafios no campo da saúde, torna-se imperativa uma abordagem crítica em relação à tecnociência. Essa abordagem é justificada pelo fato de que existe uma cultura que enxerga nas tecnologias e inovações tecnológicas a única fonte de satisfação, especialmente aquelas de natureza material. Nesse contexto, é crucial implementar melhorias no setor de saúde com o objetivo de construir uma sociedade mais digna, justa, solidária e sustentável (LORENZETTI et al., 2012). Os autores explicam que

O setor saúde, fortemente influenciado pelo paradigma da ciência positiva, tem sido sensível à incorporação tecnológicas do tipo material, para fins terapêuticos, diagnósticos e de manutenção da vida, utilizando os conhecimentos e produtos da informática, novos equipamentos e materiais, mas tem sido menos agressivo na utilização de inovações do tipo não material, em especial das inovações no campo da organização e relações de trabalho. (LORENZETTI et al., 2012, p.432).

No entanto, a eficácia da gestão das tecnologias em saúde, além de ser insuficiente, enfrenta ainda a necessidade de lidar com a nova realidade e os desafios contemporâneos nas áreas da saúde. De acordo com uma pesquisa realizada pela consultoria KPMG em 2020, entre vários desafios, destacam-se:

Sustentabilidade operacional-financeira principalmente dos participantes de capital nacional e de menor porte; Maior protagonismo na relação com o cliente-paciente e os desafios regulatórios; Aceleração da transformação digital na cadeia de valor, com múltiplos canais para contato com a classe médica e na relação cliente-paciente; Novos modelos de negócios, indústria com maior proximidade do cliente-paciente; Uso de tecnologias e inteligência artificial para identificar novos surtos significativos, bem como para acelerar o desenvolvimento de medicamentos. (KPMG, 2020; MEDICINA S.A, 2021).

Assim, o panorama da saúde passa por uma contínua transformação, como evidenciado pela pesquisa realizada pelo Distrito, uma plataforma voltada para inovação e resultados de negócios por meio de novas tecnologias, no ano de 2023. Conforme apontado no Relatório de Pesquisa HealthTech Report 2023, observa-se que a saúde atualmente transcende o tradicional ambiente físico de clínicas e hospitais, o que se deve à evolução no contexto da inovação dentro da crescente "indústria de saúde tech".

A crescente necessidade de serviços de saúde é um dos principais fatores que aceleram o aumento do mercado de telemedicina na América Latina. Além disso, fatores como a ampliação do acesso à internet para a população e seu envelhecimento também estão impulsionando a demanda e fazendo pressão por uma expansão no sistema de saúde destes países.

Existe uma concentração de profissionais em grandes capitais, o que deteriora ainda mais a presença e eficácia do sistema de saúde, principalmente em regiões do interior.

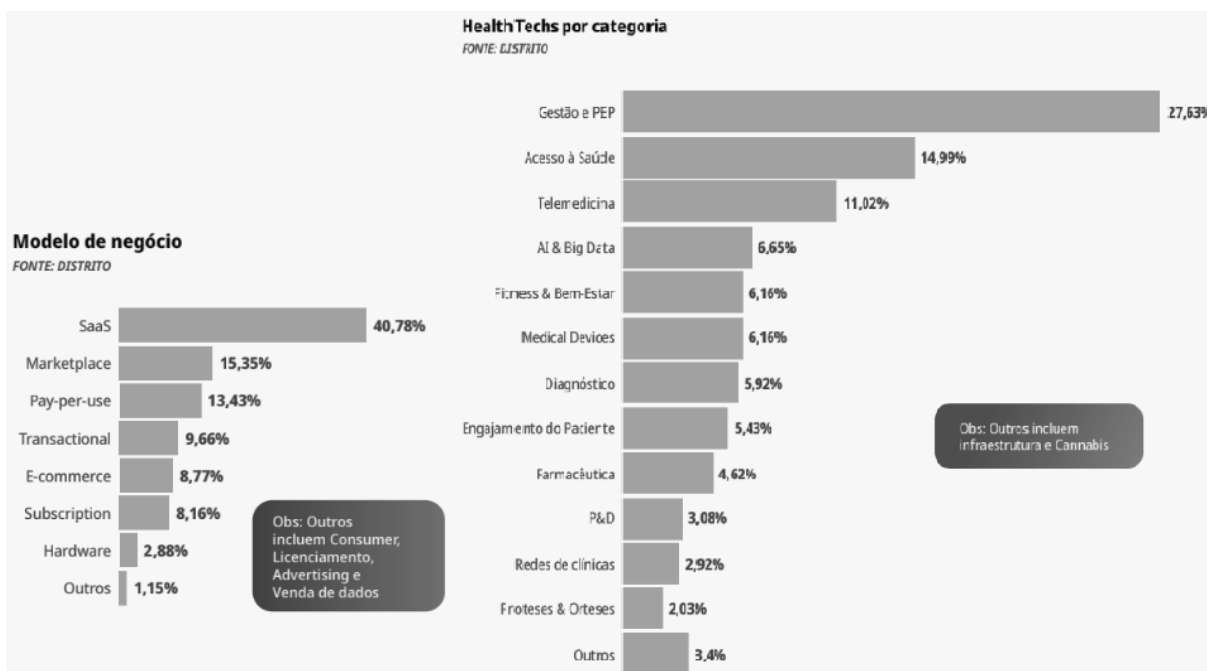
O uso crescente de smartphones e a disponibilidade de internet de alta velocidade em toda a América Latina têm ajudado os pacientes a procurar o atendimento de profissionais de saúde online através de serviços de telemedicina. (DISTRITO, 2023, p.5).

De acordo com Giusti e Ragazzi (2023), os cenários no setor da saúde são de complexidade, com

Aumento populacional e da expectativa de vida, escalada de doenças crônicas e de doenças raras, aumento desenfreado de custos, substancialmente puxados pela incorporação de novas drogas e tecnologias. [...] Áreas relevantes como “acesso à saúde, promoção e prevenção, interoperabilidade, desospitalização, busca por jornadas de cuidado holísticas e integrativas, que também privilegiem bem-estar e qualidade de vida, integração da economia circular e da economia silver são alguns exemplos. (GIUSTI, RAGAZZI, 2023, apud DISTRITO, 2023, p.22).

A ilustração a seguir, oferece dados acerca da inovação tecnológica e modelos de negócios praticada na atualidade pelas startups *HealthTechs* no Brasil.

Figura 1 - Modelo de Negócio e Áreas de Negócio das Startups brasileiras de *HealthTechs*



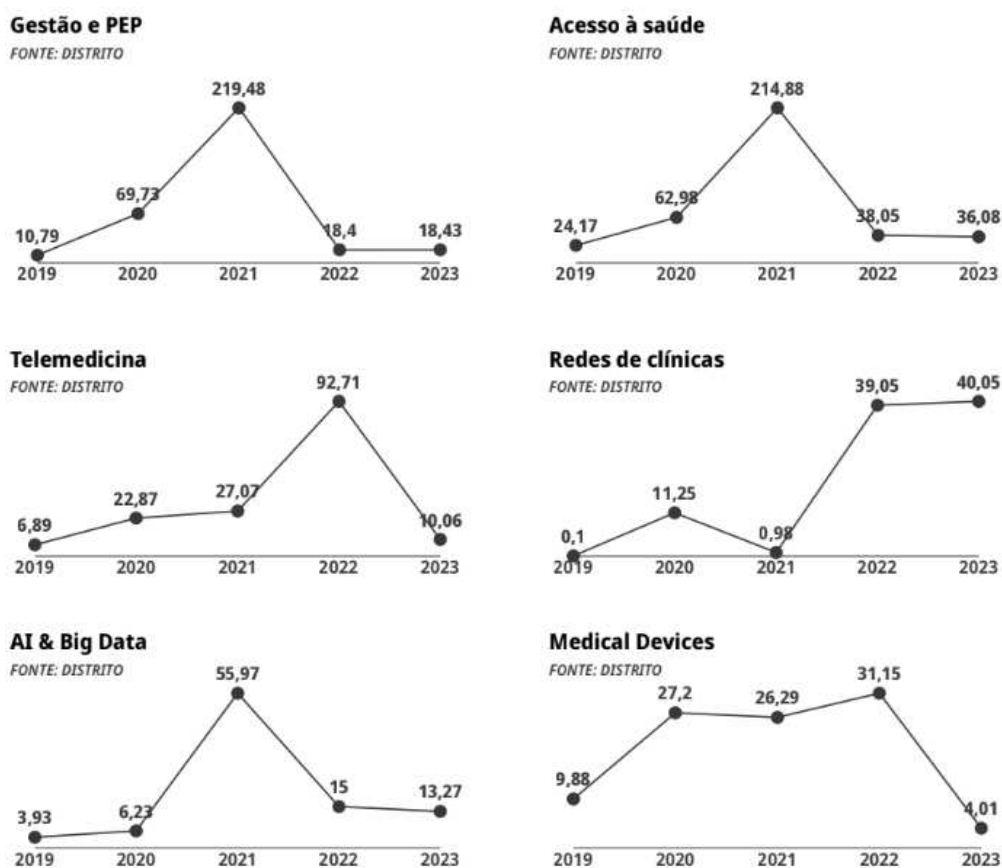
Fonte: Distrito (2023, p. 16-17).

Dessa forma, a gestão e o prontuário eletrônico de pacientes (PEP), juntamente com o acesso à saúde com enfoque informacional, destacam-se como as categorias mais representativas no setor. Segundo a pesquisa, isso evidencia que o mercado brasileiro ainda não avançou significativamente em soluções, especialmente inovações tecnológicas, mais direcionadas para a resolução dos problemas de saúde dos pacientes (DISTRITO, 2023).

Lacerda (2023) explica que esse cenário pode ser compreendido à luz de outros dados, como os apresentados na pesquisa "Digital Health Consumer Survey" conduzida pela Accenture. Essa pesquisa indicou que as gerações mais recentes demonstram maior disposição para o atendimento virtual em comparação com as anteriores. De acordo com o levantamento da Accenture, "41% da Geração Z preferem uma experiência digital com um médico ou outro profissional da saúde" (LACERDA, 2023, apud DISTRITO, 2023).

Diante desse cenário, as startups brasileiras de HealthTechs dedicam-se a desenvolver novos modelos de negócios, com uma ênfase notável nos modelos de monetização SaaS (43,13%) e Marketplace (18,96%). Esses dados evidenciam que as startups estão direcionando seus esforços para a digitalização da saúde.

Figura 2 - Investimentos em Digitalização das Startups brasileiras de *HealthTechs*



Fonte: Distrito (2023, p. 27).

A pesquisa destaca a importância da Gestão e Prontuário Eletrônico de Pacientes (PEP), Acesso à Saúde e Telemedicina, que têm como objetivo impulsionar e aprimorar a digitalização da saúde. As soluções nessas áreas oferecem produtos e serviços, contribuindo

para o crescimento das redes de clínicas e a integração de tecnologias como inteligência artificial e gestão de dados (IA e Big Data) (DISTRITO, 2023).

A telessaúde também se destaca, tornando-se uma necessidade essencial pós-pandemia. A rápida adoção de teleconsultas, agora regulamentada e expandida pelo governo, sugere uma transformação duradoura nos modelos de cuidado, apesar dos desafios relacionados à segurança digital e infraestrutura (DISTRITO, 2023).

As tendências apontam para oportunidades significativas na busca por abordagens mais centradas no paciente e adaptadas às necessidades específicas, especialmente no contexto da saúde da mulher (DISTRITO, 2023; DISTRITO, 2022).

## **2.5 SALUTOGÊNESE COMO UM NOVO PARADIGMA E MODELO DE ATENDIMENTO NA SAÚDE**

O termo "Salutogênese", originado do latim "salus" (saúde) e do grego "genesis" (origem), é um termo introduzido por Aaron Antonovsky (1923-1994), sociólogo e acadêmico israelense-americano. Esse conceito refere-se à investigação das razões que levam uma pessoa a manter sua saúde, representando assim uma redefinição e uma mudança de paradigma nas ciências da saúde (WIKIPEDIA, 2022).

Proposta por Aaron Antonovsky em 1979, a abordagem da Salutogênese é reconhecida como uma inovação na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida tanto de indivíduos quanto de populações. Ao contrário do paradigma da Patogênese, que se concentra no estudo das doenças, suas causas, tratamentos e prevenção, a Salutogênese volta-se para o processo de saúde, visando compreender como podemos manter nosso bem-estar mesmo diante de situações estressantes. A visão salutogênica implica no desenvolvimento pessoal e social para fortalecer a saúde em diversos contextos sociais, sendo fundamental para a realização do potencial de boa saúde. Essa abordagem está intrinsecamente ligada a dois aspectos principais: o senso de coerência e os recursos gerais de resistência (GIRONDOLI, 2021).

O Quadro 3 destaca as disparidades entre o modelo patogênico e o modelo salutogênico, conforme proposto por Antonovsky.

