

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

ADRIANA APARECIDA HONÓRIO DOS SANTOS

**EMPREENDEDORISMO E BRICOLAGEM SOCIAIS COM PARTICIPAÇÃO DE
STAKEHOLDERS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

São Paulo

2024

ADRIANA APARECIDA HONÓRIO DOS SANTOS

**EMPREENDEDORISMO E BRICOLAGEM SOCIAIS COM PARTICIPAÇÃO DE
STAKEHOLDERS EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

**SOCIAL ENTREPRENEURSHIP AND BRICOLAGE WITH STAKEHOLDERS
PARTICIPATION IN HEALTH SERVICES**

ORIENTADOR: PROF. DR. EDMILSON DE OLIVEIRA LIMA

**São Paulo
2024**

Santos, Adriana Aparecida Honório dos.

Empreendedorismo e bricolagem sociais com participação de stakeholders em serviços de saúde. / Adriana Aparecida Honório dos Santos. 2024.

149 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2024.

Orientador (a): Prof. Dr. Edmilson de Oliveira Lima.

1. Empreendedorismo social. 2. Bricolagem social. 3. Participação de stakeholders. 4. Saúde.

I. Lima, Edmilson de Oliveira. II. Título.

CDU 658

RESUMO

Com a intenção de gerar melhorias para a vida de pessoas e comunidades, o empreendedorismo social busca resolver necessidades não atendidas pelo mercado e pelos governos, atuando também na área da saúde. Obtendo a participação e a colaboração de stakeholders, os empreendimentos sociais mobilizam recursos para garantir que seu propósito social seja alcançado. Para tanto, os gestores sociais utilizam de inúmeros meios, como a bricolagem social contando com a participação de stakeholders, de modo a atender necessidades sociais, enfrentar os desafios da sociedade e melhorar a qualidade de vida das pessoas. O objetivo desta tese é explicar como o empreendedorismo social e a bricolagem social com participação de stakeholders externos ocorrem na área da saúde, particularmente em hospitais filantrópicos e públicos, para atender com serviços de saúde a população menos favorecida. A estrutura da tese é composta por uma revisão sistemática de literatura, realizada a partir da coleta de dados nas bases Web of Science, Scopus e Pubmed (base com suporte à pesquisa de biomedicina e ciências da saúde) no período de 2008 até 2023 e por uma investigação empírica que usa dados vindos de 21 empreendedores sociais e gestores hospitalares. Com a revisão sistemática da literatura de 56 artigos, foi possível identificar as principais ações dos gestores sociais na área da saúde, que são: o uso de práticas gerenciais, a busca de parcerias, o uso de tecnologia e ênfase na área de recursos humanos. Com a revisão sistemática, pôde-se também elaborar uma tipologia dos principais stakeholders externos e suas atuações. Para a investigação empírica, foi feita uma pesquisa qualitativa com estudo de casos múltiplos, apoiados em 21 entrevistas semiestruturadas com suporte do Atlas.ti²⁴ e na análise de evidências documentais, o que aprofundou o conhecimento do empreendedorismo e da bricolagem sociais com participação de stakeholders na área da saúde. Os achados demonstraram que, apesar da alta regulação da saúde, são usadas variadas práticas de bricolagem social com participação de stakeholders. A bricolagem social foi usada principalmente em momentos de crise e em situações de desafio nos hospitais estudados, como a falta de recursos ou falta de mão de obra. Como resultado, é proposta uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas, que apresenta as três ações principais dos gestores hospitalares ao utilizar a bricolagem social com a participação de stakeholders externos, que são: a capacidade dos gestores em cumprir sua tarefa diária de gestão e liderança, desenvolver maior sinergia com os stakeholders e aumentar os canais de comunicação, com o uso de tecnologia. Ao final, este estudo mostra que ações combinadas com bricolagem social e participação de stakeholders podem trazer benefícios para as instituições hospitalares e que

as ações de empreendedorismo social, nas três dimensões apresentadas, podem motivar o maior envolvimento destes parceiros.

Palavras-chave: empreendedorismo social, bricolagem social, participação de stakeholders, saúde.

ABSTRACT

With the intention of generating improvements in the lives of people and communities, social entrepreneurship seeks to solve needs not met by the market and governments, also acting in the area of health. By obtaining participation and collaboration from stakeholders, social enterprises mobilize resources to ensure that their social purpose is achieved. To this end, social managers use numerous means, such as social DIY with the participation of stakeholders, in order to meet social needs, face society's challenges and improve people's quality of life. The objective of this thesis is to explain how social entrepreneurship and social bricolage with the participation of external stakeholders occur in the health area, particularly in philanthropic and public hospitals, to provide health services to the less favored population. The structure of the thesis is composed of a systematic literature review, carried out from the collection of data in the Web of Science, Scopus and Pubmed databases (base supporting biomedicine and health sciences research) in the period from 2008 to 2023 and by an empirical investigation that uses data from 21 social entrepreneurs and hospital managers. With the systematic literature review of 56 articles, it was possible to identify the main actions of social managers in the health area, which are: the use of management practices, the search for partnerships, the use of technology and emphasis on the area of human resources. With the systematic review, it was also possible to develop a typology of the main external stakeholders and their actions. For the empirical investigation, qualitative research was carried out with multiple case studies, supported by 21 semi-structured interviews with the support of Atlas.ti24 and the analysis of documentary evidence, which deepened the knowledge of entrepreneurship and social bricolage with the participation of stakeholders in the health area. The findings demonstrated that, despite the high regulation of health, a variety of social bricolage practices are used with the participation of stakeholders. Social bricolage was used mainly in times of crisis and in challenging situations in the hospitals studied, such as lack of resources or lack of labor. As a result, a synthesis of the relationships between social bricolage with stakeholder participation for the hospital institution activities studied is proposed, which presents the three main actions of hospital managers when using social bricolage with the participation of external stakeholders, which are: the capacity of managers in fulfilling their daily management and leadership tasks, developing greater synergy with stakeholders and increasing communication channels, with the use of technology. In the end, this study shows that actions combined with social

bricolage and stakeholder participation can bring benefits to hospital institutions and that social entrepreneurship actions, in the three dimensions presented, can motivate greater involvement of these partners.

Keywords: social entrepreneurship; social bricolage; stakeholder participation; health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA.....	17
1.3	OBJETIVOS	17
1.3.1	<i>Objetivo geral.....</i>	<i>17</i>
1.3.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>17</i>
1.4	JUSTIFICATIVA DO TRABALHO.....	18
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	EMPREENDEDORISMO SOCIAL	21
2.1.1	<i>Empreendedorismo social na saúde</i>	<i>23</i>
2.2	BRICOLAGEM SOCIAL COM PARTICIPAÇÃO DE STAKEHOLDERS NA ÁREA DA SAÚDE.....	29
2.2.1	<i>Bricolagem Social.....</i>	<i>29</i>
2.2.2	<i>Participação de stakeholders na área da saúde.....</i>	<i>32</i>
2.3	PRINCIPAIS AÇÕES DE BRICOLAGEM SOCIAL COM PARTICIPAÇÃO DE STAKEHOLDERS NA ÁREA DA SAÚDE	35
2.4	DISCUSSÃO SOBRE EMPREENDEDORISMO SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO DE STAKEHOLDERS EXTERNOS	43
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	48
3.1	DESENHO DE PESQUISA.....	48
3.2	ETAPAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA APRESENTADA NO CAPÍTULO	249
3.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA OS ESTUDOS DE CASOS	52
3.3.1	<i>Seleção e Coleta de Dados dos Estudos de Casos</i>	<i>54</i>
3.3.2	<i>Perfis das Instituições Hospitalares</i>	<i>58</i>
3.3.2.1	<i>Perfil Hospital 1</i>	<i>58</i>
3.3.2.2	<i>Perfil Hospital 2</i>	<i>58</i>
3.3.2.3	<i>Perfil Hospital 3</i>	<i>59</i>
3.3.2.4	<i>Perfil Hospital 4</i>	<i>59</i>
3.3.3	<i>Procedimentos de Análise de dados nos Estudos de Casos</i>	<i>61</i>
4	ANÁLISE DOS DADOS	63
4.1	AÇÕES DO EMPREENDEDORISMO SOCIAL.....	65
4.2	DESAFIOS DO EMPREENDEDORISMO SOCIAL	68
4.3	ESTRATÉGIAS DO EMPREENDEDORISMO SOCIAL	73

4.4	GESTÃO DO EMPREENDEDORISMO SOCIAL.....	75
4.5	BRICOLAGEM SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	78
4.5.1	<i>Bricolagem Social no Hospital 1</i>	78
4.5.2	<i>Bricolagem Social no Hospital 2</i>	81
4.5.3	<i>Bricolagem Social no Hospital 3</i>	82
4.5.4	<i>Bricolagem Social no Hospital 4</i>	85
4.6	ANÁLISE INTRACASOS: SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS DE BRICOLAGEM SOCIAL	87
4.7	ANÁLISE INTERCASOS: SÍNTESE GERAL DOS ACHADOS DA PESQUISA	99
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
7	REFERÊNCIAS	117
8	APÊNDICE A – ARTIGOS UTILIZADOS COMO BASE PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.	131
9	APÊNDICE B – PROTOCOLO E ROTEIRO PREVISTOS PARA AS ENTREVISTAS	135
10	APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICO-CIENTÍFICA.....	137
11	APÊNDICE D – EVIDÊNCIAS DOCUMENTAIS.....	138
12	APÊNDICE E – RESUMO DE ANÁLISE INTERCASOS	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Competências empreendedoras na área da saúde.	27
Figura 2. Principais ações realizadas na área da saúde, com base na presente revisão sistemática da literatura.....	35
Figura 3. Coocorrência dos tipos de stakeholders e ações sociais.....	39
Figura 4. Coocorrência entre atuação dos stakeholders e ações sociais.	40
Figura 5. Coocorrência entre tipos de stakeholders e suas atuações.....	41
Figura 6. Estágios do protocolo da revisão sistemática da literatura.	50
Figura 7. Etapas da coleta de dados	51
Figura 8. Estágios do protocolo de pesquisa.	52
Figura 9. Redes de Relações dos Códigos Abertos.....	103
Figura 10. Nuvem de Palavras dos Códigos Abertos.....	104
Figura 11. Gráfico de Direcionamento de Força dos códigos.	104
Figura 12. Síntese para o empreendedorismo social na área da saúde hospitalar.	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Práticas para gerenciar problemas em saúde.....	25
Tabela 2. Componentes da bricolagem social	31
Tabela 3. Estrutura de Pesquisa: Método de Estudo de Casos.	54
Tabela 4. Cargo e Função dos Entrevistados.....	57
Tabela 5. Área de Atuação das Instituições Hospitalares	60
Tabela 6. Características das Instituições Hospitalares.....	60
Tabela 7. Guia para Análise de Dados Qualitativos.	62
Tabela 8. Estrutura de Códigos Abertos, Axiais e Seletivos.	63
Tabela 9. Coocorrência dos Códigos Seletivos por Entrevistado.....	64
Tabela 10. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 1 e suas Atuações.....	89
Tabela 11. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 2 e suas Atuações.....	92
Tabela 12. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 3 e suas Atuações.....	94
Tabela 13. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 4 e suas Atuações.....	96
Tabela 14. Tipos de stakeholders por Instituição Hospitalar.	100
Tabela 15. Coocorrência de Códigos abertos por Entrevista.	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atlas.ti24 – Software Atlas-ti de apoio à análise de dados qualitativos, na versão 24

Covid-19 – Corona Vírus Disease

GEM – Global Entrepreneurship Monitor

PROADI – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional

SUS – Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

As práticas de empreendedorismo social comumente estão presentes em áreas com poucos recursos, empreendendo esforços para responder às necessidades de um determinado segmento populacional (Mair & Martí, 2006). Elas utilizam estratégias para dar respostas ao contexto, gerar valor social (Dees, 2001) e promover mudanças sociais positivas (P. A. Dacin et al., 2010). Têm o propósito de trazer soluções para os desafios sociais em instituições públicas e privadas (Scuotto et al., 2023) com benefícios duradouros para a sociedade. Muitos gestores têm se tornado agentes colaboradores de políticas públicas, influenciando formuladores de leis, integrando grupos para resolver os problemas sociais em épocas de crises (GEM, 2022). Além disso, eles geram benefícios comunitários para amenizar os desafios sociais (Austin et al., 2012; Saebi et al., 2019).

O empreendedorismo social envolve a geração de novos empreendimentos e a gestão eficaz daqueles existentes (Zahra et al., 2009). Tem como objetivo promover atividades solidárias e incentivar a transformação social. É frequente o uso de parcerias e produção de bens e serviços que atendam às necessidades e favoreçam a coesão de uma comunidade. Nota-se que, embora a temática esteja fracionada em diferentes concepções (Bielefeld, 2009), um fator comum nas definições presentes nos trabalhos de empreendedorismo social, é a criação de valor social como objetivo central e importância primária (M. T. Dacin et al., 2011; Parente & Quintão, 2014).

Nesta perspectiva, o empreendedorismo social busca ajudar com ações que resolvam os problemas sociais e gerem valor duradouro para a sociedade e em áreas vulneráveis e/ou de exclusão. Estes desafios se acentuam com o aumento de crises ambientais, falta de Políticas Públicas, conflitos políticos, desigualdade econômica e social, entre outros (Nicholls & Cho, 2006). Tais cenários estão presentes principalmente em países em desenvolvimento e se expressam de diversas maneiras, como é o caso das restrições de recursos financeiros, fator elencado na literatura como relevante (Ghalwash & Ismail, 2022; Ismail & Johnson, 2019).

No Brasil, dentre os setores de atendimento à população, a saúde se apresenta como serviço público deficitário e que historicamente não consegue responder adequadamente às expectativas da população. É necessário, o fortalecimento da assistência básica, da estruturação adequada dos serviços de referência especializada e de urgência/emergência, da integração dos sistemas de saúde com novas políticas públicas e da qualificação das práticas em todos os serviços de saúde (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021).

A ausência de prestação de serviços de saúde tem sido mencionada na literatura como um exemplo de problema social complexo e difícil de resolver, ou seja, não passível de soluções fáceis e previsíveis, muito influenciada por cenários mutáveis e contraditórios que requerem soluções inovadoras e rápidas (Lokman & Chahine, 2021a). Dentre as causas dos desafios na área da saúde, estão as alterações no perfil demográfico com o aumento da população idosa, a diminuição da faixa etária abaixo de 15 anos, as alterações no padrão de mortalidade, o aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis, o agravamento de doenças infectocontagiosas, a mortalidade materna e infantil decorrentes de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e as falhas do sistema nacional de saúde (SUS) (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021).

Dentre as Instituições de saúde, optou-se estudar os hospitais filantrópicos e público, por atender em sua essência, usuários do Sistema Único de Saúde. No Brasil, o empreendedorismo social tem sido particularmente importante, há séculos, na superação de carências em uma área-chave para o desenvolvimento e o bem-estar em comunidades e regiões, a área da saúde. É o que se constata, por exemplo, no histórico das Santas Casas de Misericórdia, que são hospitais parcialmente gratuitos e que conta com o apoio de stakeholders, por doações de fontes variadas e pelo trabalho voluntário. Destacam-se, com essas características e por sua antiguidade na história brasileira, os exemplos das Santas Casas de Misericórdia de Santos e da Bahia (Cabral, 2007; Russel-Wood, 1968).

Assim, com o propósito de ajudar a resolver os problemas relacionados à área da saúde, os estudos de empreendedorismo social têm mencionado o uso de estratégias, tais como: medições de desempenho para qualidade dos serviços, auxílio na gestão, ações que promovem a saúde curativa e preventiva com orientações para o bem-estar, investimentos em tecnologias, investimentos em capital social e retorno social para as comunidades locais (Klarin & Suseno, 2023).

Esta tese contribuirá com o avanço da literatura em empreendedorismo social, com particular ênfase na área da saúde, a fim de fornecer elementos práticos que ajudem neste contexto. As lentes teóricas aplicadas são o empreendedorismo social e a bricolagem social que têm sido utilizadas como conceitos para ajudar nas ações sociais. A bricolagem é definida como “virar-se com o que se tem” aplicando combinações dos recursos disponíveis para responder a novos problemas e novas oportunidades (Baker & Nelson, 2005). Este conceito traz a noção de que as instituições que utilizam a bricolagem, mesmo que sem conhecer o conceito, se recusam a cumprir limitações impostas pelas definições tradicionais de ambientes e recursos. A bricolagem empreendedora compõe-se de três elementos essenciais, que são:

virar-se com o que se tem em mãos, improvisação e rejeição de limitações (Baker & Nelson, 2005).

Mais tarde, Di Domenico, Haugh & Tracey (2010) levaram o conceito para o campo do empreendedorismo social adaptando-o com o acréscimo de três novos componentes, chamando-o de bricolagem social (conceito central na presente tese). Os três componentes são: criar valor social, participação de stakeholders e persuasão (Di Domenico et al., 2010), somando ao final seis elementos.

Percebe-se que as pesquisas sobre bricolagem e empreendedorismo sociais concentram-se principalmente nas economias desenvolvidas (Bacq et al., 2015; Di Domenico et al., 2010; Zollo et al., 2018), com alguns estudos em países africanos em desenvolvimento (Ciambotti et al., 2021; Desa, 2012). Sendo assim, são necessários mais estudos em outros contextos socioculturais (Ghalwash & Ismail, 2022; Janssen et al., 2018).

Entre os componentes da bricolagem social (Di Domenico et al., 2010), destaca-se a participação de stakeholders por ela atuar comumente no empreendedorismo social como recurso valioso. Os stakeholders influenciam e são influenciados por organizações sociais com as quais o empreendedorismo e a bricolagem sociais interagem. Alguns autores (Klarin & Suseno, 2023) recomendaram estudos para investigar a participação de uma variedade maior de stakeholders, tais como a comunidade em ambientes com restrições de recursos.

A teoria dos stakeholders (R. E. Freeman, 2013) considera que as organizações estão em um campo de influências geradas por grupos de interessados nos quais geralmente incluem-se acionistas, trabalhadores, fornecedores, clientes, a sociedade, financiadores e a administração, sendo as organizações consideradas como resultados da interligação desses grupos (López-Concepción et al., 2022).

Contudo, a abordagem aqui preconizada sobre a participação dos stakeholders prioriza aqueles de fora da organização social, em outras palavras, prioriza mais especificamente os stakeholders externos procurados intencionalmente pelos gestores hospitalares para participarem de atividades cuja realização contribui em soluções necessárias. Esses stakeholders incluem instituições de educação, voluntários, a comunidade local, beneficiários ou pacientes, fornecedores, órgãos de governo e seus representantes, empresas benfeitoras, entre outros (Agarwal et al., 2020; Chahine, 2021; Oberoi et al., 2021).

1.1 Problema de Pesquisa

O serviço de saúde no Brasil é considerado enfraquecido em todos os níveis de assistência e tem acesso restrito para a população carente. A falta de aperfeiçoamento de profissionais e de investimento em todas as áreas denota um modelo assistencial e de gestão ineficiente em suas ações. Em momentos de crise, os problemas se intensificam e demandam um maior número de respostas rápidas e contínuas (Bacq et al., 2020), o que frequentemente não acontece. Por conseguinte, isso se reflete em cuidados fragmentados com diagnósticos de doenças e tratamentos tardios e longas filas de espera para os pacientes. Além disso, dificuldades de acesso, inadequação tecnológica e perda da oportunidade terapêutica impactam negativamente os pacientes (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021; Ministério da Saúde, Portaria nº 2.728, 2009).