Quadro 3 - Diferenças entre o paradigma patogênico e o paradigma salutogênico

	PARADIGMA	
	PATOGÊNICO	SALUTOGÊNICO
<b>Organismo humano</b>	- Sistema perfeito que será atacado por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos, de forma aguda, crônica ou fatal; - Conjunto de suposições sobre a origem, natureza, curso e tratamento da doença.	- Sistema que está sujeito a um processo entrópico que termina invariavelmente com a morte; - A heterostasia, desequilíbrio, sofrimento, são inerentes à existência humana, tal como a morte.
<b>Conceito de Saúde</b>	Negativo, redutor.	Positivo, multidimensional.
<b>Classificação da Pessoa</b>	Dicotômica (saudável/doente).	Posicionamento num continuum (bem estar/mal-estar). O bem-estar total e o mal-estar total são o extremo dos polos. Ninguém está sempre numa das extremidades, desde o momento do nascimento até ao momento da morte. Nesta perspectiva, todos estamos em parte "saudáveis" e em parte "doentes"
<b>Questões a que procura dar resposta</b>	- Como evitar a doença (prevenção primária); - Como tratar a doença ou reparar a incapacidade (prevenção secundária); - Como atenuar os seus efeitos (prevenção terciária).	- Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas, biológicas, psicológicas e sociais).
<b>Modelos</b>	Biomédico ou Biopsicossocial. (Processo de trabalho fundamentalmente paternalista ou autoritária)	Participativo. (Processo de trabalho participativo)
<b>Foco da intervenção / investigação</b>	O ponto de partida é aquele agente específico da doença, ou insuficiências ou excessos, que afetam a integridade do organismo (fatores patogênicos). Centra-se na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Fatores envolvidos no posicionamento do indivíduo no continuum rumo ao extremo bem-estar total (fatores salutogênicos)	- Fatores protetores de natureza individual e de natureza social. Todas as pessoas em qualquer ponto do continuum bem-estar total / mal-estar total. Visão holística – avaliação global da pessoa. Tem em conta todos os aspectos do bem-estar das pessoas (sinais "objetivos" e sintomas "subjetivos").
<b>Atores Chave</b>	Profissionais de saúde.	Todos (profissionais e não profissionais). Pessoas e grupos de qualquer natureza e todas as idades.
<b>Resultados esperados</b>	Procura-se: - Diminuir os fatores de risco; - O tratamento específico para a doença. Procura-se evitar o aparecimento de doenças (Prev. Primária), das suas complicações ou a recuperação de funções (Prev. Secundária ou Terciária).	"O movimento para a saúde é permanente e nunca completamente bem-sucedido". Focaliza a atenção nos fatores salutogênicos (que ajudam as pessoas a lidar com o sucesso possível ao longo das suas vidas) Procura-se aumentar o sentido de coerência das pessoas, dos grupos e das populações.

Fonte: Silva (2022, p. 57)

O senso de coerência, central na Teoria Salutogênica, representa uma orientação global que enxerga a vida como estruturada, gerenciável e com significado emocional. Ele capacita o indivíduo a enfrentar os estressores cotidianos e é composto por três variáveis interdependentes: compreensibilidade, maneabilidade e significância (GIRONDOLI, 2021). Ver o mundo como compreensível, gerenciável e significativo facilita a seleção de recursos e comportamentos eficazes e culturalmente apropriados para lidar com desafios adversos.

Segundo Erikson (2014), a salutogênese pode ser compreendida como um conceito guarda-chuva que abrange uma variedade de recursos, teorias e dimensões diferentes, bem como competências e habilidades, tanto no nível individual quanto coletivo, intrinsecamente associados à gênese da saúde.

Figura 3 - Conceito Guarda-chuva da Salutogênese



Fonte: Eriksson e Lindström, 2006, apud Pitchon (2021)

Esses conceitos buscam explicar como as pessoas conseguem administrar suas vidas mesmo em condições adversas, oferecendo instrumentos para ações voltadas à promoção da saúde. Diferentes abordagens salutogênicas se concentram na promoção da saúde, entendida como a capacitação de indivíduos e comunidades para melhorar a qualidade de vida e saúde. A Teoria Salutogênica, ao abordar o desenvolvimento de habilidades pessoais com ênfase na educação em saúde, busca compreender as potencialidades das pessoas para manterem-se saudáveis, alinhando-se aos princípios propostos na Carta de Ottawa, onde a saúde é vista como um recurso para a vida (MARÇAL *et al.*, 2018).

Conceitos como os da promoção da saúde destacam os fatores econômicos, políticos, ambientais e culturais como determinantes dos processos de adoecimento, superando a ênfase na culpabilidade individual. Eles ressaltam o papel social do indivíduo na construção de sua realidade cotidiana e enfatizam o poder das coletividades empoderadas na promoção de estilos de vida saudáveis. Essas considerações têm implicações nas concepções de saúde que influenciam não apenas as produções intelectuais, mas também as formações e práticas em saúde (SILVA, 2022).

Alguns princípios da promoção da saúde incluem a criação de ambientes que incentivem escolhas saudáveis, contribuindo para a construção de uma cultura saudável. Esses princípios desempenham um papel central nas discussões sobre a salutogênese (SILVA,



2022), proporcionando um ambiente propício para aprendizado, trabalho, convivência e cuidado com a saúde e o bem-estar.

Antonovsky considera que a abordagem salutogênica não deve substituir, mas sim acompanhar a abordagem patogênica, sugerindo que ambas são complementares. A orientação patogênica tradicional leva a uma análise da origem e do tratamento da doença. A perspectiva salutogênica, por sua vez, não se opõe a essa abordagem, mas propõe examinar a origem e a manutenção da saúde como um estado absoluto. Nesse sentido, todas as pessoas podem ser vistas como mais ou menos saudáveis, ao mesmo tempo em que estão mais ou menos doentes (SILVA, 2022).

Eriksson e Lindström (2008) estabelecem uma conexão entre a Carta de Ottawa, emitida em 1986 durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, e a Salutogênese. A pesquisa conduzida por esses autores revelou que, devido à "falta de uma base teórica clara" na Carta de Ottawa, "a estrutura salutogênica poderia apoiar as intenções filosóficas e práticas da OC [Ottawa Charter, 'Carta de Ottawa']". Assim, eles destacam a "mudança de paradigma proporcionada pela Salutogênese e promoção da saúde em relação à saúde pública e medicina" (ERIKSSON, LINDSTRÖM, 2008).

Nessa perspectiva, Pelikan (2022) explica que "o setor de saúde ainda segue principalmente um paradigma patogênico" e que a "reorientação dos serviços de saúde, conforme exigido pela Carta de Ottawa (OMS, 1986), ainda não aconteceu em um grau notável". Para o autor,

"A falha básica do campo (da saúde promoção) é que não tem teoria. E [Antonovsky] propôs a orientação salutogênica fornecendo uma direção e foco neste campo. [...] Portanto, temos que esclarecer como a orientação ou modelo salutogênico e sua construção relacionada de senso de coerência pode ser integrados nos cuidados de saúde, diretamente ou através de (re) orientação indiretamente a promoção da saúde nos cuidados de saúde."

Assim, para o autor "cuidados de saúde, ou mais corretamente, o 'sistema de cuidados de doenças', é um assunto muito específico e desafiador para a aplicação da salutogênese, e que 'ainda há um potencial bastante não realizado nos cuidados de saúde para ser mais preventivo de doenças e mais protetor e promotor de saúde positiva' (PELIKAN, 2022).

A concepção do modelo salutogênico de Antonovsky transcende a visão dicotômica de saúde versus doença adotada pelo modelo patogênico, permitindo "o alcance do objetivo central da salutogênese", que é "a identificação dos fatores que facilitam o movimento das pessoas em direção ao polo da saúde" (LINDSTRÖM, ERIKSON, apud MARÇAL, 2017)

O modelo salutogênico de Antonovsky também é aplicável aos serviços de saúde, segundo Figueiredo e Amendoeira (2019), que reconsiderando "a saúde na contemporaneidade e o estresse fora do modelo biomédico", colocando o "ser com a pessoa" nos processos de saúde-doença e enfatizando a abordagem centrada na singularidade das pessoas (indivíduo, família e comunidade), possibilitando que a cultura "em saúde e o *empowerment* suportem o foco humanístico e holístico".

Além disso, de acordo com o Manual de Salutogênese, os princípios salutogênicos, considerados uma "perspectiva inovadora na promoção da saúde", estão sendo estudados em diversos países (MITTELMARK, 2017). Eles apresentam muitos exemplos de abordagens salutogênicas para a promoção da saúde sob um "enfoque interdisciplinar", abrangendo a construção de ambientes saudáveis em vários contextos de saúde, aplicação da salutogênese em comunidades e bairros, hospitais, ambientes de reabilitação profissional e na formação de profissionais de saúde.

## **2.6 A SAÚDE DA MULHER E GESTÃO DA CLÍNICA DE SAÚDE DA MULHER**

Na literatura, encontram-se diversas concepções sobre saúde da mulher. Em abordagens mais restritas, o corpo feminino é considerado apenas em sua função reprodutiva e associado à maternidade. Por outro lado, concepções mais amplas incorporam não apenas aspectos biológicos, mas também dimensões relacionadas aos direitos humanos e questões cidadãs (COELHO, 2003).

Souto e Moreira (2021) explicam que, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, as políticas que direcionam as ações de saúde da mulher começam a adotar o termo "integralidade". Isso representou uma ruptura com abordagens controlistas anteriores.

Trata-se de um movimento e experiência histórica e cultural diferenciada, com a "integralidade", iniciado por volta de 1960. Nesse período, o feminismo não apenas empreendeu uma crítica contundente ao modo dominante de produção do conhecimento científico, mas também provocou uma mudança na linguagem e um contradiscurso (RAGO, 1998).

De acordo com Soihet e Pedro (2007), a História das Mulheres provocou uma quebra com a caracterização universal atribuída ao sujeito da história, tradicionalmente representado

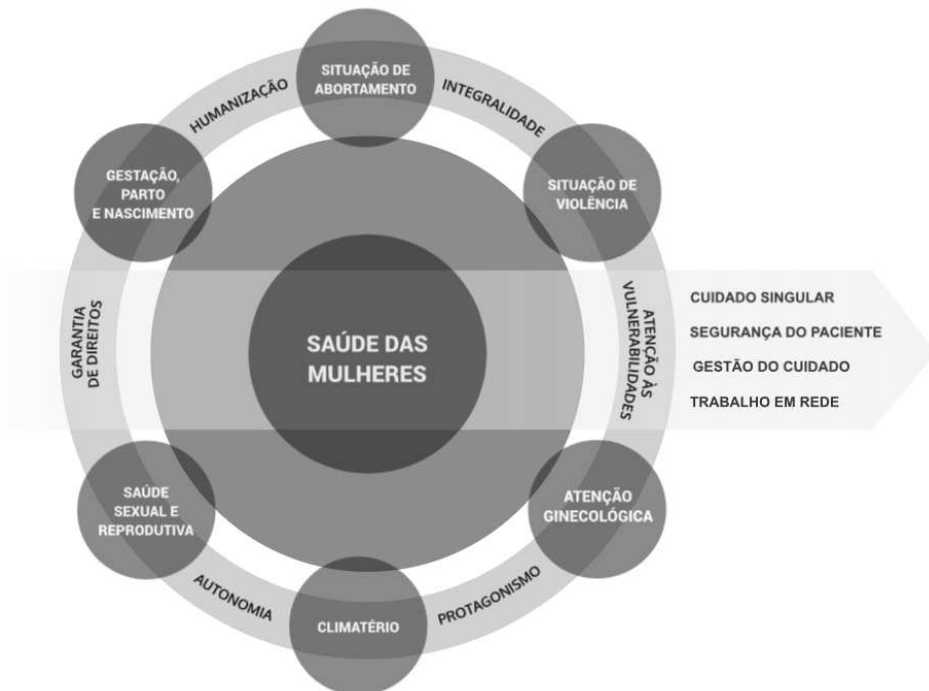
pela categoria homem. Anteriormente, acreditava-se que ao abordar a história dos homens, as mulheres estavam automaticamente incluídas, mas essa perspectiva foi questionada.

Assim, ao introduzir a integralidade na atenção à saúde da mulher sob a perspectiva de gênero, uma categoria histórica, Souto e Moreira (2021) adotam uma abordagem em que o termo gênero, segundo Scott (1991), recentemente utilizado, reflete uma rejeição ao determinismo biológico e destaca o aspecto relacional nas definições normativas da feminilidade.

Trata-se da perspectiva de gênero e desenvolvimento, originada na década de 1990, que destaca a construção cultural e histórica dos gêneros, bem como as relações de poder e a estrutura social da desigualdade (MARIANO, MOLARI, 2022).

A Fundação Fiocruz adota, como referência para orientação teórica, metodológica e boas práticas relacionadas à integralidade na saúde das mulheres, um modelo ilustrado a seguir. Este esquema sintetiza as dimensões e ações direcionadas à Atenção à Saúde das Mulheres, fundamentado na Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres (PNAISM).

Figura 4 - Esquema Síntese da Atenção à Saúde das Mulheres



Fonte: Fiocruz (2020).

Deve-se também levar em consideração a relevância da saúde da mulher, conforme delineado nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000. Estes objetivos visam promover a igualdade entre os sexos, a

autonomia das mulheres e a melhoria da saúde materna, ao adotar uma abordagem mais abrangente e transversal em relação à igualdade de gênero (IPEA, 2018; MARIANO, MOLARI, 2022).