A área da saúde ainda é avaliada como um problema social perverso, não passível de soluções fáceis e previsíveis, por abranger requisitos mutáveis e até mesmo difíceis de reconhecer, o que exige uma abordagem sistêmica (Conklin, 2006; Kreitzer et al., 2015). Observa-se ainda a falta de recursos para manutenção das estruturas de saúde existentes e de investimentos em todos os níveis de gestão para uma administração por excelência (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021).

Adicionam-se a estes problemas os custos crescentes e imprevisíveis com saúde, programas inadequados que não são capazes de fornecer atendimento de qualidade, além da incapacidade financeira considerada como um dos principais desafios do setor. Há também as ambiguidades das estruturas e sistemas reguladores que impedem o processo de desenvolvimento de soluções imediatas afetando principalmente a população mais vulnerável (Agarwal et al., 2020).

A literatura não traz evidências claras sobre a bricolagem social no empreendedorismo social da saúde, o que evidencia a necessidade de identificar elementos de análise e um conjunto de ações efetivas que ajudem na busca de alternativas que possam amenizar os desafios da gestão e da mobilização de serviços, melhorando o acesso a um atendimento de qualidade em instituições hospitalares rápidas (Klarin & Suseno, 2023; Lokman & Chahine, 2021a).

Especificamente, em serviços de saúde, recursos financeiros adicionais isoladamente não serão suficientes para resolver todos os problemas no Brasil. O que se discute são soluções que possam aumentar a qualidade do atendimento existente e criar sistemas de atendimento

universais em todos os níveis a fim de garantir os direitos da população vulnerável, sem acesso a saúde privada, e que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a presente tese considera importante a utilização de alternativas que ajudem na gestão de serviços eficazes de saúde e promovam o uso de elementos relevantes para o empreendedorismo social, contribuindo para resolução dos desafios. Propõe-se uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudada, com o objetivo de aprimorar as práticas de parcerias externas já existentes e orientar novas iniciativas que ajudem na mobilização de recursos adicionais. Por consequência, visa-se também a apresentar novos conhecimentos que propiciem serviços de saúde hospitalar de qualidade à população desfavorecida. Na sequência, apresenta-se a questão e os objetivos de pesquisa.

1.2 Questão de Pesquisa

Como o empreendedorismo social e a bricolagem social com participação de stakeholders externos ocorrem na área da saúde, particularmente em hospitais filantrópicos e públicos, para atender as necessidades de saúde da população menos favorecida?

1.3 Objetivos

Os objetivos desta tese são compostos pelos objetivos geral e específicos descritos a seguir:

1.3.1 Objetivo geral

Explicar como o empreendedorismo social e a bricolagem social com participação de stakeholders externos ocorrem na área da saúde, particularmente em hospitais filantrópicos e públicos, para atender as necessidades de saúde da população menos favorecida.

1.3.2 Objetivos específicos

a) Levantar a produção científica sobre empreendedorismo social e bricolagem social com participação de stakeholders na área da saúde.

b) Identificar empiricamente ações de empreendedorismo social e bricolagem social com participação de stakeholders externos em instituições hospitalares.

c) Apresentar uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas.

1.4 Justificativa do Trabalho

No Brasil, as políticas públicas apresentam-se deficitárias em diversos setores como saúde, assistência social, previdência e habitação. Somadas às condições precárias de trabalho e redução dos investimentos em todas as áreas, os problemas sociais, como a pobreza, a miséria, o aumento do desemprego e a violência, agravam ainda mais este déficit (Peixoto & Barroso, 2019).

Na área da saúde, a ausência de soluções governamentais e as limitações do mercado geram escassez na aquisição de recursos refletindo diretamente na prestação de serviços, com atendimento de baixa qualidade e carência de acesso aos diferentes níveis de cuidado. Essa situação afeta principalmente a vida das populações mais vulneráveis (Amini et al., 2018). Em outras palavras, serviços com baixa produtividade, morosidade e falta de eficiência no atendimento aos usuários do sistema de saúde (Mani et al., 2018).

No Brasil, os serviços de saúde são organizados majoritariamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e expressa-se como um dos maiores e mais complexos sistemas do mundo, abrangendo desde atendimentos primários até serviços de alta complexidade, que envolve elevados custos. O SUS inclui áreas como assistência básica, urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, além de assistência farmacêutica (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021).

Além disso, os serviços públicos em saúde enfrentam limitações estruturais e emergenciais, o que impede a resposta adequada às necessidades dos usuários, dado que essas demandas são amplas e as instalações públicas não possuem condições adequadas. Isso se reflete em atendimentos precários nos diferentes centros de atenção (Ferraz & Vieira, 2009). A situação tende a se agravar com o esgotamento dos arranjos organizacionais, devido a um modelo fragmentado de atenção básica, especializada e de alta complexidade, que não prioriza a prevenção e inclui uma grande diversidade de modelos de gestão, como os serviços privados, os consórcios e as organizações sociais, resultando em fragilidades em todas as regiões do país (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021).

Para as políticas públicas, o empreendedorismo social tem sido utilizado em setores como saúde, serviços sociais, econômicos e educacionais, entre outros, influenciando gestores públicos e privados, ao integrar grupos e redes que fornecem soluções para os problemas sociais em épocas de crises, como por exemplo, a pandemia da Covid-19 (GEM, 2022). De maneira singular, o empreendedorismo social, cuja missão é gerar valor social em ambientes restritos por meio de respostas que visam a obtenção de benefícios comunitários e um exercer

papel central na tentativa de amenizar os desafios de escassez de recursos e serviços (Austin et al., 2012; Saebi et al., 2019).

Os gestores na área da saúde auxiliam as instituições nos serviços essenciais para a sociedade (Kidd et al., 2015; Roy et al., 2014), principalmente quando esses órgãos não conseguem responder às demandas da população (Chell et al., 2010; McMurtry & Brouard, 2015). Comumente, esses gestores transitam em ambientes com poucos recursos e com limitada capacidade para gerar valor social, necessitando de planos e instrumentos que possam potencializar suas ações no cumprimento da missão social.

Dentre as estratégias utilizadas pode-se citar a bricolagem social e seus componentes como a busca pela participação de stakeholders. Essa estratégia tornou-se tendência dentro do próprio empreendedorismo social, pois é um recurso de fácil acesso, baixo custo e que pode maximizar objetivos sociais. As parcerias com stakeholders externos podem criar valor a longo prazo, mas o seu engajamento ainda representa um desafio. Identifica-se a necessidade de mais pesquisas, principalmente para o “como e por que” é possível resolver os problemas sociais utilizando bricolagem social em países em desenvolvimento (Ghalwash & Ismail, 2022; Owusu & Janssen, 2013).

Em relação à participação de stakeholders externos, uma pesquisa apontou que 60% dos CEOs consideram as parcerias como uma das prioridades do planejamento estratégico. Entretanto, a pesquisa também revela que há um abismo entre a intenção dos CEOs - somente 7% - em alinhar os interesses da organização com os interesses dos stakeholders externos. O problema ainda se intensifica com a subutilização das parcerias externas, que apesar de fazerem parte do planejamento estratégico, consomem 38% do tempo das lideranças com questões relacionadas com gerenciamento de stakeholders externos de forma informal e descompromissada (McKinsey & Company, 2020a).

Neste cenário, esta tese busca explicar como o empreendedorismo social e a bricolagem social com a participação de stakeholders externos são aplicados na área da saúde, especificamente em hospitais filantrópicos e públicos, para atender as necessidades de prestação de serviços de saúde da população menos favorecida. A pesquisa também identificou como e quais os tipos de stakeholders estão contribuindo com os gestores hospitalares. Essas questões são importantes, pois ajudam a ter uma visão ampla sobre como priorizar atividades que estimulam um maior número de parceiros, bem como, mapear os principais stakeholders externos, servindo como indicador de resultados.

O conhecimento adquirido a partir da literatura pesquisada para o desenvolvimento desta tese também contribui para o avanço deste campo de pesquisa. A síntese das relações

entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas poderão permitir uma compreensão mais aprofundada de como a bricolagem social com participação de stakeholders externos está alcançando resultados sociais no ambiente hospitalar filantrópico e público. Além disso, os achados poderão ser utilizados na própria gestão do empreendedorismo social em ambientes hospitalares, como um recurso valioso a ser explorado.

1.5 Estrutura do Trabalho

O desenvolvimento da tese segue um formato tradicional, com estudo qualitativo, sendo elaborado a partir de capítulos. O primeiro capítulo é composto pela introdução, em que são apresentados os objetivos, problema de pesquisa e a justificativa. No segundo capítulo apresenta-se o embasamento teórico que contempla: empreendedorismo social; bricolagem social com participação de stakeholders externos na área da saúde e o resultado de uma revisão sistemática da literatura. Essa revisão reúne e avalia estudos e utilizou a base de dados da Web of Science, Scopus e Pubmed, com o termo: “*social entrepreneurship*” AND “*health*”. O objetivo foi apresentar as principais ações dos empreendedores sociais na área da saúde para atender às necessidades de prestação de serviços em saúde, bem como, apresentar os tipos de stakeholders e sua atuação ajudando no empreendedorismo social e evidenciar o uso de bricolagem social.

A amostra final resultou em 56 artigos, que foram codificados com o auxílio do software Atlas.ti²⁴. A partir dessa codificação, emergiram quatro elementos centrais de ações de empreendedorismo social para resolver os problemas sociais, que são: uso de práticas de gestão, busca de parcerias externas, o uso da tecnologia digital e uso de práticas de recursos humanos.

No terceiro capítulo, são apresentados os métodos de pesquisa aplicados, com o detalhamento dos procedimentos da revisão sistemática da literatura e dos estudos de casos em três hospitais filantrópicos e um hospital público. No quarto capítulo são apresentados os resultados da investigação empírica sobre as ações de empreendedorismo e bricolagem sociais com participação de stakeholders, agregados a uma discussão sobre os achados e a proposta de uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas, destacando três ações importantes para ajudar os gestores hospitalares no atendimento das necessidades de prestação de serviços em saúde. Por fim, as considerações finais, referências e apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico aborda conceitos de empreendedorismo social, bricolagem social e componentes da participação de stakeholders na área da saúde. Os conteúdos desse referencial vêm da revisão sistemática de literatura realizada, cujos métodos são apresentados na seção 3.2 adiante.

2.1 Empreendedorismo Social

O empreendedorismo social tem a intenção de gerar valor social para a sociedade, principalmente em ambientes com poucos recursos, em contextos de incertezas e dificuldades econômicas e sociais, buscando ajudar as pessoas e a sociedade (Bacq et al., 2015; Busch & Barkema, 2021; Dees, 2001; Mair & Martí, 2006).

A característica fundamental do empreendedorismo social é gerar valor social (Austin et al., 2012). Gestores socialmente conscientes, ao proporem soluções para problemas sociais (Zahra et al., 2009), eles dedicam parte significativa de seu tempo, para reunir pessoas e aproveitar as oportunidades no presente e com a esperança de retornos sociais futuros (Austin et al., 2012).

Na literatura, há exemplos bem sucedidos de empreendedorismo social em diversas áreas, principalmente para complementar a assistência dos serviços públicos (Farmer et al., 2012; Lokman & Chahine, 2021b), e coincidentemente o próprio empreendedorismo social surgiu na época do agravamento da incapacidade dos governos em atender as necessidades e os desafios cada vez mais complexos de bem-estar social (Stephan et al., 2019), e o acesso e a qualidade dos serviços (Lokman & Chahine, 2021b).

Os problemas em políticas públicas, contexto que comumente os gestores enfrentam e atuam, podem abranger desafios da oferta de serviços, como por exemplo: sistemas muito burocráticos, falta de investimentos, falta de estrutura física adequada e limitações nas áreas de atendimento básico à população, como saúde, educação, habitação, entre outros (Austin et al., 2012), e consequentemente o não atendimento das pessoas que quase sempre não podem pagar pelos serviços básicos.

Nestes contextos, a preocupação é resolver problemas sociais para a população que vive à margem, localizadas em países pobres (Zahra et al., 2009). O objetivo é contribuir para que a missão social seja forte e coesa (Scuotto et al., 2023), principalmente em instituições sem fins lucrativos (Mair & Martí, 2006; Mintzberg & Azevedo, 2012) que necessitam de dinheiro por

meio de captação de recursos de governos e/ou doadores públicos em geral (Kickul & Lyons, 2012).

Além da resolução dos problemas sociais, os estudos sobre empreendedorismo social também são marcados por diferentes vertentes, ora concentrando-se no empreendedorismo social como organização, ora com ênfase particular nos desafios e na entrega dos resultados sociais individuais (Klarin & Suseno, 2023), acentuando características, como compaixão (Miller et al., 2012), motivação, auto independência (Ahmed et al., 2021) e valores pessoais (Kaesehage et al., 2019).

Temas recentes e que têm recebido atenção dos pesquisadores estão focados em inovação social, desenvolvimento da sociedade ou comunidade e desenvolvimento econômico (Klarin & Suseno, 2023), com perspectivas concentradas em examinar o contexto em que se promove o empreendedorismo social, explorando o hibridismo das organizações e as escolhas na obtenção dos objetivos sociais (Battilana et al., 2015).

Outros aspectos também são relacionados aos contextos econômicos, políticos, sociais e do próprio ecossistema do empreendedor (Haugh, 2007), como os estudos focados nos empreendimentos sociais e sua atuação na comunidade local, com formação de redes de apoio em benefício do próprio empreendimento e a valorização cultural do país (Canestrino et al., 2020; Ramani et al., 2017).

Alguns estudos em empreendedorismo social enfatizam o aspecto de “como fazer”, focando no agir do empreendedor social, como por exemplo a bricolagem (Di Domenico et al., 2010; Molecke & Pinkse, 2017). Outras pesquisas priorizam a identificação de oportunidades, orientação empreendedora a partir de inovações, tomada de riscos e resultados (Lumpkin et al., 2013). Além disso, também se dedicaram às fases da geração de ideias e aproveitamento de oportunidades em empreendedorismo social e seu desenvolvimento em modelos conceituais (Fowler et al., 2019).

Embora os estudos de empreendedorismo social existentes possam ser amplamente classificados em diferentes perspectivas, eles ainda não fornecem uma visão abrangente nos níveis de análise individual e organizacional (Dwivedi & Weerawardena, 2018; Klarin & Suseno, 2023; Saebi et al., 2019), como também outras pesquisas sintetizaram fluxos insuficientes para fornecer respostas às questões práticas (Gupta et al., 2020; Sassmannshausen & Volkmann, 2018).

Para o campo das ações sociais, nota-se que devido à sobrecarga de trabalho, essas ações centralizam-se no atendimento paliativo, com dificuldades para ajudar a população com mudanças reais ou ações preventivas (Dees et al., 2004). Este aspecto, conseqüentemente, faz

com que o portfólio de serviços priorize atividades que sejam diretamente alinhadas com a missão social (Austin et al., 2012), deixando de lado as ações voltadas para bem estar e prevenção.

Por outro lado, quanto aos avanços das pesquisas, um recurso determinante para o empreendedorismo social é o desenvolvimento de pessoas, sendo considerado fator de crescimento do empreendimento, estimulando fortes parcerias internas e externas (Austin et al., 2012). Esse tipo de apoio ajuda a construir redes de contatos baseadas em confiança e reputação aumentando o número de doadores, parceiros e voluntários. Por consequência, um maior número de recursos e maior investimento pode ser visto (Austin et al., 2012; Mair & Martí, 2006; Peredo & McLean, 2006). A seguir, apresenta-se o empreendedorismo social na área da saúde.

2.1.1 Empreendedorismo social na saúde

Os gestores na área da saúde auxiliam instituições públicas nos serviços essenciais para a sociedade (Kidd et al., 2015; Roy et al., 2014). Eles estão presentes quando esses órgãos não conseguem responder sozinhos às demandas da população (Chell et al., 2010; McMurtry & Brouard, 2015), enfrentando problemas e propondo soluções para o atendimento com qualidade em diversos níveis de atuação (Amini et al., 2018).

Dentre os problemas enfrentados pelas instituições públicas e pelos próprios gestores no campo do empreendedorismo social estão os custos crescentes e imprevisíveis, sendo a incapacidade financeira considerada como um dos principais problemas da área da saúde. Aliada à falta de retorno financeiro, os gestores precisam lidar com ambiguidades das estruturas e sistemas regulatórios que impedem o desenvolvimento de soluções imediatas, afetando principalmente a população mais empobrecida que geralmente encontra-se em condições médicas crônicas ou graves (Agarwal et al., 2020).

Outros problemas incluem a falta de manutenção das estruturas e condições médicas precárias com uma demanda sempre crescente de pacientes, já que os usuários de saúde geralmente enfrentam grandes listas de espera (Kowalewski et al., 2011; Lamsal et al., 2018), além de, programas inadequados e de baixa qualidade. Para estes desafios, alguns autores destacam a falta de uma agenda de políticas públicas, que priorize os direitos sociais dos usuários de saúde com propostas que ampliem um atendimento humanizado e adaptado, com novas regras estruturais, ambiência, investimento em pesquisa e integração com outras políticas

(Abrishami & Repping, 2019; Almeida, 2021; Chandra et al., 2022; Hassink et al., 2019; Saville et al., 2020; Schiavone et al., 2021).

Para um bom atendimento de qualidade, ainda são necessárias estruturas centradas no paciente, com resultados percebidos com melhores desfechos clínicos, satisfação do paciente e da família, maior engajamento dos profissionais de saúde, melhor uso dos recursos, serviços sustentáveis que gerem economia significativa de custos, além de proporcionar um ambiente de trabalho positivo para os funcionários. Isso inclui, atividades de reforço mútuo, comunicação contínua e aberta para construir confiança, a fim de formar equipes com habilidades específicas que apoiem os empreendimentos (Kreitzer et al., 2015).

Por outro lado, há exemplos bem sucedidos de empreendedorismo social no fornecimento de serviços de saúde e assistência social (Farmer et al., 2012), bem como a atuação dos gestores em empreendedorismo social em países de baixa e média renda, no esforço de facilitar o acesso a serviços de qualidade (Lokman & Chahine, 2021b). Isso, por sua vez, melhora o acesso aos serviços por meio de processos focados na geração de ideias e na transformação dessas em oportunidades (Fowler et al., 2019). Esses benefícios resultam ainda em atendimentos que contribuam para a saúde física e mental, incluindo bem-estar, motivação, capacitação, apoio familiar e confiança (Calò et al., 2018; Macaulay et al., 2017; Roy et al., 2014; Turpin et al., 2021).

Esses aspectos também têm estimulado o senso de pertencimento social e colaboração dentro da própria comunidade local (Calò et al., 2018). Essa cooperação tem gerado parcerias importantes com governos, especialistas das diversas áreas do conhecimento, pacientes, fornecedores, comitês internos e externos, ajudando na discussão e resolução de problemas comuns (G. L. Alexander et al., 2020; Bacq et al., 2020), impactando positivamente os resultados de gestão e o atendimento com excelência.

Na literatura, os avanços para o empreendedorismo social têm focado em ações como a gestão estratégica eficiente, busca de parcerias, uso estratégico de recursos humanos, o investimento em tecnologia, educação, novos equipamentos e estruturas, além do uso de atividades lúdicas e culturais, estudo de competências específicas em saúde (Agarwal et al., 2020; G. L. Alexander et al., 2020; Amini et al., 2018; Bacq et al., 2015).

Observa-se que a eficiência em gestão estratégica é comumente citada nos estudos de empreendedorismo social na área da saúde, principalmente com o uso de sistemas financeiros para tomada de decisões estratégicas, transparência institucional, otimização de processos, estratégias de sustentabilidade financeira, geração de novas receitas, ênfase nas medições de desempenho e ações voltadas para resultados (Moody et al., 2015; Shahi & Parekh, 2022).