Considerando as novas concepções em curso, Padilha et al. (2018) propõem uma abordagem crítica na gestão da clínica de saúde da mulher, caracterizada por uma concepção multidisciplinar que integra gestão, cuidado e educação. Para esses autores, essa perspectiva envolve uma visão direcionada à transformação da atenção à saúde, cujos princípios na gestão da clínica podem ser:

(1) Orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado; (2) Qualidade e segurança no cuidado em saúde; (3) Articulação e valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde; (4) Compartilhamento de poder e corresponsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção em saúde; (5) Educação de pessoas e da organização; (6) Orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida e (7) Transparência e responsabilização com os interesses coletivos. (Padilha et al., 2018, p.4259).

Portanto, a abordagem da gestão da clínica também enfatiza a importância da participação e endosso das organizações profissionais e dos médicos reconhecidos como líderes nas áreas em foco para o sucesso no desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas, destacando a necessidade de transformar a cultura das organizações de saúde para alcançar os objetivos da gestão da clínica (PORTELA, 2003; HALLIGAN, DONALDSON, 2001).

## **2.7 EMPREENDEDORISMO NA ÁREA DA SAÚDE**

Segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2010), um empreendedor é “o indivíduo que possui capacidade de idealizar projetos, negócios ou atividades”. Para Schumpeter (1983), “empreendedor é aquele que faz coisas novas, não necessariamente aquele que inventa”.

Segundo Oliveira (2014), a expressão “empreendedorismo” foi idealizada por Joseph Alois Schumpeter em 1949, que definia o termo como a situação do executivo com elevada criatividade e que, através de inovações, alcança seus objetivos. Um ano mais tarde, em 1950, Peter Drucker incluiu ao termo “empreendedorismo” o conceito de “risco”, uma vez que, já

que se está criando algo novo ou fazendo algo que nunca foi feito por ninguém, não se sabe se o que está sendo feito vai atingir o resultado almejado.

Davidsson (2016) compreende o empreendedorismo como a criação ou tentativa de criação de uma nova atividade econômica, ou como qualquer coisa que concerne àqueles que criam e dirigem seus próprios negócios, empresas ou organizações. De acordo com Gartner (1985), a estrutura para a criação de novos empreendimentos integra quatro principais perspectivas no empreendedorismo: as características dos indivíduos que iniciam o empreendimento, a organização que eles criam, o ambiente que cerca o novo empreendimento e o processo pelo qual o novo empreendimento é iniciado.

O início do processo empreendedor ocorre quando oportunidades estimulam fatores ambientais, sociológicos, pessoais e organizacionais, exercendo influência em diversas etapas do empreendedorismo, desde a concepção até a consolidação de uma nova empresa (DORNELAS, 2016; 2015).

Existem duas abordagens distintas na criação de um negócio: o processo causal e o processo efetual. A abordagem causal é comumente associada ao desenvolvimento de estratégias e é expressa no mundo empreendedor como a necessidade de "elaborar um sólido plano de negócios". Por outro lado, o processo efetual é mais experimental, tomando decisões de acordo com as circunstâncias momentâneas, sem um caminho predefinido, o que pode resultar em desfechos inesperados. Enquanto a lógica causal seja vital em um negócio já estabelecido, na fase inicial, é a abordagem efetual que prevalece devido à escassez de informações e alta incerteza, tornando qualquer planejamento inicial menos eficaz (BORGES, 2020).

A Demografia Médica no Brasil de 2023, conforme destacado por Scheffer (2023), apresenta informações sobre a participação de homens e mulheres na profissão, bem como nas especialidades médicas e áreas de negócios relacionadas à saúde.

Os homens são maioria em 36 das 55 especialidades médicas e as mulheres predominam em 19 delas. Em Urologia, Ortopedia e Traumatologia, e Neurocirurgia os homens representam mais de 90% entre os especialistas. Em nove especialidades, os homens são mais de 80%. As mulheres são minoria em todas as especialidades cirúrgicas, caso da Cirurgia Geral, em que representam menos de 25% do total de especialistas. A especialidade com maior número de mulheres é a Dermatologia, médicas, que correspondem a 77,9% dos dermatologistas. Outras especialidades com grande proporção de mulheres são Pediatria (75,6%), Alergia e Imunologia e Endocrinologia e Metabologia, ambas com 72,1%. Em Ginecologia e Obstetrícia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia e Genética Médica as mulheres representam pelo menos 60%. As especialidades de Nutrologia,

Medicina Física e Reabilitação, e Gastroenterologia estão proporcionalmente equilibradas entre homens e mulheres. (SCHEFFER, 2023, p.83).

A Demografia Médica no Brasil destaca, entre outros dados, que em 2022, o percentual de mulheres médicas foi de aproximadamente 48,5%, um valor próximo à média (49,5%) dos países avaliados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Além disso, aponta que as mulheres se tornarão a maioria entre os médicos no Brasil a partir do ano de 2024 (FMUSP, AMB, 2023, p.68).

Conforme observado por Scheffer (2023), a Demografia Médica no Brasil de 2023, evidencia a retomada do fenômeno da feminização da medicina. Este destaque não apenas aborda o aumento constante da presença de mulheres na profissão, mas também ressalta as disparidades de gênero tanto na remuneração quanto na ocupação de especialidades médicas.

Entretanto,

o fenômeno demanda acompanhamento na perspectiva da superação da desigualdade de gênero, pois há evidências de que as médicas recebem remuneração inferior à dos médicos e são minoria na maior parte das especialidades. (FMUSP, AMB, 2023, p.56; 61).

Para que se tenha ideia do trabalho e do empreendedorismo na Medicina, os dados do Relatório de Demografia Médica no Brasil 2023, publicado pela Associação Médica Brasileira:

Aqueles com atuação parcial ou exclusiva no setor privado – 74,5% dos entrevistados – trabalhavam principalmente em hospitais privados (61,4%), consultórios próprios particulares (58,4%) ou clínicas e ambulatórios privados (54%).

Proporção menor de médicos declarou trabalhar em clínicas populares privadas (13,4%), laboratórios de diagnose ou análises clínicas (8,3%), universidades privadas (10,6%), setor médico de empresas (9,5%) ou indústria farmacêutica (0,8%) (FMUSP, AMB, 2023, p.190).

Esse quadro pode ser explicado, pois, segundo Andrade et al. (2017), a falta de competências empreendedoras pode ter um efeito limitante sobre a qualidade de vida global e sobre as condições de vida profissional dos médicos. Em sua pesquisa, os resultados mostraram que a maioria dos médicos não se enxerga como empreendedores ou administradores de seus consultórios, o que pode afetar negativamente seus resultados.

Scheffer (2018, citado por Brunelli, 2022, p.1) observa que a carreira médica, a cada ano, tem desencorajado mais o empreendedorismo, com um número crescente de profissionais

optando pela estabilidade do emprego em detrimento das incertezas associadas à gestão de consultórios próprios. Antes da década de 1970, cerca de 80% dos médicos paulistas trabalhavam em suas próprias clínicas e dependiam exclusivamente de pacientes particulares. No entanto, nos dias atuais, apenas 55% possuem consultório particular e atendem exclusivamente pacientes particulares, representando apenas 2% (BRUNELLI, 2022, p.9).

Izuka e Costa (2022, p.430), em sua pesquisa sobre mulheres empreendedoras em negócios sociais e inclusivos, adotaram uma "abordagem teórica feminista pós-estruturalista no campo do empreendedorismo", especialmente relevante dada a condição de pobreza e a situação de saúde no país. Eles descobriram, conforme diversos autores na literatura, que mulheres empreendedoras

Possuem alta formação acadêmica.

Empreendedoras sociais são mais propensas a adotar práticas de gestão participativas.

Atuam como agentes de mudanças sociais e buscam soluções criativas e inovadoras para lidar com a escassez de recursos e solucionar os problemas.

Relatam que adotam a construção de parcerias como principal prática, envolvendo toda a equipe nos processos, o que ratificaria a tendência de utilização de habilidades relacionais pelas mulheres em posições de liderança [...], e favorece a hipótese de que o empreendedorismo social feminino tem o poder de empoderar os outros no ambiente no qual se inserem. (IZUKA E COSTA, 2022, p. 422-23; 428; 430).

## **2.8 MODELOS DE NEGÓCIOS NA ÁREA DA SAÚDE E DA MEDICINA DA MULHER**

A saúde da mulher tornou-se um campo de crescente interesse para novos empreendimentos. A situação de saúde pública e precarização da saúde da mulher destaca a necessidade de tornar a saúde da mulher uma agenda urgente. Além disso, é relevante observar que as mulheres são responsáveis por 90% das decisões e 80% dos gastos relacionados à saúde de suas famílias (DISTRITO, 2023).

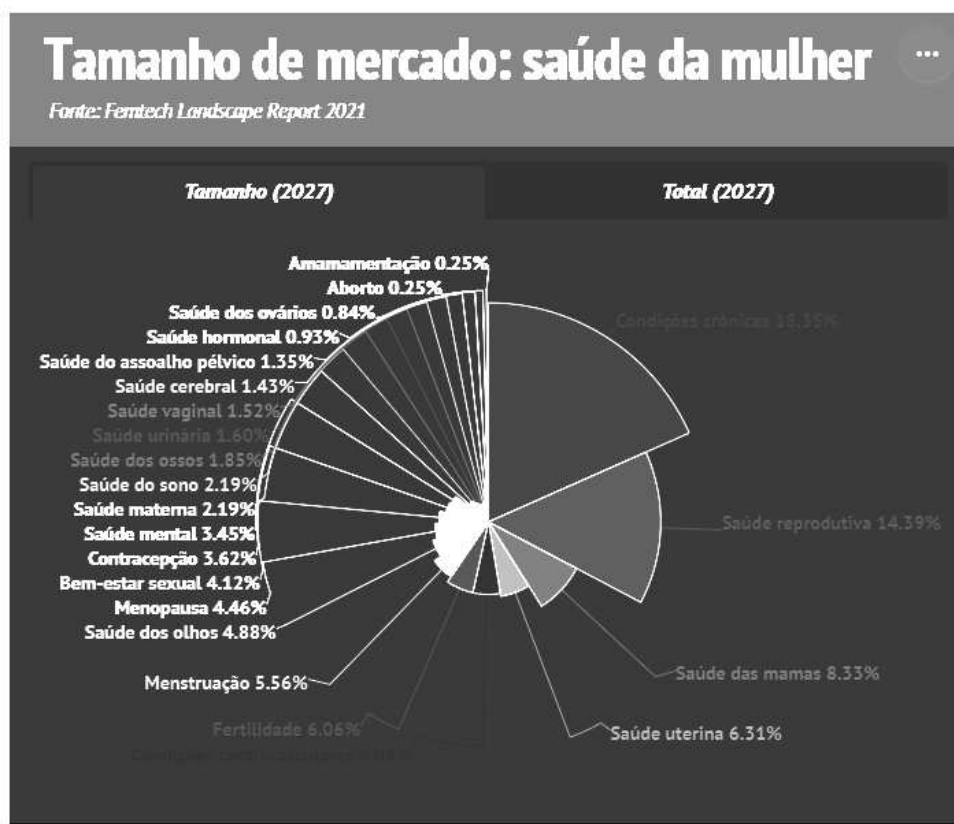
Adicionalmente, é crucial destacar que as mulheres enfrentam desafios significativos no contexto da saúde, sendo as principais afetadas pelo câncer de mama. Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2020, o câncer de mama representa 24,5% dos casos de neoplasias diagnosticadas em mulheres, seguido pelo câncer de pulmão (11,7%) e colo do útero (10,6%). Apenas em 2023, foram estimados 73.610 novos casos de câncer de mama no Brasil. Além disso, tanto mulheres quanto homens transgêneros enfrentam significativo

impacto do câncer de colo de útero, que é uma das formas mais letais dessa doença para esse público, conforme apontado pelo INCA (DISTRITO, 2023).

É importante ressaltar que a mortalidade materna persiste como um desafio, superando a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A morte de mulheres após o parto continua a ser uma preocupação, com dados do Sistema Único de Saúde (SUS) indicando que, a cada 100 mil bebês nascidos vivos, 64 mulheres perderam suas vidas, quase o dobro da meta estipulada pelos ODS, que é de 35 mortes. Esses aspectos sublinham a complexidade e a urgência das questões relacionadas à saúde da mulher no Brasil (DISTRITO, 2023).

Segundo o relatório Femtech Landscape de 2021, que analisa o cenário das tecnologias voltadas para a saúde feminina, identificou-se a existência de 97 condições de saúde que afetam exclusivamente ou de forma mais acentuada as mulheres. Diante desse panorama, destacam-se oportunidades promissoras de investimento nesse setor (FONSECA, 2021).

Figura 5 - Tamanho do Mercado Mundial da Saúde da Mulher



Fonte: Femtech Landscape Report 2021, conforme Fonseca (2021)



Esse cenário propicia o surgimento de novas oportunidades de negócios, especialmente no campo das tecnologias dedicadas à saúde, representadas pelas *HealthTechs*, com destaque para as *FemTechs*. O termo "*FemTech*" foi cunhado em 2013 para se referir a startups focadas no universo feminino. Essas *FemTechs* oferecem soluções tecnológicas abrangentes para a saúde das mulheres em diversas condições específicas, abordando áreas como saúde materna, menstrual, fertilidade, gestação, menopausa, contracepção e até mesmo saúde sexual (MELLO, RATTON, 2021).

Contudo, segundo informações de Mello e Ratton (2021), o estudo Female Founders Report 2021 revela que apenas 3% das *HealthTechs* brasileiras têm foco na saúde feminina. Essas autoras destacam que o mercado, ao perceber uma fragmentação na abordagem da saúde da mulher, viu oportunidades de negócios nesse setor. A falta de empresas que ofereçam uma jornada completa de cuidados e tratamentos é apontada como uma lacuna a ser preenchida, contribuindo para aquecer o mercado nesse segmento específico (MELLO, RATTON, 2021).

Considerando que o modelo de negócios representa um instrumento dinâmico e sistêmico para várias abordagens estratégicas, visando explicar e orientar o processo estratégico real das organizações, torna-se um novo constructo nos campos da administração e da tecnologia da informação (JOIA, FERREIRA, 2005). A pesquisa conduzida por Izuka e Costa (2022, p.430), focada em mulheres empreendedoras em negócios inclusivos e sociais, identificou quatro tipos distintos de negócios inclusivos:

- i) inclusão de consumidores da base da pirâmide; ii) inclusão de pessoas por meio da mão de obra, prestação de serviços e fornecedores na cadeia de valor; iii) inclusão por meio da defesa e garantia de direitos; e iv) aqueles que visam à autoinclusão.

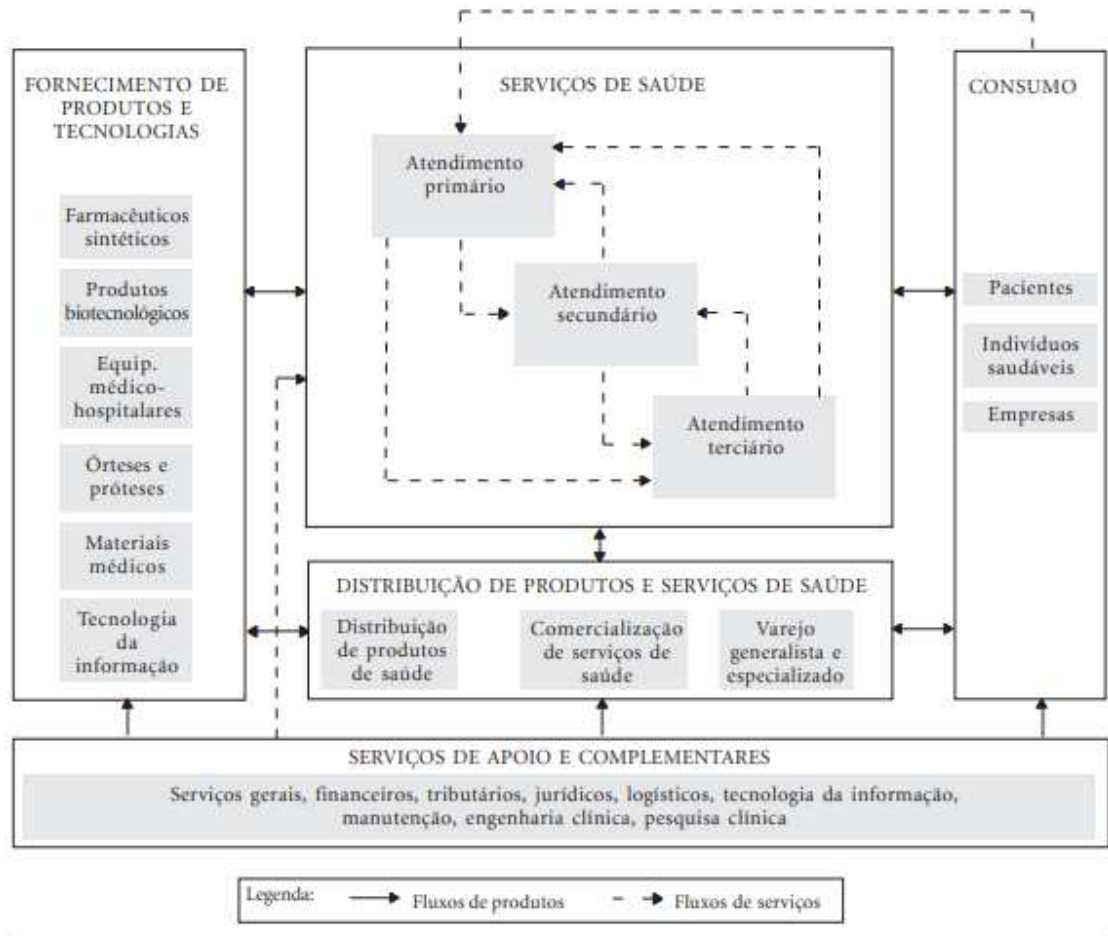
Considerando a gestão e os modelos de negócios no amplo contexto dos diversos participantes do setor de saúde, Pedroso e Malik (2012) caracterizam o modelo de negócios por meio de três conceitos distintos: valor, cadeia de valor e escopo da saúde.

A cadeia de valor externa (ou estendida) contempla o conjunto de atividades que gerencia e executa os fluxos de produtos, os serviços e os recursos (conhecimento, financeiro e informação) entre as empresas participantes dessa cadeia, até atingir os consumidores finais.

A cadeia de valor interna (ou intraempresa) consiste no conjunto de atividades primárias e de suporte realizadas para projetar, produzir e entregar um produto ou serviço. (PEDROSO, MALIK, 2012, p.2758)

A ilustração a seguir, apresenta os fluxos principais em cadeia de valor, com produtos e serviços, conhecimento, financeiro e informação, como referência para o estabelecimento do modelo de cadeia de valor da saúde em um modelo de negócios na área da saúde.

Figura 6 - Mercado e Fluxos de Serviços de Saúde, Conhecimento e Finanças na Cadeia de Valor da Saúde



Fonte: Pedroso e Malik (2012, p. 2767).

Pontes (2019), em pesquisa para a Folha de SP, destaca a presença de diversas empresas de saúde no Brasil que já operam com novos modelos de negócios, abrangendo serviços de assinatura, clínicas populares, formatos inovadores de atendimento médico e acompanhamento, além de clínicas alternativas que utilizam aplicativos integrados aos prontuários eletrônicos. Nesses modelos, os pacientes podem seguir orientações médicas por meio de plataformas digitais, esclarecer dúvidas por meio de chat e participar de videoconferências entre consultas.

Conforme relato dos entrevistados, os programas alternativos de assistência médica em plataformas digitais são considerados modalidades mais adequadas em situações em que o acesso a serviços de saúde é restrito, oferecendo atendimentos mais simples e de baixa complexidade (PONTES, 2019).

## 2.9 ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA A FORMULAÇÃO DE UM MODELO DE NEGÓCIO

Como estratégias para o desenvolvimento de negócios, o presente capítulo apresenta a Estratégia do Oceano Azul e Oceano Vermelho, Inovação de Valor, Modelo das Quatro Ações, o Canvas da Proposta de Valor e o Canvas do Modelo de Negócios.

### 2.9.1 Estratégia do Oceano Azul e Vermelho

A estratégia do Oceano Azul, desenvolvida por Kim e Mauborgne (2005), é uma abordagem revolucionária para o desenvolvimento de negócios que visa a criação de novos mercados (Oceano Azul) em vez de competir em mercados existentes (Oceano Vermelho), onde a concorrência é intensa. Essa estratégia envolve a inovação de valor, que se concentra em criar um novo espaço de mercado, oferecendo produtos ou serviços que são inovadores e diferentes dos já existentes (KIM; MAUBORGNE, 2005).

O Quadro 4 mostra as diferenças entre a estratégia oceano vermelho vs. estratégia oceano azul.

Quadro 4 - Estratégia oceano vermelho vs. oceano azul

Estratégia oceano vermelho	Estratégia oceano azul
Concorrer no espaço de mercado existente;	Criar espaço de mercado não disputado;
Vencer a concorrência;	Tornar a concorrência irrelevante;
Explorar a procura existente;	Criar e conquistar nova procura;
Reger-se pelo <i>trade-off</i> entre valor e custo;	Quebrar o <i>trade-off</i> entre valor e custo;
Alinhar todo o sistema de atividades de uma empresa com a sua escolha entre diferenciação e custo baixo.	Alinhar todo o sistema de atividades de uma empresa na procura da diferenciação e do baixo custo.

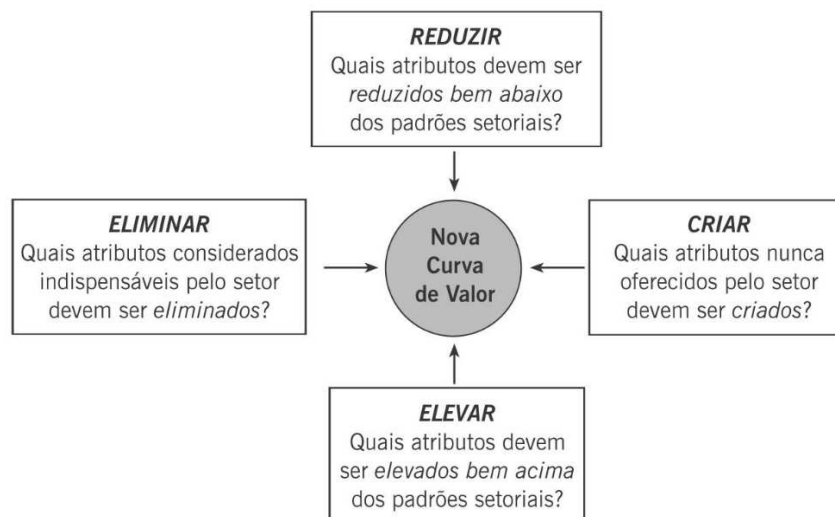
Fonte: Kim e Mauborgne (2005, p. 37).

### 2.9.2.1 Inovação de valor e modelo das Quatro Ações

Para os autores, a inovação de valor é uma nova maneira de considerar a execução da estratégia, resultando na criação de um novo espaço de mercado e no rompimento com a concorrência.

Um conceito chave na estratégia do Oceano Azul é o Modelo das Quatro Ações, que ajuda as empresas a repensar e redesenhar seus modelos de negócios para se destacar em novos mercados (KIM; MAUBORGNE, 2005). O modelo é composto por perguntas-chave que questionam a estratégia e o modelo de negócios do setor, conforme mostrado na Figura 7.

Figura 7 - Modelo das Quatro Ações



Fonte: Kim e Mauborgne (2005, p. 49).

Em síntese, o Modelo das Quatro Ações envolve a avaliação de quatro áreas principais:

a) Reduzir: identificar quais fatores da indústria podem ser reduzidos ou eliminados. Isso envolve a eliminação de características ou serviços que não agregam valor significativo aos clientes.

b) Elevar: identificar quais fatores da indústria podem ser aumentados para oferecer um valor superior aos clientes. Isso pode envolver a ampliação de características que os clientes valorizam.

c) Eliminar: identificar quais fatores da indústria podem ser completamente eliminados, pois não são essenciais para atender às necessidades dos clientes.

d) Criar: identificar quais fatores da indústria podem ser criados para oferecer algo totalmente novo e inovador.

Assim, ao aplicar o Modelo das Quatro Ações e a estratégia do Oceano Azul, as empresas podem encontrar novos espaços de mercado, onde a competição é menor, os lucros podem ser maiores e a inovação de valor é o cerne do sucesso.

## **2.9.2 Modelos de Negócio, Canvas da Proposta de Valor e Canvas do Modelo de Negócios**

Com a evolução do pensamento estratégico na teoria e na prática, surge o conceito de modelo de negócio, que seria uma questão maior à dimensão estratégica (RAUSCH, 2012).