Outras habilidades são requisitadas no empreendedorismo social em saúde, como o contínuo equilíbrio entre a missão social e as finanças, a proatividade em responder às oportunidades do ambiente, antecipando futuros problemas, o que também pode demandar certa ousadia nas decisões, com probabilidade de ocorrerem perdas. Esses aspectos são recorrentes na área da saúde. A autonomia também é uma postura valorizada, embora a colaboração com outras instituições seja muito importante para o empreendedor, visto que qualquer tipo de dependência de outras organizações é indesejável (Rastoka et al., 2022; Van Der Scheer, 2007).

O empreendedorismo social na área da saúde também tem dado ênfase em treinamentos, capacitação e mentorias (Pattinson, 2020), priorizando a eficiência nos diversos departamentos, como marketing, captação de recursos, entre outros (Rastoka et al., 2022; Sadeghi et al., 2021). Na parceria com investidores, priorizam-se não apenas as questões monetárias, mas também valores, confiança e renome no mercado. Na parceria com financiadores, destacam-se a missão social e o respeito ao ritmo operacional do empreendimento social, mantendo relações de flexibilidade, especialmente cumprimento do propósito social (Shahi & Parekh, 2022).

Para Agarwal et al. (2020), na área da saúde, os gestores priorizam questões críticas, como o retorno financeiro por meio da multiplicação de ativos e a viabilidade financeira na busca por novos ativos tangíveis e intangíveis, e sua relação com a qualidade dos atendimentos a população, mantendo um padrão de excelência com custos acessíveis a diversos segmentos da população. Outro elemento importante, é a inserção social, incentivando novas parcerias para os empreendimentos sociais e a construção de relacionamentos consistentes, além da valorização do capital humano, principalmente no que se refere ao investimento de capacitação dos funcionários (Agarwal et al., 2020; Chahine, 2021). Essas práticas podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Práticas para gerenciar problemas em saúde

Prática	Descrição
Multiplicação de ativos	Construção de novos ativos tangíveis e intangíveis e os usam para um ou mais propósitos para reduzir custos.
Alavancando o Capital Humano	Contratação de mão de obra local inexperiente e treina em múltiplas funções para minimizar custos e produzir novas oportunidades de emprego.
Construindo Inserção Social	Trabalho com as comunidades locais em uma série de atividades para garantir um fluxo contínuo de clientes, construir relacionamentos e criar normas sociais.
Qualidade acessível	Manutenção de elevados padrões de qualidade que tornam financeiramente acessíveis diferentes segmentos de clientes.

Fonte: Adaptada pela autora a partir de Agarwal et al. (2020).

Outra estratégia utilizada na saúde é a participação de stakeholders através de parcerias, como a ajuda de outras organizações sem fins lucrativos, empresas e governo para obter recursos. Tal estratégia constrói uma efetiva rede de contatos baseada em confiança, intensificando a relação com doadores, parceiros e voluntários (Austin et al., 2012).

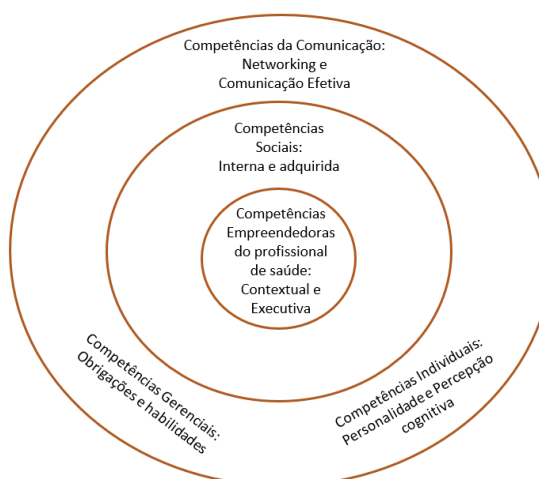
A busca de parcerias (participação de stakeholders) se desdobra em cooperação com os governos, especialistas das diversas áreas do conhecimento, pacientes, moradores locais, fornecedores, comitês internos e externos, que ajudam na discussão e resolução de problemas comuns (G. L. Alexander et al., 2020; Bacq et al., 2020), impactando positivamente nos resultados dos empreendimentos e no atendimento de qualidade.

Outros estudos em empreendedorismo social em saúde abrangem às competências específicas com aspectos relacionados a comunicação, habilidade individual e gerencial. Estas capacidades podem abranger sensibilidade, altruísmo, integridade, confiança, empatia, e o conhecimento científico e acadêmico (Amini et al., 2018; Ibáñez et al., 2022). Estas competências incentivam a criatividade na solução de problemas, a perseverança, a abertura para a mutabilidade do ambiente de saúde, o coletivismo no ambiente de trabalho e o autoconhecimento, que são atributos relevantes (Amini et al., 2018). Além disso, contam também com uma forte estrutura organizacional, escolha do portfólio e estratégia de captação de recursos (Sadeghi et al., 2021). Algumas competências encontradas no empreendedorismo social na área da saúde podem ser verificadas na Figura 1.

Na Figura 1, a camada externa está relacionada com as competências gerais para a organização de empreendedorismo social na área da saúde e é definida como competências individuais, gerenciais e de comunicação. A camada intermediária está relacionada às competências sociais internas e exigidas e a camada interna está relacionada às competências profissionais.

As competências empreendedoras podem ser adquiridas e estão diretamente relacionadas como às preocupações sociais, ao comprometimento e à identificação com os indivíduos mais vulneráveis (Amini et al., 2018). As competências empreendedoras na área da saúde também abrangem a competência da comunicação, a competência individual e a competência gerencial. Devido à natureza do negócio, a necessidade de maior comunicação é extremamente relevante, devido ao estabelecimento de contato frequente com os principais stakeholders, além do público-alvo. Assim, a atenção com as pessoas, a interação eficaz e a comunicação adequada têm grande importância.

Figura 1. Competências empreendedoras na área da saúde.



Fonte: Adaptada pela autora a partir de Amini et al., (2018).

Dentre as competências individuais, a capacidade de lidar com diferentes ocasiões, o conhecimento da realidade, o uso da criatividade na solução de problemas, bem como a perseverança, a mutabilidade, o coletivismo, o autoconhecimento e o pensamento estratégico são atributos exigidos dos gestores sociais nas organizações de saúde. Por último, destaca-se a competência gerencial, que envolve o reconhecimento de habilidades que ajudam os gestores a realizar objetivos organizacionais, destacando-se a supervisão baseada na gestão integrada, traduzida em planejamento, organização, monitoramento, controle e gestão de recursos humanos (Amini et al., 2018).

Outro fator importante é a liderança. O empreendedorismo social requer pessoas motivadas e capazes de motivar outras que possuam paixão pelo que fazem. Na ausência de estruturas de apoio, o papel do líder é fundamental e pode preencher a lacuna formal de recursos, principalmente em épocas difíceis e de crises, como por exemplo, durante a pandemia da Covid-19. A liderança carismática é capaz de gerar engajamento, comprometimento, ajudando as pessoas a desenvolverem habilidades e a reter talentos (Oberoi et al., 2021; Sadeghi et al., 2021; Thorgren & Omoredede, 2018).

Essa liderança pode também ser chamada de mentoria, frequentemente usada nos empreendimentos sociais de saúde. Com a mentoria, o líder torna-se o grande apoiador de pessoas em seu processo de desenvolvimento pessoal, social e profissional. Ele mantém uma postura de otimismo, incentivando a resiliência como capacidade de recuperar-se da adversidade e incentiva a postura de empatia com o usuário de saúde, como sendo a capacidade

de se colocar na posição de outra pessoa e imaginar perspectivas diferentes das suas (Oberoi et al., 2021; Pattinson, 2020).

Alguns estudos ainda apresentam as tipologias de perfil para o empreendedorismo social, vinculadas ao comportamento e comprometimento com as tarefas, bem como motivação intrínseca durante as fases de idealização e desenvolvimento de ações sociais. Esses perfis buscam sua identidade dentro do empreendimento em vista de um bem maior para a sociedade. Cada uma dessas tipologias exibe um padrão diferente de motivação, comportamento de gestão e condução de missão (Samuelsson & Witell, 2022). O uso das tipologias é importante no entrosamento das relações interpessoais dentro da organização ou na alocação de tarefas relativas às habilidades dos indivíduos (Samuelsson & Witell, 2022). Essas tipologias, nos estudos em empreendedorismo social na área da saúde, ainda estimulam os níveis de ajuda mútua, que tendem a aliviar o estresse e aumentar a sensação de controle, segurança, autoeficácia e motivação (Suchowerska et al., 2020). Elas ajudam no autoconhecimento e na manutenção de boas relações entre as equipes internas e externas de um empreendimento social e impactará positivamente no cumprimento da missão social.

Outros esforços em empreendedorismo social na área da saúde também são realizados por meio de ações que utilizam tecnologias digitais, incentivando a formação de comunidades virtuais para acelerar iniciativas empreendedoras em meio à crise emergente e ajudar o empreendimento social no cumprimento da missão social. Estas equipes utilizaram telemedicina, plataformas digitais e treinamento digital, com diversos estudos no contexto pandêmico da Covid-19 (G. L. Alexander et al., 2020; Almeida, 2021; Bacq et al., 2020; Moore & Hawarden, 2020).

A utilização dos meios digitais pode ainda estimular o empreendedorismo social de startups e avanço tecnológico, principalmente com a melhoria da eficácia dos cuidados de saúde, como serviços para marcação de consultas e exames eletrônicos, transportes para saúde móvel, acesso a cuidados médicos em casa, monitoramento remoto, procedimentos menos invasivos com suporte à decisão clínica, robôs colaborativos para procedimentos complexos, entre outros (Bacq et al., 2020; Godinho et al., 2020; Lokman & Chahine, 2021b; Scillitoe et al., 2018).