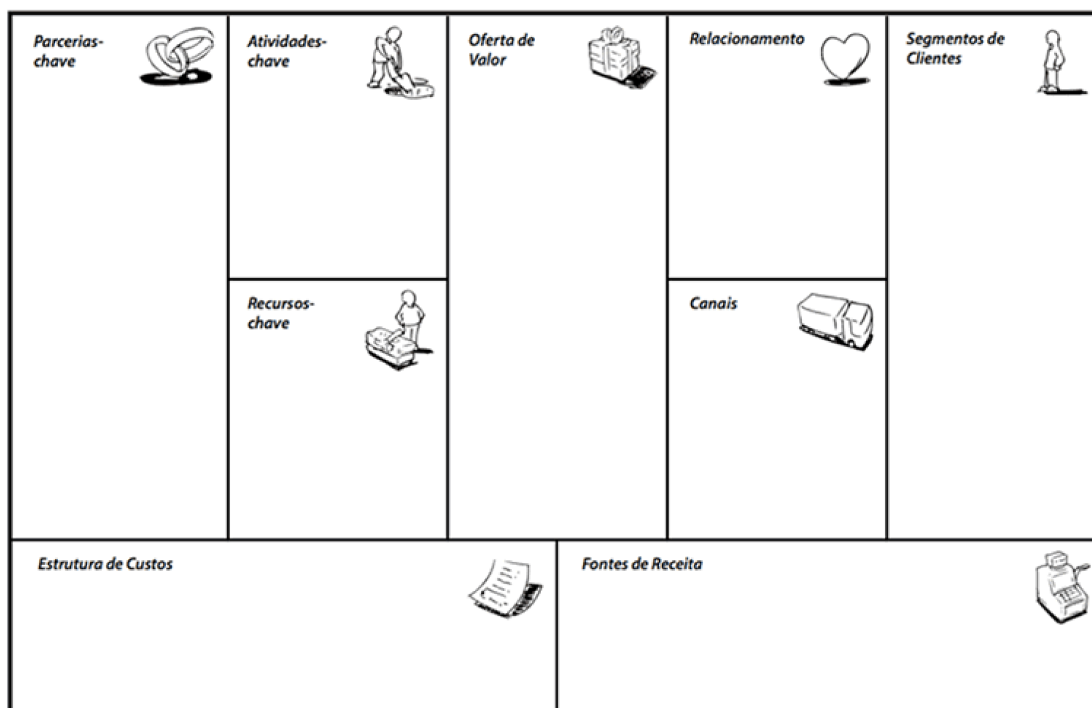
O modelo de negócios sendo uma ferramenta conceitual que descreve a lógica pela qual uma empresa gera valor e obtém a sobrevivência dos negócios (MARTINS, MOTA, MARINI, 2019). A abordagem ontológica proposta por Osterwalder e Pigneur (2010) desdobra os componentes do modelo de negócios em nove elementos interligados, oferecendo uma visão holística da organização e suas operações.

### **2.9.2.1 O Modelo de Negócios Canvas**

O *Business Model Canvas* é uma ferramenta criada por Alexandre Osterwalder, representado por um mapa, conforme Figura 3, que resume os principais pontos de um modelo de negócios. (OSTERWALDER; PIGNEUR, 2011).

A Figura 8 mostra o Quadro do Modelo Canvas, com os nove quadrantes que o compõem.

Figura 8 - Ferramenta *Business Model Canvas*



Fonte: Osterwalder e Pigneur (2011).

Para facilitar o preenchimento da ferramenta, Osterwalder e Pigneur (2011) explicaram cada um dos blocos e desenvolveram algumas sugestões perguntas para orientar a construção do modelo, são elas:

**Segmento de clientes:** neste bloco devem ser descritos os grupos de clientes que serão atendidos, suas necessidades, como acessá-los e como se relacionar com eles. Para responder este bloco os respondentes devem se perguntar: para quem estamos criando valor? Quem são nossos consumidores mais importantes?

**Proposta de valor:** descrever quais produtos e serviços que atrairão os clientes, deve-se destacar o que o diferirá da concorrência. As perguntas que norteiam este bloco são: Qual valor entregamos ao cliente? Qual problema estamos ajudando a resolver? Que necessidades estamos satisfazendo? Que conjunto de produtos e serviços estamos oferecendo para cada segmento de clientes?

**Canais de distribuição:** determinar quais serão os canais ou meios necessários para acessar os clientes, de forma eficaz para lhes entregar a proposta de valor ofertada, perguntando-se: Através de quais canais nossos segmentos de clientes devem ser contatados? Como os alcançamos agora? Como nossos canais se integram? Qual funciona melhor? Quais apresentam menor custo-benefício? Como estão integrados à rotina dos clientes?

**Relacionamento com os clientes:** identificar que tipo de relações devem ser utilizadas para cada grupo de clientes, para conquistá-los, retê-los e ampliar as vendas. Que tipo de relacionamento cada um dos segmentos de clientes

espera que estabeleçamos com eles? Quais já estabelecemos? Qual o custo de cada um? Como se integram ao restante do nosso modelo de negócios?

Fontes de receitas: representa o dinheiro gerado por cada segmentação de clientes, as questões que norteiam este bloco, são: quais valores nossos clientes estão realmente dispostos a pagar? Pelo que eles pagam atualmente? Como pagam? Como prefeririam pagar? O quanto cada fonte de receita contribui para o total da receita?

Recursos principais: quais são os recursos necessários para fazer o negócio funcionar. Que recursos principais nossa proposta de valor requer? Nossos canais de distribuição? Relacionamento com o cliente? Fonte de receita?

Atividades-chaves: descrição das principais ações da empresa. Que atividades-chave nossa proposta de valor requer? Nossos canais de distribuição? Relacionamento com clientes? Fonte de receita?

Parcerias principais: deve ser composta pela rede de fornecedores e parceiros. Quem são nossos principais parceiros? Quem são nossos fornecedores principais? Que recursos principais estamos adquirindo dos parceiros? Que atividades-chave os parceiros executam?

Estrutura de custo: descrição de todos os custos envolvidos na operação do modelo de negócios, questionando, quais são os custos mais importantes do nosso modelo de negócios? Que recursos principais são mais caros? Quais atividades-chave são mais caras? (LUCION et al., 2020, p.110-111).

## **2.10 METODOLOGIA**

A metodologia empregada nesta pesquisa é caracterizada como pesquisa aplicada, adotando uma abordagem qualitativa e descritiva. Utilizando métodos bibliográficos, documentais, estudo de caso e pesquisa na internet, a pesquisa busca tanto descrever quanto explicar fenômenos relacionados ao tema em questão. A amostragem foi selecionada por conveniência, seguindo uma abordagem não probabilística.

Os procedimentos metodológicos adotados envolveram a utilização de técnicas de ruptura metodológica e análise técnica da hermenêutica-dialética. Além disso, foram aplicadas as ferramentas da estrutura das quatro ações para inovação e o Canvas do Modelo de Negócio, visando aprofundar a compreensão e explorar as possibilidades de desenvolvimento na área estudada.

## **2.11 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E PROPOSTA DE MODELO DE NEGÓCIOS PARA UMA CLÍNICA DE SAÚDE DA MULHER**

A análise qualitativa da pesquisa empregou a técnica da hermenêutica-dialética, permitindo a avaliação dos aspectos extradiscursivos que constituem o espaço

socioeconômico, político, cultural e relacional em que o discurso circula (MINAYO, 2002; 2014).

A hermenêutica, de Gadamer, como metodologia para a pesquisa qualitativa, é uma “a arte da compreensão” (GOMES, 2014, p.19; 20) enquanto a dialética “é o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação” (KONDER, 2008, p.33).

A hermenêutica-dialética opera em níveis de interpretação que envolvem categorias analíticas, empíricas e operacionais. Enquanto a hermenêutica busca identificar as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem (compreensão de textos, fatos históricos, cotidianidade e realidade), o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição (focalizando a dissensão, a mudança e os macroprocessos), inerentes a um processo de transformação (MINAYO, 2002; GOMES, 2014).

Como recurso metodológico integrativo e complementar, a análise faz uso dos pilares e perspectivas de análise da gestão: técnica, política e crítica, propostas por Reed (1989, apud JUNQUILHO, 2001).

### **2.11.1 Classificação das Categorias Temáticas da Pesquisa**

A análise qualitativa da pesquisa, realizada por meio de uma abordagem hermenêutico-dialética (MINAYO, 2002; 2014), conforme apresentado no quadro a seguir, iniciou-se com o levantamento das categorias, que foram classificadas e organizadas a partir dos fundamentos teóricos estudados (ROSA, MACKEDANZ, 2021).

Quadro 5 - Rol de Categorias Temáticas

<b>Categorias Analíticas</b>
Conceito de saúde refletindo a conjuntura social, econômica, política e cultural e conceito de saúde da OMS, como bem-estar físico, mental e social (Scliar, 2007); Saúde como direito de todos e dever do Estado e assistência à saúde é livre à iniciativa privada (Brasil, 1978); Complexidade da gestão da saúde (Coelho et al. (2009; Maia, et al. 2011); Visão sistêmica da saúde e nova concepção sistêmica de saúde e de cura (Capra e Luisi, 2014); Gestão do cuidado em saúde em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (Cecilio, 2011); Gestão do processo de cuidado em saúde que valorize a humanização, a qualidade e a efetividade das práticas de saúde, em consonância com as demandas e necessidades dos usuários (Franco, Merhy, 2012); Gestão do processo de cuidado em saúde deve ser pautada por uma perspectiva crítica e reflexiva, que promova a participação e a construção de vínculos de confiança e respeito mútuo entre os profissionais e os usuários. (Sant’anna, Hennington, 2011); Qualidade da Saúde



como imperativo técnico e social, com exigências e necessidades além da gestão médica (Maia, et al. 2011); Qualidade como fator para a sustentabilidade do sistema de saúde (ANAHP, 2022); Qualidade da saúde que envolve gerenciamento técnico e do relacionamento, acolhimento do atendimento e princípios éticos na conduta da assistência (Donebedian (1996); Pilares da qualidade na assistência à saúde: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, oportunidade/ acesso, eficiência e equidade e integração (Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, conforme ANAHP (2022); Programas de qualidade total como importantes ferramentas de gestão, mas, com alcance limitado e baixo impacto sobre os custos do setor saúde (Malik e Schiesari, 1998; Junior e Vieira, 2002); Críticas à gestão tradicional da melhoria da qualidade, devendo incluir antecipação preventiva dos erros, autonomia, liderança participativa, confiança e criatividade, embasados na saúde como um bem público e cidadania (Cunha, Dahab e Cunha (2001); As tecnologias na área da saúde classificadas em: tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve (Mehry et al. 1997); Avaliação das tecnologias em saúde (ATS) ainda focadas nas tecnologias de produto, como medicamentos, materiais e equipamentos (Novaes e Soares, 2020, p.1); Necessidade de uma visão crítica da tecnociência no setor saúde (Lorenzetti et al., 2012); Nova realidade do setor de saúde, com aceleração da transformação digital na cadeia de valor, novos modelos de negócios, uso de tecnologias e inteligência artificial (KPMG, 2020; Medicina S.A, 2021); Complexidade da gestão do (Giusti e Ragazzi, 2023); Tecnologias de inovação e digitalização da indústria de saúde tech impactam o modelo de negócios e de atendimento de clínicas e hospitais (Distrito, 2023); Setor de saúde ainda segue paradigma patogênico e de cuidado de doenças (Pelikan, 2022); Boas Práticas da Saúde para a da Mulher (Fiocruz, 2023), em conformidade com na Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres (PNAISM) (Brasil, 2004); Salutogênese (Antonovsky, 1996): um conceito guarda-chuva (Erikson, 2014), com conceituação e perspectiva inovadoras, e uma mudança de paradigma nas ciências e na medicina para a promoção da saúde e bem-estar ((Mittelmark, 2017; Eriksson e Lindström, 2008; Marçal et al., 2018; Girondoli, 2021; Wikipédia, 2022; Silva, 2022); Modelo salutogênico de Antonovsky, aplica-se como atendimento em saúde, promovendo a cultura e o empowerment com foco humanístico e holístico na saúde (Figueiredo e Amendoeira, 2019); Orientação salutogênica (Pelikan, 2016) como um modelo de saúde organizacional (Bauer e Jenny, 2016). dimensão da qualidade hospitalar (Dietscher, Winter e Pelikan, 2016) e de Arquitetura Salutogênica em Ambientes de Saúde (Dietscher, Winter e Pelikan, 2016; Golembieski, 2016); Saúde da Mulher: concepções restritas, na sua função reprodutiva e a maternidade (Coelho, 2003), enquanto, em concepções mais amplas, incluem integralidade, gênero, direitos humanos e questões relacionadas à autonomia e cidadania (Rago, 1998; Souto e Moreira, 2021; Mariano e Molari, 2022); Problemática e gravidade da saúde da mulher na sociedade brasileira (Barbosa, Oliveira e Corrêa, 2021; Ministério da Saúde, 2021; 2023; Azevedo, 2023; Dantas et al., 2023); Modelo teórico-conceitual do sistema de saúde obstaculizam a proposta de integralidade (Coelho et al. (2009; Empreendedorismo Feminino por necessidade Rodrigues et al. (2021) e inserção tardia no mercado e as dificuldades da mulher (GEM; ANEGEPE; SEBRAE, 2023); Clínica da Saúde da Mulher: concebida voltada à transformação da atenção à saúde, com visão de natureza integral e multidisciplinar, integrando gestão, cuidado e educação (Padilha et al., 2018); Empreendedorismo (Dornelas, 2016; 2015) para criação de um negócio em processo causal e processo efetual (Borges, 2020); Feminização da medicina, conforme a Demografia Médica no Brasil, de 2023 (Scheffer; 2023; FMUSP, AMB, 2023); Carreira médica: inibição do empreendedorismo, em prol da estabilidade do emprego (Scheffer; Brunelli, 2022); Crise na saúde pública e precarização da saúde da mulher, e o papel decisório da mulher para a saúde da família (Distrito, 2023), representam boas oportunidades de investimento e negócios (Fonseca, 2021), fazendo surgir as startups – femtechs, com soluções tecnológicas para a saúde das mulheres (Mello e Ratton, 2021); Novas tecnologias na gestão e na medicina para clínicas médicas (Distrito, 2022; 2023; Deloitte, 2023; PUCPR, 2024); Modelo de Negócios: em três conceitos: valor, cadeia de valor e escopo da saúde (Pedroso e Malik, 2012); Mulheres empreendedoras em negócios inclusivos e sociais (Izuka e Costa, 2022); Modelos de Negócio Alternativos de Clínica de Saúde em atendimento à mulher, com assinatura de serviços médicas em plataforma digital de atendimento (Pontes, 2019).