A importância de iniciativas digitais em épocas de crise ofereceu serviços em saúde por um custo acessível, com serviço digitais gratuitos e mecanismos para ajudar a rastrear, monitorar e acompanhar indivíduos com problemas crônicos e graves de saúde, além de suporte por meio de plataformas, reforçando e aumentando também as ações de apoio à recuperação social e econômica (Ibáñez et al., 2022; Moore & Hawarden, 2020; Storr et al., 2022).

Outro aspecto considerado pelos autores em empreendedorismo social na saúde é a formação de profissionais da área, com perfis e recomendações para a inserção do empreendedorismo social no currículo de saúde pública nas universidades, a fim de estimular a promoção de educação empreendedora na área (Chahine, 2021; Martin et al., 2016).

Algumas experiências de parcerias com universidades locais e empreendedorismo social promoveram ações voltadas para análises de planos de negócio para ajudar a resolver problemas de saúde, servindo como ferramenta de desenvolvimento profissional e como estímulo à participação de alunos, principalmente com o acompanhamento de mentorias onde uma pessoa experiente pode ajudar outra menos experiente na simulação de resolução de problemas (Huster et al., 2017).

Os incentivos em empreendedorismo social na área da saúde e em espaços universitários ainda podem ajudar com práticas interdisciplinares em comitês, incentivando o desenvolvimento de uma visão ampla e sensível às necessidades da comunidade e do próprio paciente (Oberoi et al., 2021). Enfim, para resolver esses problemas sociais, os gestores na área da saúde ainda podem utilizar diversas combinações teóricas e práticas, como a efetivação, bricolagem social e causalidade para motivar ações imediatas e reestruturar situações limites que visem minimizar as incertezas (Nelson & Lima, 2020).

O próprio conceito de bricolagem é aplicado em países pobres e de baixa renda (Bacq et al., 2015; Ghalwash & Ismail, 2022; Holt & Littlewood, 2017) para resolver os problemas sociais (Gundry et al., 2011; Kuckertz et al., 2020; Mishra, 2021) e aproveitar oportunidades (Bacq et al., 2015; Scuotto et al., 2023; Zollo et al., 2018). Para responder aos problemas sociais é preciso escolher estratégias de atuação em parceria com stakeholders. Assim, neste trabalho, explora-se a teoria de bricolagem social e em especial a participação de stakeholders, como apresentado na próxima seção.

2.2 Bricolagem Social com Participação de Stakeholders na Área da Saúde

2.2.1 Bricolagem Social

A bricolagem social é proposta neste estudo como lente teórica. Ela é comumente usada para resolver os problemas sociais, pois transita em ambientes com escassez de recursos e atende a população menos favorecida (Di Domenico et al., 2010). A bricolagem social utiliza de recursos acessíveis e baratos (Ghalwash & Ismail, 2022; Gundry et al., 2011; Owusu & Janssen, 2013).

O termo “bricolagem” foi introduzido por Lévi-Strauss (1969) na literatura acadêmica ao se referir ao processo de “virar-se com o que se tem” (Lévi-Strauss, 1969). Mais tarde, Baker & Nelson (2005) definiram a bricolagem empreendedora como o ato de virar-se com o que se tem, recombinao recursos escassos, e recusando-se a ser restringido por limitações que impedem novas oportunidades e a resolução de problemas (Baker & Nelson, 2005). Para o “*bricouler*”, alguém que faz bricolagem, “virar-se” significa uma ação de engajamento ativo, combinando recursos existentes para novos propósitos e necessidades, e definindo um conjunto de habilidades que podem ser usadas a qualquer momento.

Di Domenico, Haugh e Tracey (2010) apresentaram mais três componentes do conceito de bricolagem social, que são: criação de valor social, participação de stakeholders e persuasão (Di Domenico et al., 2010). Esses constructos podem se combinar para ajudar nos resultados e na mudança social dos ambientes, propiciando o aproveitamento de oportunidades, até mesmo em contextos complexos e de crise (Zollo et al., 2018).

Ao utilizar a bricolagem social, deve-se criar novas formas de resolver problemas (Gundry et al., 2011; Scuotto et al., 2023), principalmente a capacidade de oferecer produtos e serviços adequados e adaptados em contextos ameaçados por crises socioeconômicas, cortes de gastos públicos e fracasso dos modelos tradicionais público, privado e filantrópico (Consiglio et al., 2015; Scuotto et al., 2023).

Como mencionado, a bricolagem empreendedora é constituída pelos seguintes elementos: a) vira-se com o que se tem, o que se refere a um processo pelo qual os “*bricoleurs*” adquirem recursos e os recombinao de novas maneiras para resolver problemas e responder a oportunidades; b) recusa-se a ser constrangido por limitações, pois ao testar e/ou neutralizar as limitações existentes ou convencionais impostas por diversas configurações, rejeita-se qualquer tipo de dificuldade, quebra-se as regras e opera-se em ambientes que antes restringiam a atuação e a atividade empreendedora (Storr et al., 2022; Sutherland & Krige, 2017; Windrum et al., 2016); e c) improvisação, associada à adaptação de formas padronizadas de trabalho e pensamento criativo, neutralizando as limitações ambientais (Baker & Nelson, 2005; Barbosa & Davel, 2021).

Os trabalhos de empreendedorismo social em saúde comentam sobre as intervenções de baixo custo para evitar mortes ou desdobramentos de doenças graves, propondo iniciativas de educação em saúde, principalmente em bairros pobres, caracterizando ‘o virar-se com o que se tem’ em bricolagem social (Crupi et al., 2022; Lunze et al., 2017), por meio do emprego de novos atendimentos com custos muito baixos para combater epidemias e cuidados médicos

improvisados em clínicas localizadas nos baixos periféricos, até mesmo em contêineres (Sutherland & Krige, 2017).

Di Domenico, Haugh & Tracey (2010), incluíram os componentes da criação de valor social, que é uma característica fundamental das atividades de empreendedorismo social, visando à qualidade de vida das pessoas de uma localidade e, principalmente, ao desenvolvimento de vulnerabilidades. O componente de criação de valor social é adotado em seus estatutos, políticas e procedimentos e é incorporado em seu modelo de negócio e estratégias operacionais (Di Domenico et al., 2010).

A Tabela 2 apresenta os componentes da bricolagem social.

Tabela 2. Componentes da bricolagem social

Bricolagem social	Descrição
Virar-se com o que se tem criando-se algo a partir de muito pouco para um fim social	Combinação de recursos, utilizando os recursos limitados e disponíveis; Usar recursos descartados, em desuso ou indesejados para novos propósitos; Usar recursos locais ou inexplorados que outras organizações não reconhecem, valorizam ou fazem uso.
Recusa em ser restringido por limitações na busca do objetivo social	Recusando-se a ser restringido por limitações; Não aceitação das limitações impostas pelos ambientes de recursos disponíveis, principalmente em sua capacidade de criar valor social.
Improvisação para permitir a busca ativa de propósito social	Improvisar por meio de abordagens de melhor ajuste dentro das restrições dos recursos limitados acessíveis; Processo de tentativa e erro.
Criação de valor social	Gerando oportunidades de emprego, integração no trabalho, desenvolvimento de habilidades, treinamento e capacitação, capital social e coesão da comunidade.
Participação das partes interessadas	Estruturas de governança e tomada de decisão, membros do conselho para determinação de estratégia e implementação.
Persuasão de outros atores importantes para alavancar a aquisição de novos recursos e suporte	Convencer com argumentos outros atores para criação de valor.

Fonte: Adaptada pela autora a partir de Di Domenico, Haugh e Tracey (2010).

Na área da saúde, o valor social pode ser norteado por princípios orientadores de integralidade, como a preservação da autonomia do paciente, a universalidade de acesso aos serviços nos níveis de assistência, e a equidade, entendida como a igualdade de assistência. Os gestores são considerados parceiros na entrega de serviços de saúde, melhorando a qualidade dos serviços por meio do fortalecimento, inovação, monitoramento e aumento da capacidade dos serviços públicos, mesmo em situações críticas (Chandra et al., 2022; Windrum et al., 2016).

Outro componente da bricolagem social são as técnicas de persuasão, convencimento e sensibilização de parceiros internos e externos, visando à colaboração social e ao cumprimento do fim social. A persuasão faz uso da argumentação para influenciar diretamente a participação dos stakeholders, produzindo convergências de interesse, legitimidade e recursos úteis para favorecer um maior engajamento (Di Domenico et al., 2010). Ela pode também ser utilizada para potencializar negociações na criação de valor social e na influência de outros atores, buscando valores da comunidade para a comunidade. Essa estratégia é considerada uma tática essencial para neutralizar dificuldades em ambientes escassos.

Os gestores recorrem frequentemente ao seu uso para argumentação, envolvimento de conhecidos, pressão, diplomacia, advocacia e/ou meios legais. (Di Domenico et al., 2010). O uso da persuasão no empreendedorismo social na saúde pode ser identificado nas negociações e debates sobre os objetivos de saúde da população com grupos de investidores, gestores públicos de saúde, sociedade e comunidade local. (Dutta, 2019; Thorgren & Omoredé, 2018; Windrum et al., 2016).

O último componente da bricolagem social é a participação de stakeholders, visando ao fortalecimento ou à criação de novos contatos e vínculos. A bricolagem social considera a participação de stakeholders como um de seus elementos centrais, sendo eles quaisquer grupos ou indivíduos que possam afetar a realização do propósito de um empreendimento. (Di Domenico et al., 2010).

Alguns autores estabeleceram critérios de classificação dos stakeholders, considerando sua relevância para a organização (C. Freeman, 2001; Mitchell et al., 1997), e uma visão ampla ao identificar e envolver os vários stakeholders, principalmente em relação à ética da responsabilidade e das informações (López-Concepción et al., 2022) com o intuito de manter ligações saudáveis e duráveis (Goodstein & Wicks, 2007). De maneira geral, o enfoque é dado a diferentes formas de valor que possam beneficiar tanto a empresa quanto as partes interessadas (Bocken et al., 2013), assim como à criação de um propósito comum para todos (Freudenreich et al., 2020).

2.2.2 Participação de stakeholders na área da saúde

Estudos têm mostrado que a participação de stakeholders é muito importante na criação de valor (Freudenreich et al., 2020; Harrison & Wicks, 2013), no planejamento estratégico e na tomada de decisão (Castelló et al., 2016; Noland & Phillips, 2010; Ramus & Vaccaro, 2017), na inovação (Alvarez & Sachs, 2023; Bendell & Nesij Huvaj, 2020; Goodman et al., 2017;

Herrera, 2016; Scuotto et al., 2023), na aprendizagem e criação de conhecimento (Desai, 2018; Mitchell et al., 1997; Phillipson et al., 2012) e na contabilidade e relatórios (Böhling et al., 2019; Johansen, 2008; Manetti & Toccafondi, 2012; O’Riordan & Fairbrass, 2014).

Pesquisas demonstraram ainda como é realizada a participação dos stakeholders nas organizações (Dawkins, 2021) e examinaram sua influência em diversas atividades organizacionais (De Bakker et al., 2013; Den Hond & De Bakker, 2007). No entanto, os estudos sobre stakeholders ligados às questões sociais, ecológicas, de sustentabilidade social e de criação de valor ainda requerem mais contribuições para a resolução de problemas sociais, sendo pouco abordados em conjunto (Kujala et al., 2022).

Na perspectiva de criar valor com a participação de stakeholders, os gestores utilizam redes de relacionamento (Zott & Amit, 2010), consideradas atividades que podem ajudar a envolver atores dispostos a ampliar os objetivos organizacionais para além do valor econômico (Stubbs & Cocklin, 2008; Zott & Amit, 2010), oferecendo valor positivo para um conjunto mais amplo de partes interessadas (Bocken et al., 2013). Na prática, a participação de stakeholders opera dentro de um planejamento de estratégias que envolvam mais parcerias (Johannisson & Olaison, 2007), gerando novos contatos e vínculos importantes para dentro e fora das organizações.

Para o empreendedorismo social, as pesquisas destacam a participação de stakeholders (Barraket et al., 2019; Di Domenico et al., 2010; Huybrechts & Nicholls, 2013), evidenciando que, para alcançar o objetivo social, é necessário o seu fortalecimento (Intindola et al., 2019; Sakarya et al., 2012; Sharir & Lerner, 2006; Squazzoni, 2009). As diversas formas de participação de stakeholders nos empreendimentos sociais são identificadas como: manter ou criar conexões e laços pessoais com parceiros internos e externos, exercendo capacidade relacional para a implementação de atividades em redes cooperativas (Ghalwash & Ismail, 2022; Kickul & Lyons, 2012), influenciando positivamente no cumprimento da missão social (Di Domenico et al., 2010), como também o estabelecimento de confiança e envolvimento entre esses parceiros, tornando-se um aspecto importante para a sobrevivência e manutenção de qualquer empreendimento (Ghalwash et al., 2017).

Na bricolagem social, a participação de stakeholders pode ajudar a atender as necessidades das pessoas na base da pirâmide e responder rapidamente às mudanças no ambiente social, conectando-se cada vez mais com seus principais parceiros, sejam eles órgãos governamentais, grupos de autoajuda, comunidades, redes de pessoas, entre outros (Mishra, 2021). A participação de stakeholders na saúde também tem chamado atenção nos estudos, sendo um importante impulsionador do empreendedorismo e da bricolagem social (B. N.

Alexander, 2020), incentivando o diálogo e parcerias com moradores de comunidade, líderes de fundações, funcionários, empresas e governo (Heinze et al., 2016; Storr et al., 2022) permitindo intensificar as relações de confiança, principalmente com os usuários de saúde (Heinze et al., 2016).

Essas parcerias têm apoiado a área da saúde em tempos de crise, como durante a pandemia da Covid-19, quando a capacidade de resposta do governo foi reduzida, o que aumentou os desafios sociais e exigiu maior atuação dos gestores. Nestes cenários, os stakeholders têm ajudado financeiramente os empreendimentos com serviços digitais gratuitos e equipamentos de tecnologia (Ibáñez et al., 2022), além de contribuir para o desenvolvimento e aprimoramento de cuidados e novos serviços de saúde (Lakomaa & Sanandaji, 2021).

Menciona-se ainda, nas pesquisas sobre empreendedorismo social e participação de stakeholders na saúde, o estímulo à credibilidade interna, com a construção de confiança entre os funcionários, assim como a responsabilidade perante os financiadores, fornecedores e investidores (Scaife, 2008), além do senso de empatia com os stakeholders externos, principalmente pacientes e a comunidade local, ajudando na preservação de seus direitos (Saber et al., 2021). As pesquisas também apontam a necessidade de reunir forças entre os setores público, privado e o terceiro setor na área da saúde, o que caracteriza a era da governança colaborativa, destacando o papel da nova governança pública em saúde e a comunicação entre seus principais atores (Chandra et al., 2022).

No envolvimento da sociedade civil, destaca-se a participação dos usuários de saúde nos empreendimentos, não apenas na entrega do serviço, mas também na concepção e gestão desses serviços. Nota-se que a oferta de serviços está sendo moldada conforme as necessidades dos usuários, o que, por consequência, gera maior satisfação do paciente e aumento da eficiência na prestação de cuidados, além da otimização de custos (Brandsen et al., 2013; Chandra et al., 2022; Teasdale & Dey, 2019).

Neste sentido, os próprios empreendimentos em saúde têm desempenhado um papel mais ativo, com melhorias que também beneficiam os profissionais da área, grupos de voluntários, a comunidade local e fornecedores (Bacq et al., 2020; Lunze et al., 2017).

Para identificar as principais ações no empreendedorismo social para o atendimento da prestação de serviços de saúde, bem como descrever os principais tipos de stakeholders e sua atuação nos empreendimentos sociais, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, apresentada na próxima seção.

2.3 Principais ações de bricolagem social com participação de stakeholders na área da saúde

Optou-se por realizar uma revisão sistemática de literatura, que contou com 56 artigos finais (metodologia apresentada em seção própria, na página dos procedimentos metodológicos). Verifica-se que as principais ações realizadas na área da saúde são: a utilização de práticas de gestão, a busca de parcerias, o uso de estratégias em recursos humanos, investimento em tecnologia, o investimento em equipamentos e estrutura, ações que priorizam a qualidade com custo acessível, o uso de atividades lúdicas e culturais, a multiplicação de ativos, e por fim, componentes de bricolagem social, principalmente seus tipos e sua colaboração no empreendimento social. Das ações realizadas no empreendimento social, foram priorizadas aquelas com maior presença de códigos, tais como: gestão estratégica, busca de parcerias, investimento em tecnologia e estratégias em recursos humanos (Figura 2) e, a partir dessas ações, foram identificados os tipos de stakeholders e suas atuações na área da saúde.

Figura 2. Principais ações realizadas na área da saúde, com base na presente revisão sistemática da literatura



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Para a **gestão estratégica** reside a importância dos planos de ação, do uso de estratégias de negócio, das habilidades de tomada de risco, e da ênfase na escolha do modelo de negócio de acordo com a missão social do empreendimento (Allen et al., 2010; Almeida, 2021; Amini et al., 2018; Basu & Sharma, 2014; Chandra et al., 2022; Crupi et al., 2022; Cucino et al., 2023; Dopelt et al., 2023; Ketprapakorn & Kantabutra, 2022; Lehoux et al., 2023; Lokman &

Chahine, 2021b; Macassa, 2021; Misbauddin et al., 2022; Moody et al., 2015; Nekula & Koob, 2021; Oberoi et al., 2021; Pattinson, 2020; Rastoka et al., 2022; Saber et al., 2021; Schiavone et al., 2021; Shahi & Parekh, 2022; Steiner et al., 2022; Storr et al., 2022; Suchowerska et al., 2020; Sutherland & Krige, 2017; Thorgren & Omoredede, 2018; Windrum et al., 2016). Ela é a ação mais citada nos trabalhos de empreendedorismo social na área da saúde, principalmente com os sistemas de medição financeira para tomada de decisões e a transparência institucional, que podem aumentar o número de doadores e investidores, além da otimização de processos de negócios e estratégias de sustentabilidade financeira, que incluem a redução de custos e a geração de receita. Ainda é dada ênfase às medições de desempenho e à exigência de entidades financiadas para rastrear e relatar resultados e métricas de impacto (Moody et al., 2015).

Investe-se em treinamentos, capacitação e mentorias (Pattinson, 2020; Siqueira et al., 2023), priorizando a eficiência em todos os departamentos, seja marketing, investidores, recursos humanos, setor de captação de recursos, entre outros (Sadeghi et al., 2021; Siqueira et al., 2023). Realiza-se a avaliação de investidores, priorizando o aprimoramento da missão social e o respeito ao ritmo operacional do empreendimento social, mantendo relações de flexibilidade, principalmente no tocante ao cumprimento do propósito social (Raut & Joshi, 2023; Shahi & Parekh, 2022).

Para a **busca de parcerias ou participação de stakeholders**, os trabalhos priorizam o diálogo, a inserção nas comunidades, o conhecimento local e plataformas de acesso online (Abrishami & Repping, 2019; Bacq et al., 2020; Bartoloni et al., 2022; Chandra et al., 2022; Hassink et al., 2019; Ibáñez et al., 2022; Lîcîte-Şurbe, 2022; Oberoi et al., 2021; Saber et al., 2021; Scaife, 2008; Schweer Rayner, 2016; Scillitoe et al., 2018; Segares et al., 2022; Storr et al., 2022; Van Der Scheer, 2007; Werber et al., 2014; Windrum et al., 2016).