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos resultados da pesquisa.

### 2.11.2 Análise Hermenêutica-Dialética da Pesquisa

A análise temática, para “identificar ou examinar as ideias, suposições e conceitualizações – e ideologias – subjacentes” (Braun; Clarke, 2006, apud Rosa e Mackedanz, 2021, p.11), irá focar em três temas centrais da pesquisa, ou seja: i) Tecnologia e Inovação na Saúde; ii) Qualidade de Serviços para a Saúde da Mulher; e, iii) Empreendedorismo de um Negócio de Clínica de Medicina da Mulher.

Quanto à **Tecnologia na Saúde**, Franco (2003, p.4) assinala que estamos diante de uma “Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica da Saúde”, produzindo mudanças no “núcleo tecnológico” do “modo de produzir saúde”.

Para examinar esse contexto, realiza-se uma análise considerando a centralidade e o domínio da tecnologia na atualidade, com a possibilidade do seu controle pela sociedade, conforme defendido por Andrew Feenberg, filósofo americano e criador da Teoria Crítica da Tecnologia (MARICONDA, MOLINADA, 2009). A análise utilizará a abordagem proposta por Feenberg, que compreende a ciência e a tecnologia por meio de quatro perspectivas possíveis: determinismo, instrumentalismo, substantivismo e teoria crítica (DAGNINO, BRANDÃO, NOVAES, 2004).

Considerando os conceitos de tecnologias materiais para os instrumentos e tecnologias não materiais para o conhecimento técnico na produção da saúde, a análise hermenêutica identificou que a Avaliação das Tecnologias em Saúde (ATS) tem um foco predominante nas tecnologias de produto, o que ressalta a necessidade de uma nova abordagem das tecnologias da saúde (MERHY E FRANCO, 2003; NOVAES, SOARES, 2020; MERHY, FEUERWERKER, 2016).

Apesar de gerarem efeitos positivos, as tecnologias de saúde enfrentam desafios, como a abordagem objetiva do problema biológico, focada nos procedimentos e carente de interesse no indivíduo, com uma escuta limitada. Isso demanda, por sua vez, um conhecimento tecnológico específico e um *modus operandi* que, inclusive, atribuem sentido ao que será ou não a razão instrumental do equipamento ( MERHY, FEUERWERKER, 2016).

Para aprofundar a compreensão da complexidade do ato de cuidar na saúde, Merhy (2004) ressalta que a tecnologia não deve ser confundida com simples instrumentos ou equipamentos tecnológicos, nem deve ser automaticamente valorizada como algo positivo. Segundo o autor, a tecnologia é representada pelo conjunto de conhecimentos ou saberes

envolvidos. Ele exemplifica isso ao considerar a clínica e a epidemiologia como formas de saber tecnológico no contexto da saúde.

Nesse contexto, Sodré e Rocon (2023) acrescentam outra perspectiva ao destacar que o fazer saúde implica em uma constante produção etopoiética, referindo-se ao conceito de Foucault, que opera uma transformação no sujeito para acolher, produzir vínculos e cuidar. Essa abordagem é denominada de "trabalho vivo – trabalho que se dá em ato –", conceito de Merhy (2004), e não pode ser enquadrada como tecnologia leve, segundo os autores (SODRÉ, ROCON, 2023).

Dentro do contexto das tendências em "saúde digital" e nas tecnologias digitais que permeiam as práticas, serviços e sistemas de saúde, influenciando transformações na indústria e nos produtos e serviços de saúde, é necessário considerar o impacto dessas mudanças nos indivíduos e nas populações (RACHID et al., 2023). Souza (2016, p.51) aborda essa questão, destacando os efeitos das tecnologias no campo da saúde.

Na realidade, predomina um modelo de atenção caracterizado por práticas fragmentadas, que enfatizam tratamentos sintomáticos, estimulam o consumismo de produtos e serviços e promovem, ao invés da humanização, uma participação passiva dos usuários. A superação desse modelo passa pela mudança do padrão tecnológico da saúde, que, por sua vez, exige a transformação do padrão tecnológico da sociedade.

No que diz respeito à Inovação na Saúde, os dados da pesquisa indicam uma aceleração significativa nas tecnologias de digitalização tanto na gestão da saúde quanto na medicina aplicadas a clínicas médicas, startups *FemTechs*, novos modelos de negócios, e a tendência de plataformização para gerenciamento eficiente de grandes volumes de dados (DISTRITO, 2022; 2023; DELOITTE, 2023; MELLO, RATTON, 2021; PEDROSO, MALIK, 2012).

Dias (2016, p.1073; 1075), ao avaliar a obra de Cavaco Dias (2015), "O valor da Inovação: criar o futuro do sistema de saúde", destaca que, diante da escassez de propostas para uma reforma abrangente do sistema de saúde, a inovação assume um papel crucial para alterar fundamentalmente a concepção e o desenho dos serviços de saúde do futuro. Essa transformação visa redefinir o valor desses serviços, indo além do desempenho, para garantir ganhos significativos em saúde, impulsionar o crescimento econômico e promover maior coesão social.

Nesse contexto, Novaes e Soárez (2020, p.6) destacam a importância de explorar novas abordagens para compreender a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde, assegurando a manutenção da perspectiva do bem público. Eles apontam para experiências de

inovação responsável que estão sendo implementadas na Europa como referências nesse sentido.

A análise dialética dos resultados revela a presença marcante de características capitalistas na área da saúde (RACHID et al., 2023). Isso se evidencia pela predominância das visões determinista (baseada na teoria da modernização) e instrumental (centrada na fé no progresso). Souza (2021) acrescenta que, lamentavelmente, as interações humanas fundamentais para o sucesso do cuidado em saúde têm sido suprimidas e substituídas pelo avanço tecnológico. Esse cenário tem relegado os sujeitos ao papel de objetos (às tecnologias duras), prejudicando as relações e o entendimento que permeiam as consciências envolvidas no processo.

Considerando a gravidade das questões relacionadas à saúde da mulher na sociedade brasileira, a pesquisa evidenciou que a qualidade dos serviços voltados para a saúde da mulher só começou a se tornar uma realidade com a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; 2022; AZEVEDO, 2023; DANTAS et al., 2023). Esse programa foi resultado de movimentos em prol da restauração da democracia e da mobilização pelo direito universal à saúde.

O PAISM preconiza que os serviços de saúde devem focar no fortalecimento do poder das mulheres (*empowerment*), assegurando diversas ações, incluindo práticas educativas para aumentar a consciência crítica e a autonomia, além de promover os seus direitos (BRASIL, 2004; COSTA, 2012).

A pesquisa evidenciou o progresso nas diretrizes de saúde, como a Política Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres, as inovações tecnológicas a serviço da saúde, assim como a feminilização da medicina e os avanços nas boas práticas de saúde da mulher (BRASIL, 2004; DISTRITO, 2022; 2023; DELOITTE, 2023; SCHEFFER, 2023; FMUSP, AMB, 2023; FIOCRUZ, 2023).

Contudo, uma análise dialética dos resultados destaca que as tecnologias e saberes ainda se orientam predominantemente para atender às necessidades no paradigma patogênico e centrado no cuidado de doenças no setor de saúde (PELIKAN, 2022). Além disso, a eficácia dos programas de qualidade total como ferramentas de gestão mostra-se limitada, com baixo impacto na sustentabilidade do setor de saúde (MALIK, SCHIESARI, 1998; CUNHA, DAHAB, CUNHA, 2001; JUNIOR, VIEIRA, 2002).

Os achados da pesquisa conduzida por Rosa e Cabral (2023) indicam que a mulher, conformada pelas políticas de saúde, é sujeita a códigos que buscam definir a natureza

feminina. Mesmo quando confrontada com um ideário emancipatório nas políticas de saúde, a mulher ainda encontra maiores oportunidades de acesso aos seus direitos de cidadania através de sua função como potencial reprodutora.

Quanto ao **empreendedorismo de um negócio de clínica de medicina da mulher**, a análise dos resultados revelou uma nova realidade no setor de saúde, caracterizada pela rápida transformação digital na cadeia de valor, a emergência de novos modelos de negócios e a integração de tecnologias avançadas, incluindo inteligência artificial (KPMG, 2020; MEDICINA S.A, 2021). A gestão do setor de saúde é descrita como complexa, enquanto as inovações tecnológicas e a digitalização na indústria de *HealthTech* têm um impacto significativo nos modelos de negócios e na prestação de serviços em clínicas e hospitais (GIUSTI, RAGAZZI, 2023; DISTRITO, 2023).

A análise baseada na hermenêutica destaca os avanços nas tecnologias de inovação, como digitalização e inteligência artificial, na indústria de *HealthTech*, impactando os modelos de gestão e negócios de clínicas e hospitais tecnológicos voltados para serviços de saúde (KPMG, 2020; MEDICINA S.A, 2021; DISTRITO, 2022; 2023; DELOITTE, 2023).

No entanto, em concordância com Lorenzetti et al. (2012), é imperativa uma visão crítica da tecnociência no setor de saúde. Dada a complexidade inerente à saúde e à compreensão de que as tecnologias englobam conhecimentos e saberes, torna-se evidente que as tecnologias em saúde não se limitam a instrumentos e equipamentos tecnológicos, nem se reduzem às categorias de tecnologias materiais e não materiais (MERHY, 1997; MERHY, FRANCO, 2003).

Neste contexto, os autores argumentam que o domínio de conhecimentos e práticas da clínica está associado a outros campos de saber, sem excluir nenhum domínio específico. No entanto, mesmo diante dessa complexidade, a micropolítica da organização do trabalho revela que a atividade clínica, o cerne do cuidado, continua a operar um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (MERHY, FRANCO, 2003, p.3).

Para melhor compreender a dimensão do problema que temos, recuperamos as contribuições de Cecílio (1999) em torno da questão das necessidades, onde os autores apresentam uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida” (FRANCO, MERHY, 2003, p.3).

Portanto, a análise hermenêutica-dialética dos resultados indica que tanto a Qualidade de Serviços para a Saúde da Mulher quanto o uso da Tecnologia e Inovação na Saúde e o Empreendedorismo de um Negócio de Clínica de Medicina da Mulher mostram que essas estratégias resultam em ações e recursos necessários. No entanto, diante da realidade e complexidade da saúde, e das questões relacionadas à discriminação, frustrações, insuficiência e falta de efetividade, é imperativo que a administração e a gestão da saúde incorporem novas racionalidades, valores e práticas.

Como perspectivas viáveis, alinhadas com a Teoria P de Alberto Guerreiro Ramos, Souza e Paula (2022, p.51; 54) sugerem uma reinterpretação dos conhecimentos tecnológicos de gestão à luz da tese da ambivalência da tecnologia e da racionalização subversiva ou democrática, conforme proposto por Andrew Feenberg (2010b). Dessa forma, seria factível redefinir o aparato tecnológico das sociedades industriais de maneira a democratizá-lo e assegurar que atenda a necessidades humanas e ambientais mais abrangentes.

Assis e Paula (2013) propõem uma reinterpretação da gestão com base nas ideias de Feenberg e Guerreiro Ramos, visando representar uma nova lógica de gerenciamento. Essa abordagem rompe com a predominância da racionalidade instrumental, introduzindo a "racionalidade substantiva" e abrindo caminho para uma gestão ressignificada. Essa perspectiva incorpora novos valores e práticas de liderança e gestão de pessoas.

## **2.12 O MODELO DAS QUATRO AÇÕES COMO DIRETRIZ PARA O MODELO DE NEGÓCIO DA CLÍNICA ALFA DE MEDICINA DA MULHER**

A partir dos resultados da pesquisa, e, de modo a atender aos objetivos, a seguir, são respondidas as questões das Quatro Ações de Kim e Mauborgne (2005), de modo a orientar o desenho de um modelo de negócio para a Clínica Alfa de Medicina da Mulher.

### **i) Que atributos considerados indispensáveis pelo setor devem ser eliminados?**

Resposta: i) A visão determinista e a racionalidade instrumental; ii) Inovações que se limitam ao uso de tecnologias e inteligência artificial promovendo apenas as tecnologias duras; iii) O conceito patogênico de saúde; iv) A visão restrita da saúde da mulher, focada apenas em sua função reprodutiva e maternidade; v) Relação médico-paciente promotora da fragilidade e forma passiva do paciente.

## **ii) Que atributos devem ser reduzidos bem abaixo dos padrões setoriais?**

Resposta: i) A predominância de valores capitalistas e a visão determinista e a racionalidade instrumental; ii) A prevalência do paradigma patogênico e do cuidado de doenças; iii) A gestão tradicional da saúde limitada a programas de qualidade total e melhoria da qualidade; iv) A avaliação das tecnologias em saúde focadas predominantemente nas tecnologias de produto, como medicamentos, materiais e equipamentos; v) Qualidade dos prestadores de serviços de saúde, com desvalorização da interação e humanização na relação médico-paciente.

## **iii) Que atributos devem ser elevados bem acima dos padrões setoriais?**

Resposta: i) A visão crítica da tecnociência no setor da saúde; ii) A complexidade da gestão da saúde; iii) A concepção do trabalho vivo na área da saúde; iv) A qualidade da saúde, que envolve gerenciamento técnico e de relacionamento, acolhimento no atendimento e princípios éticos na conduta da assistência; v) Qualidade na saúde em parceria e cocriação com comunidades de pacientes; vi) A saúde da mulher em concepções mais amplas e em boas práticas, incluindo integralidade, gênero, direitos humanos e questões relacionadas à autonomia e cidadania; vii) A clínica da saúde da mulher voltada para a transformação da atenção à saúde, com uma visão de natureza integral e multidisciplinar, integrando gestão, cuidado e educação; viii) A gestão ética e responsável.

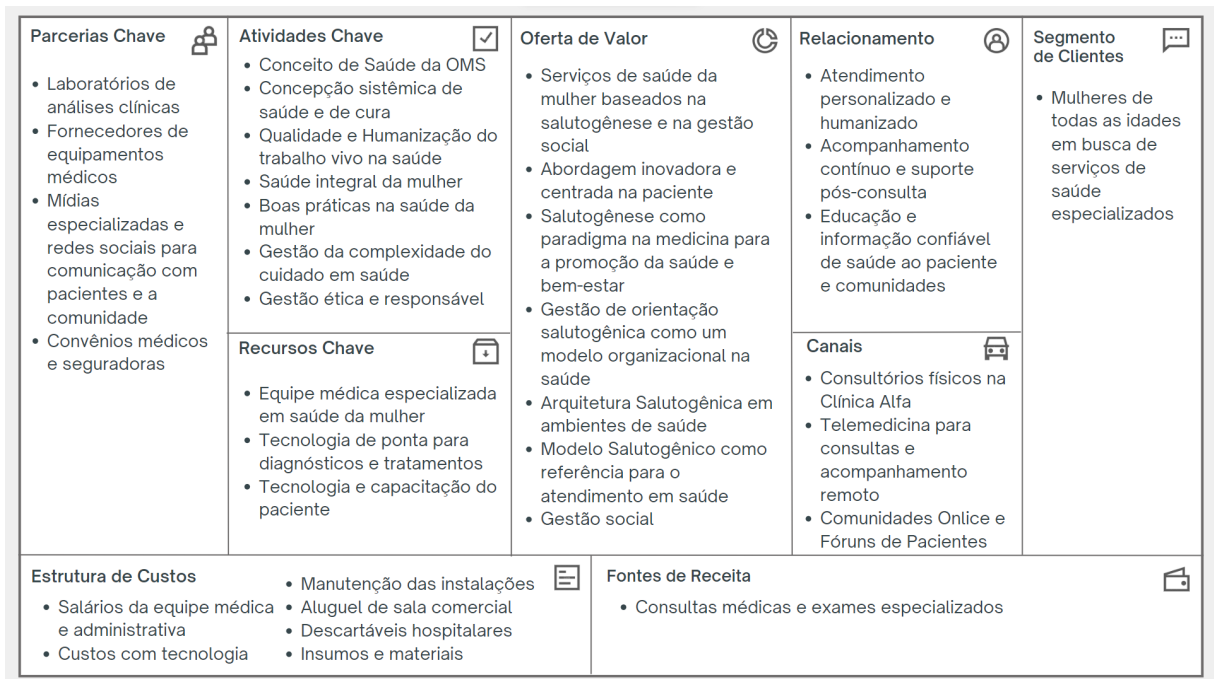
## **iv) Que atributos nunca oferecidos pelo setor devem ser criados?**

Resposta: i) A salutogênese como um conceito guarda-chuva e uma mudança de paradigma nas ciências e na medicina para a promoção da saúde e bem-estar; ii) A gestão de orientação salutogênica como um modelo organizacional na saúde; iii) A arquitetura salutogênica em ambientes de saúde; iv) O modelo salutogênico como referência para o atendimento em saúde; v) A gestão social.

## **2.13 CANVAS DO NEGÓCIO: CLÍNICA ALFA DE MEDICINA DA MULHER**

A partir dos resultados da pesquisa e da aplicação do Modelo das Quatro Ações de Kim e Mauborgne (2005), apresenta-se a seguir o Canvas do Modelo de Negócio para a Clínica Alfa de Medicina da Mulher.

Figura 9 - Canvas do Modelo de Negócio para Clínica da Mulher



Fonte: Elaborado pelo autor.

Assim, como mostra a figura, em especial, com as inovações do Conceito de Saúde da OMS, concepção sistêmica de saúde e de cura, Qualidade e Humanização do Trabalho Vivo na Saúde, Salutogênese e da Gestão Social, foi possível formular o Canvas do Modelo Negócio como diretriz para formular um modelo de Negócios e orientar o empreendedorismo da Clínica Alfa de Medicina da Mulher.



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho tem por objetivo geral: analisar as possibilidades de empreender a Clínica Alfa de Medicina da Mulher de modo a contemplar a inovação no negócio e na qualidade dos serviços para a saúde da mulher.

A metodologia classifica o trabalho como pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, pesquisa descritiva e explicativa, bibliográfica, documental, estudo de caso e pesquisa na internet; a amostragem foi escolhida por conveniência e não probabilística. Os procedimentos metodológicos fizeram uso de ruptura metodológica e análise técnica da hermenêutica-dialética, das ferramentas da estrutura das quatro ações para inovação e do Canvas do Modelo de Negócio.

Quanto ao primeiro objetivo específico: levantar as tendências e desafios atuais na qualidade de Serviços para a Saúde da Mulher, os resultados apontaram concepções restritas, na sua função reprodutiva e a maternidade, enquanto, em concepções mais amplas, precisam incluir a integralidade, gênero, direitos humanos e questões relacionadas à autonomia e cidadania.

Quanto ao segundo objetivo específico: discutir as possibilidades de realizar a inovação no Empreendedorismo, Inovação e na Gestão da Qualidade de serviços na Saúde para uma Clínica de Medicina da Mulher, os resultados apurados foram: i) Quanto à Tecnologia na Saúde, o setor se encontra em reestruturação e transição tecnológica da saúde, com foco maior nas tecnologias de produto, no problema biológico e em procedimentos e serviços, ii) Quanto à Inovação na Saúde: predomínio de valores capitalistas e racionalidade instrumental, do paradigma patogênico e de cuidado de doenças; as inovações se resumem à transformação digital na cadeia de valor, plataformização na gestão da saúde, uso de tecnologias e inteligência artificial e “indústria de saúde tech”, promovendo as tecnologias duras. Assim, quanto ao empreendedorismo em uma clínica de medicina da mulher, é crucial adotar uma abordagem crítica em relação à interseção entre tecnologia e ciência no setor de saúde. Isso implica em reconhecer a importância de uma perspectiva atualizada sobre o trabalho humano e o cuidado na saúde feminina, para um modelo de negócios inovador e centrado na paciente.

Quanto ao terceiro objetivo específico: elaborar um Modelo de Negócios para a Clínica Alfa de Medicina da Mulher, a partir da análise dos resultados, foi possível construir um Canvas do Modelo de Negócios para a Clínica Alfa de Medicina da Mulher. Os

diferenciais para o novo negócio são o conceito de saúde da OMS, a concepção sistêmica de saúde e de cura, a qualidade e humanização do trabalho vivo na saúde, a salutogênese e a gestão social. Assim, o objetivo geral da pesquisa foi alcançado.

Conclui-se que há possibilidades de ressignificar os conhecimentos tecnológicos e de gestão na saúde, por meio da racionalização subversiva ou democrática do aparato tecnológico, integrado à ressignificação e da gestão na saúde, para alcançar boas práticas da saúde da mulher, definidos em um novo modelos de negócios com base na organização salutogênica e na gestão social.

Finalmente, recomenda-se para novos estudos, os novos negócios da Era Digital e da Quarta Revolução Industrial e seus reflexos no trabalho vivo na saúde, bem como quanto à evolução do cuidado da saúde da mulher e as possibilidades da gestão salutogênica na clínica médica feminina.

## REFERÊNCIAS

(ANAHP), Associação Nacional de Hospitais Privados. **Desafios de qualidade em saúde no Brasil**: os elementos fundamentais para medir a qualidade das instituições hospitalares. São Paulo: ANAHP, 2022.

ANDRADE, E. et al. (2017). Empreendedorismo e qualidade de vida do médico. XIII EMEPRO - Encontro Mineiro de Engenharia de Produção. 1. 1-12.

ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promotion International**, [s. l], v. 11, n. 1, p. 11, 1996.

BARRA, D.C.C; NASCIMENTO, E.R.P.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 422-430, 1 set. 2006. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v8i3.7081>.

BORGES, M.H.C. Effectuation:: invertendo a relação causa-efeito. In: BORGES, Marcos Hashimoto Cândido. **EMPREENDEDORISMO**: plano de negócios em 40 lições. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2020. Cap. 6. p. 67-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Fiocruz. Ministério da Saúde. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**: esquema síntese da atenção à saúde das mulheres. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-as-mulheres/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação GM/MS no 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 2017.

BRASIL. BRASIL. (ed.). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. **Ministério da Saúde Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, Brasília/Df, v. 1, n. 1, p. 1-82, jan. 2004.

BRUNELLI, Bruno. Perfil e avaliação de competências comportamentais empreendedoras em médicos de família e comunidade brasileiros donos de clínicas e consultório. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 17, n. 44, p. 2621, 19 nov. 2022. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2621](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2621).

CAPRA, F.; LUISI, P.L. **Visão Sistêmica da Vida**: Uma Concepção Unificada e Suas Implicações Filosóficas, Políticas, Sociais e Econômicas (Portuguese Edition). Editora Cultrix. Edição do Kindle. 2014.

CECÍLIO, L.C.O.. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à saúde. *Interface Comum. Saúde Educ.* 2011; 37(15):589-99.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 154-160, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000100021>.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 6-12 set. 1978. Cuidados primários de saúde Brasília, OMS/UNICEF, 1979. 64p. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)

COSTA, Ana Maria. **Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos**. In: Giovanella, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2012. p.979-1009.

CUNHA, M.P. e; CUNHA, J. V. da; DAHAB, S. Gestão da qualidade: uma abordagem dialéctica. *Revista de Administração Contemporânea*, [S.L.], v. 5, n. , p. 197-215, 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-65552001000500011>.

DAGNINO, R. P. BRANDÃO, F. C.; NOVAES, H. T. Sobre o marco analítico-conceitual da Tecnologia Social. In: FBB. Tecnologia Social: uma estratégia para o desenvolvimento. Rio de Janeiro: FBB, 2004. 15-64 p.

DANTAS, E.S.O.; MEIRA, K.C.; BREDEMEIER, J.; AMORIM, K.P.C. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 1469-1477, maio 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>.

DAVIDSSON, P. (2016). A “business researcher” view on opportunities for psychology in entrepreneurship research. *Journal of Applied Psychology*, 65(3), 628-636. doi:10.1111/apps.12071

DELOITTE (org.). **Perspectivas globais do Setor de Saúde 2023**: a pandemia que mudou tudo. 2023. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/br/pt/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-outlook.html>. Acesso em: 04 fev. 2024.

DIETSCHER, C; WINTER, U; PELIKAN, J.M.. The Application of Salutogenesis in Hospitals. **The Handbook Of Salutogenesis**, [S.L.], p. 277-298, 3 set. 2016. Springer International Publishing. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_27](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_27).

DISTRITO. Tendências na saúde. 2022. Disponível em: [https://materiais.distrato.me/report/femtech?utm\\_source=site&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=materiais&utm\\_term=&utm\\_content=](https://materiais.distrato.me/report/femtech?utm_source=site&utm_medium=referral&utm_campaign=materiais&utm_term=&utm_content=).

DISTRITO (org.). Tendências do setor da saúde para 2022. 2022. Disponível em: <https://distrito.me/blog/tendencias-setor-da-saude/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

DISTRITO. HealthTech Report. 2023. Disponível em: [https://materiais.distrito.me/report/healthtech-report?utm\\_source=site&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=materiais\utm\\_term=\utm\\_content=](https://materiais.distrito.me/report/healthtech-report?utm_source=site&utm_medium=referral&utm_campaign=materiais\utm_term=\utm_content=).

DOMINGOS, C.A. **Oportunidades disfarçadas 2** [recurso eletrônico]. Carlos Alberto Domingos. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

DORNELAS, J.C.A. **Empreendedorismo na pratica: mitos e verdades do empreendedor de sucesso**. 3ª edição. Rio de Janeiro. LTC, 2015.

DORNELAS, J.C.A. **Empreendedorismo: transformando ideias em negócios**. 6ª edição. São Paulo. Empreende-Atlas, 2016.

EDUARDO, M.B.P. Vigilância sanitária. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B.. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 190-199, 16 jan. 2008. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dan014>.

ERIKSSON, M., & LINDSTRÖM, B. (2014). The salutogenic framework for well-being: **Implications for public policy**. In T. J. Hämäläinen & J. Michaelson (Eds.), *Well-being and beyond: Broadening the public and policy discourse* (pp. 68–97). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781783472901.00010>

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 2010. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 7.0. 5. Curitiba: Ed. Curitiba. Editora Positivo Informática. 2010.

FMUSP, AMB. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: 2023. 344 p.

FONSECA, Mariana. **Saúde da mulher será mercado trilionário – e startups brasileiras já estão de olho nele**. 2021. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/negocios/saude-da-mulher-sera-mercado-trilionario-e-startups-brasileiras-ja-estao-de-olho-nele/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 151, 2012.

FRANCO, T.B. , Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde, in *Pensar BH: Política Social*, N. 8, Belo Horizonte, out/dezembro de 2003 – ISSN 1676-9503.

FURTADO, C.F.C.; JORGE, M.S.B; GOMES JUNIOR, D.M.; MOREIRA, T.M.M. **Gestão de qualidade em saúde: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde**. Campina Grande: Editora Amplla, 2022. 163 p.

GAMA, Z.A.S. **Referencial teórico de gestão da qualidade para ações de visa em serviços de saúde/interesse para a saúde para subsidiar a elaboração do projeto de harmonização do processo de inspeção e fiscalização em serviços de saúde.** Natal, Rn: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2020. 91 p.

GARTNER, W.B. A Conceptual Framework for Describing the Phenomenon of New Venture Creation. **The Academy Of Management Review**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 696, out. 1985. Academy of Management. <http://dx.doi.org/10.2307/258039>.

GEM. **Empreendedorismo no Brasil:** relatório executivo. Global Entrepreneurship Monitor. SEBRAE, 2022.

GIRONDOLI, Y.M. **Salutogênese: Você sabe o que é?** Instituto Federal do Espírito Santo, 2021. Disponível em: <https://prodi.ifes.edu.br/images/stories/SALUTOG%C3%80NESE.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2023.

GOMES, P. **A evolução do conceito de qualidade:** dos bens manufaturados aos serviços de informação. Cadernos BAD, Lisboa, n. 2, p. 6-18, 2004.

GOMES, Romeu. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Instituto sírio-libanês de Ensino e pesquisa, 2014.

GURGEL JÚNIOR, G. D., VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):325-334, 2002.

HALLIGAN, A., DONALDSON, L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *British Medical Journal*, 2001; 322: 1413-7.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua:** segundo trimestre de 2020. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact\\_2020\\_2tri.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2020_2tri.pdf). Acesso em: 31 jan. 2022

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Florianópolis.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em: 3 ago. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2018. Cap. 5. p. 78-85.

IZUKA, Edson Sadao; COSTA, Heise Santos. Negócios inclusivos liderados por mulheres empreendedoras: busca por avanços teóricos e empíricos. **Cadernos Ebape.Br**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 417-435, ago. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395120220011>.

JUNQUILHO, G S. Gestão e Ação Gerencial nas Organizações Contemporâneas: para além do “Folclore” e o “Fato”. **Gestão e Produção**, v. 8, n.3, p. 304-318, Dezembro - 2001. [https://pdfs.semanticscholar.org/632f/c574ed336aa6d1846c1aa102620cf53ddcc3.pdf\\_gl=1\\*ju\\_gnr6\\*\\_ga\\*MjU3MjQ2MzExLjE2ODc5ODMxMzg\\*\\_ga\\_H7P4ZT52H5\\*MTY4Nzk4MzEzNy4xLjAuMTY4Nzk4MzEzOS41OC4wLjA](https://pdfs.semanticscholar.org/632f/c574ed336aa6d1846c1aa102620cf53ddcc3.pdf_gl=1*ju_gnr6*_ga*MjU3MjQ2MzExLjE2ODc5ODMxMzg*_ga_H7P4ZT52H5*MTY4Nzk4MzEzNy4xLjAuMTY4Nzk4MzEzOS41OC4wLjA). Acesso em: 18 nov. 2023.

KIM, W. C; MAUBORGNE, R. A estratégia do oceano azul: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante. Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

KPMG (org.). **Connected Health**: the new reality for healthcare. 2020. Disponível em: <https://kpmg.com/xx/en/home/industries/healthcare/covid-19-and-healthcare/connected-health.html>. Acesso em: 04 fev. 2024.

KONDER, I. O que é Dialética. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense; 2008.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L.deL.; PIRES, D.E.P.de; RAMOS, F.R.S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 432-439, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000200023>.

MAIA, C.S.; DE FREITAS, D.R.C, GUILHEM, D., AZEVEDO, A.F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2567-2574, 2011.

MALIK, A.N. SCHIESARI L.M.C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. In *Série Saúde & Cidadania*. Ed. Fundação Petrópolis, São Paulo, 1998.

MARÇAL, C.C.B. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018; v. 26, ed. 37954, p. 01-06. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/331719091\\_A\\_salutogenese\\_na\\_pesquisa\\_em\\_saude\\_e\\_uma\\_revisao\\_integrativa\\_The\\_salutogenesis\\_in\\_health\\_research\\_an\\_integrative\\_review\\_La\\_salutogenesis\\_en\\_la\\_investigacion\\_en\\_salud\\_una\\_revision\\_integrativa](https://www.researchgate.net/publication/331719091_A_salutogenese_na_pesquisa_em_saude_e_uma_revisao_integrativa_The_salutogenesis_in_health_research_an_integrative_review_La_salutogenesis_en_la_investigacion_en_salud_una_revision_integrativa). Acesso em: 18 nov. 2023.

MARIANO, Silvana; MOLARI, Beatriz. Igualdade de gênero dos ODM aos ODS: avaliações feministas. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 56, n. 6, p. 823-842, dez. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220220124>.

MARICONDA, Pablo Rubén; MOLINA, Fernando Tula. Entrevista com Andrew Feenberg. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 165-171, mar. 2009.

MARTINS, H.F., MOTA, J.P., MARTINI, C. Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. *Cad. EBAPE.BR*, v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, jan/mar, 2019.

MEDICINA S/A. Ginecologistas têm papel fundamental na identificação da violência contra a mulher. **Medicina S/A**, ago. 2023. Disponível em: <https://medicinasasa.com.br/profissionais-violencia-mulher/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

MEDICINA S/A. Setor de saúde permanece no padrão de retorno à normalidade, aponta a KPMG ESTUDO 04/06/2021. **Medicina S/A**, jun. 2021. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/saude-kpmg/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

MELLO, Flávia; RATTON, Marina. **A hora e a vez das femtechs**. 2021. Disponível em: <https://startups.com.br/artigo/artigo-a-hora-e-a-vez-das-femtechs/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

MERHY, E.E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde**: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. Praxis en salud un desafío para lo publico. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar**: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: EMERSON ELIAS MERHY (Brasil) (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS; Deslandes SF, (orgs.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Hucitec Editora. São Paulo, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**: Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Brasília, DF, 2023.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Violência contra mulher tem correlação com transtornos mentais comuns**". nov. 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2709-violencia-contra-mulher-tem-alta-corr-elacao-com-transtornos-mentais-comuns-afirma-pesquisadora-da-unb-em-reuniao-do-cns>. Acesso em: 14 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde (org.). **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. **Boletim Epidemiológico**, Brasília/Df, v. 52, n. 33, p. 1-10, set. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf). Acesso em: 02 fev. 2024.



MISOCZKY, Maria Ceci A.. Da abordagem de sistemas abertos à complexidade: algumas reflexões sobre seus limites para compreender processos de interação social. **Cadernos Ebape.Br**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 01-17, ago. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-39512003000100002>.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh; SOÁREZ, Patricia Coelho de. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. panorama internacional e brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 36, n. 9, p. 1-10, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006820>.

OLIVEIRA, Jennefer L. et al. Avanços e desafios das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher no brasil nos últimos 20 anos: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 2, e2812239847, 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/367153446\\_Avancos\\_e\\_desafios\\_das\\_politicas\\_publicas\\_relacionadas\\_a\\_saude\\_da\\_mulher\\_no\\_brasil\\_nos\\_ultimos\\_20\\_anos\\_uma\\_revisao\\_d\\_e\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/367153446_Avancos_e_desafios_das_politicas_publicas_relacionadas_a_saude_da_mulher_no_brasil_nos_ultimos_20_anos_uma_revisao_d_e_literatura). Acesso em: 18 nov. 2023.

ONCOGUIA. Abordagem mais feminista em consultas poderia evitar mortes de mulheres por câncer. **Oncoguia**, out. 2023. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/abordagem-mais-feminista-em-consultas-poderia-evitar-mortes-de-mulheres-por-cancer/16712/7/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. **Business Model Generation**: inovação em modelos de negócios: um manual para visionários, inovadores e revolucionários. Alta Books, 2011.

OSTERWALDER, A.; PIGNEUR, Y. *Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers*. Hoboken: Wiley, 2010.

PADILHA, R.Q., GOMES, R., LIMA, V.V., DE OLIVEIRA, J.M., SCHIESARI, L.M.C., DA SILVA, S.F., DE OLIVEIRA, M.S. **Princípios para a gestão da clínica**: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12):4249-4257, 2018.

PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 10, p. 2758, out. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001000024>.

PELIKAN, Jürgen M.. The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. **The Handbook Of Salutogenesis**, [S.L.], p. 261-266, 3 set. 2016. Springer International Publishing. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_25](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_25).

PELIKAN, Jürgen M.. Applying Salutogenesis in Healthcare Settings. **The Handbook Of Salutogenesis**, [S.L.], p. 389-395, 2022. Springer International Publishing. [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3\\_36](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_36).

PORTELA, M. C. **Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar**: o papel da agência nacional de saúde. *Regulação & Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde*, 2003 Consulta ao website: <http://www.ans.gov.br> em 25/09/2007

PORTELA, MC. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8.

PUCPR (org.). **Saúde Saúde 4.0: gestão, tecnologia e inovação**. Gestão, Tecnologia e Inovação. Paraná, 2024. Disponível em: <https://posdigital.pucpr.br/cursos/saude-4-0-gestao-tecnologia-e-inovacao>. Acesso em: 04 fev. 2024.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In. Pedro, Joana, Grossi, Miriam (orgs) – Masculino, Feminino, Plural. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

RAUSCH, G. Modelo de negócios: proposição de um metamodelo conceitual. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-14012013-170419>. Acesso em 23 set 2022.

REED, M. The sociology of management. London: Harvester Wheatsheaf, 1989.

RODRIGUES, Moreira *et al.* Fatores Críticos Relacionados ao Empreendedorismo Feminino. **Espacio Abierto**, Venezuela, v. 30, n. 1, p. 75-96, mar. 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12266352004>. Acesso em: 02 fev. 24.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. A ANÁLISE TEMÁTICA COMO METODOLOGIA NA PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS. **Atos de Pesquisa em Educação**, [S.L.], v. 16, p. 8574, 27 abr. 2021. Fundação Universidade Regional de Blumenau. <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>.

ROSA, Hevelyn; CABRAL, Cristiane da Silva. Uma cidadania da fertilidade - as políticas de saúde da mulher como tecnologias de produção do sexo e do gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 1-13, jan. 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902023220534pt>.

WIKIPÉDIA. Salutogênese. Wikimedia Foundation, 2022. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Salutog%C3%A9nese&oldid=64846546>. Acesso em: 3 dez. 2022.

SANT'ANNA, S.R., HENNINGTON, E.A. **Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular**: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. Trabalho, Educação e Saúde, 9, 2011.

SEBRAE. **Empreendedorismo Feminino no Brasil em 2022**. SEBRAE, 2023.

SCHEFFER M.C.A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. **A demografia médica no Brasil** 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. 286 p.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p.

SILVA, Marleide de Sousa; OLIVEIRA, Cleane Maria Melo de. EMPREENDEDORISMO FEMININO NO BRASIL E AS CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS EMPREENDEDORAS: uma breve revisão de literatura. **Revista Foco**, Curitiba, v. 16, n. 10, p. 1-18, 24 out. 2023. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.54751/revistafoco.v16n10-125>.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 30, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312007000100003>.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Recife: SOS Corpo, 1991.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. *Rev. Bras. Hist.* [online]. 2007, vol.27, n.54, pp.281-300.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 45, n. 130, p. 832-846, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202113020>.

SOUZA, LEPF. **Saúde, desenvolvimento e inovação**: uma contribuição da teoria crítica da tecnologia ao debate. *Cad Saude Publica*. 2016; 32 Suppl 2: e00029615.

SOUZA, Diego de Oliveira. Cuidado em saúde e alienação: relação mediada pela tecnologia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, p. 1-14, maio 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200776>.

SOUZA, M. M. P. de, & PAULA, A. P. P. de. (2022). Por uma teoria crítica das tecnologias de gestão: a ambivalência da tecnologia, a moldura Feenbergiana e a possibilidade da racionalização subversiva. *Cadernos EBAPE.BR*, 20(1), 50–61.

SODRÉ, Francis; ROCON, Pablo Cardozo. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? **Saúde e Sociedade**, Cuiabá, Brasil, v. 32, n. 1, p. 1-11, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902023210545pt>.