Essa ação é utilizada na colaboração, envolvimento e engajamento com parcerias de outras organizações sem fins lucrativos, empresas e governo para obter recursos para a organização, construindo uma rica rede de contatos baseada na confiança e, por consequência, intensificando a relação com doadores e voluntários (Austin et al., 2012; Segares et al., 2022). Os parceiros incluem especialistas de diversas áreas do conhecimento, unidades de ensino, pacientes, moradores locais, fornecedores, comitês internos e externos para a discussão e resolução de problemas comuns (B. N. Alexander, 2020; Bacq et al., 2020; Segares et al., 2022) impactando positivamente os resultados dos empreendimentos e o atendimento de excelência.

O **investimento em tecnologia** apareceu principalmente em situações de crise, como a pandemia da Covid-19, e intensificou o uso de aplicativos médicos e de bem-estar do paciente, tratamento remoto, redes colaborativas em escala mundial, inteligência artificial, aplicativos

para rastreamento de infecções, educação virtual, telemedicina e robótica para auxílio em procedimentos complexos (Abrishami & Repping, 2019; Agarwal et al., 2020; Almeida, 2021; Bacq et al., 2020; Bartoloni et al., 2022; Chandra et al., 2022; Godinho et al., 2020; Ibáñez et al., 2022; Lakomaa & Sanandaji, 2021; Lokman & Chahine, 2021b; Misbauddin et al., 2022; Moore & Hawarden, 2020; Oberoi et al., 2021; Saber et al., 2021; Sadeghi et al., 2021; Saville et al., 2020; Scaife, 2008; Scillitoe et al., 2018; Siqueira et al., 2023; Sutherland & Krige, 2017). O investimento em tecnologia também é citado na formação de comunidades virtuais que utilizam tecnologia digital para acelerar iniciativas empreendedoras em meio a crises emergentes, ajudando o empreendimento a cumprir sua missão social, como telemedicina, plataformas digitais e treinamento digital (B. N. Alexander, 2020; Almeida, 2021; Bacq et al., 2020; Moore & Hawarden, 2020; Siqueira et al., 2023; Weaver & Blakey, 2022). A utilização dos meios digitais pode ainda estimular o empreendedorismo social de startups e o avanço tecnológico, principalmente com a melhoria da eficácia dos cuidados de saúde, incluindo serviços de marcação de consultas e exames eletrônicos, saúde móvel, acesso a cuidados médicos domiciliares, monitoramento remoto e procedimentos menos invasivos com suporte à decisão clínica (Bacq et al., 2020; Godinho et al., 2020; Lokman & Chahine, 2021b; Misbauddin et al., 2022; Scillitoe et al., 2018).

Para a estratégia em recursos humanos, destaca-se o apoio, treinamento e retenção de profissionais, capacitação e satisfação dos funcionários e parceiros, com investimentos em projetos que estimulem a motivação, a comunicação aberta, a cultura de saúde dos funcionários, a importância da liderança empreendedora em saúde e o relacionamento interpessoal (Agarwal et al., 2020; Allen et al., 2010; Amini et al., 2018; Dopelt et al., 2023; Ketprapakorn & Kantabutra, 2022; Lehoux et al., 2023; Lîcîte-Çurbe, 2022; Misbauddin et al., 2022; Nekula & Koob, 2021; Oberoi et al., 2021; Sadeghi et al., 2021; Samuelsson & Witell, 2022; Saville et al., 2020; Suchowerska et al., 2020; Thorgren & Omoredede, 2018; Weaver & Blakey, 2022). Destaca-se ainda, em recursos humanos, o estudo das competências e habilidades requeridas no empreendedorismo social na saúde, como a capacidade de lidar com diferentes desafios, a criatividade na solução de problemas, bem como a perseverança, mutabilidade, coletivismo, autoconhecimento e pensamento estratégico, que são atributos relevantes para gestores sociais em empreendimentos de saúde (Amini et al., 2018; Dopelt et al., 2023; Lehoux et al., 2023). A competência gerencial engloba a capacidade de realizar o trabalho embasado em ações organizacionais, como planejamento, organização, monitoramento, controle e gestão de recursos humanos, entre outros.

Após a identificação das principais ações realizadas no empreendedorismo social para resolver os problemas sociais, foram elencados os tipos de stakeholders na área da saúde que contribuem com os empreendimentos sociais. São eles (com a quantidade de vezes que o código aparece entre os artigos): governo (34), comunidade (26), setor privado (22), agências de financiamento (22), academia (20), outras instituições de saúde (19), pacientes (19), sociedade civil (17), fundações e Organizações não governamentais (13), voluntários (09), instituições internacionais (08) médicos (07), assessoria externa (06) e funcionários (04).

Para o grupo de códigos sobre a atuação da participação de stakeholders no empreendimento social em saúde, destaca-se a ajuda na capacitação e treinamento (55), colaboram na qualidade do atendimento (50), apoio financeiro (30), formulação de políticas (26), apoio em equipes interdisciplinares (24), voluntariado (18), ajuda na mobilização de recursos (14), e assessoria externa para auxílio na gestão (08).

Na sequência, observa-se a coocorrência dos tipos de stakeholders e principais ações para ajudar os empreendedores sociais, elaborada a partir do software Atlas.ti24, com destaque para a comunidade, que contribui na busca de parcerias. A comunidade colabora na criação de valor compartilhado (Cucino et al., 2023), com doações em dinheiro, participação em eventos para arrecadação de recursos e, em particular, na concepção e gestão de serviços, envolvendo conselhos locais de saúde e moldando os serviços às necessidades dos usuários, o que gera maior satisfação, eficiência e otimização de custos (Chandra et al., 2022; Lehoux et al., 2023; Silva et al., 2021).

O segundo stakeholder que mais colabora com os empreendedores sociais é o governo, ajudando na busca de parcerias para apoio financeiro na compra de equipamentos e adequações físicas, na divulgação de dados de saúde e em soluções tecnológicas. O governo também fornece relatórios de análise/avaliação do impacto dos programas de saúde, além de colaborar na formulação de políticas e na definição da agenda política de prioridades em saúde (Abrishami & Repping, 2019; Agarwal et al., 2020; Chahine, 2021; Chandra et al., 2022; Heinze et al., 2016; Ibáñez et al., 2022; Lakomaa & Sanandaji, 2021; Lokman & Chahine, 2021b; Lunze et al., 2017; Moore & Hawarden, 2020; Oberoi et al., 2021; Saville et al., 2020; Scillitoe et al., 2018; Steiner et al., 2022; Storr et al., 2022). A

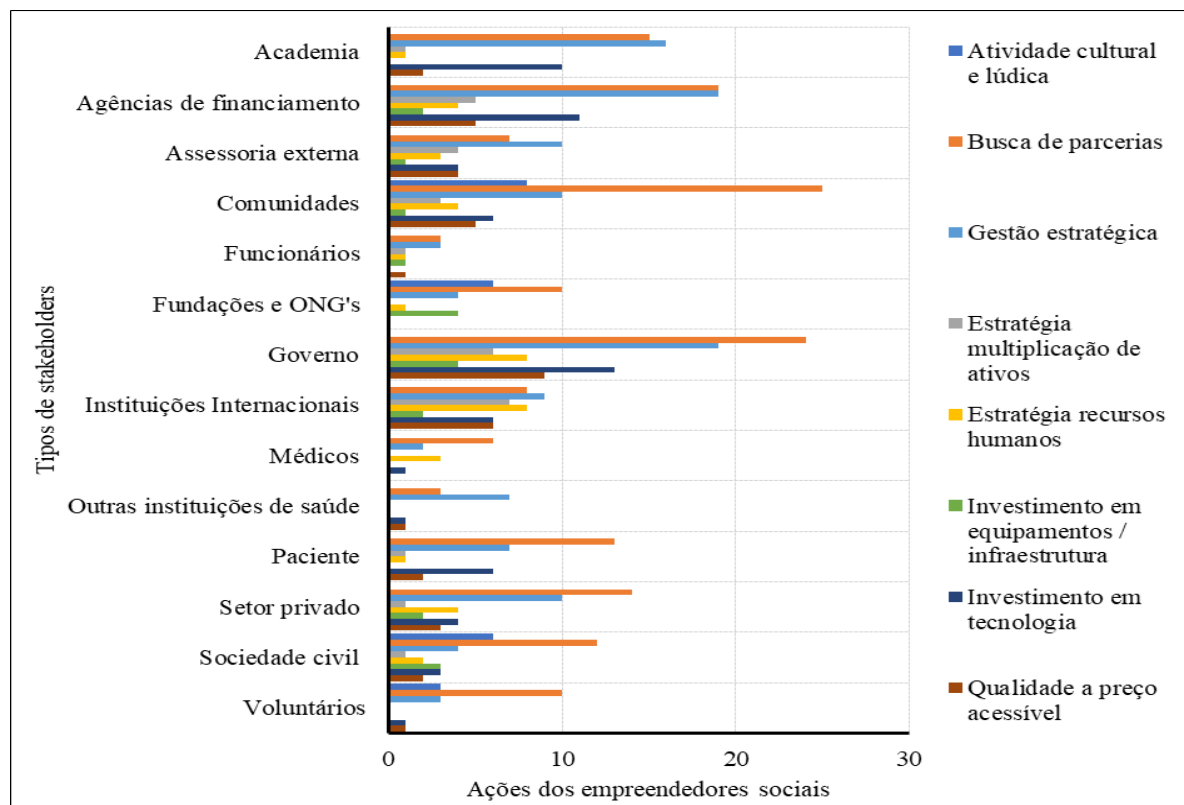
Figura 3 apresenta a coocorrência de tipos de stakeholders e ações dos empreendedores sociais.

Na Figura 4 está a coocorrência das atuações dos stakeholders. Os stakeholders ajudam na qualidade do atendimento, com destaque para a ação de busca de parcerias e a gestão estratégica realizadas no empreendedorismo social. Essa colaboração ocorre, por exemplo, por meio de ajuda financeira e não financeira em canais de comunicação, projetos com ênfase em

liderança e em projetos centrados no bem-estar dos pacientes (Agarwal et al., 2020; Cucino et al., 2023; Ketprapakorn & Kantabutra, 2022; Raut & Joshi, 2023).

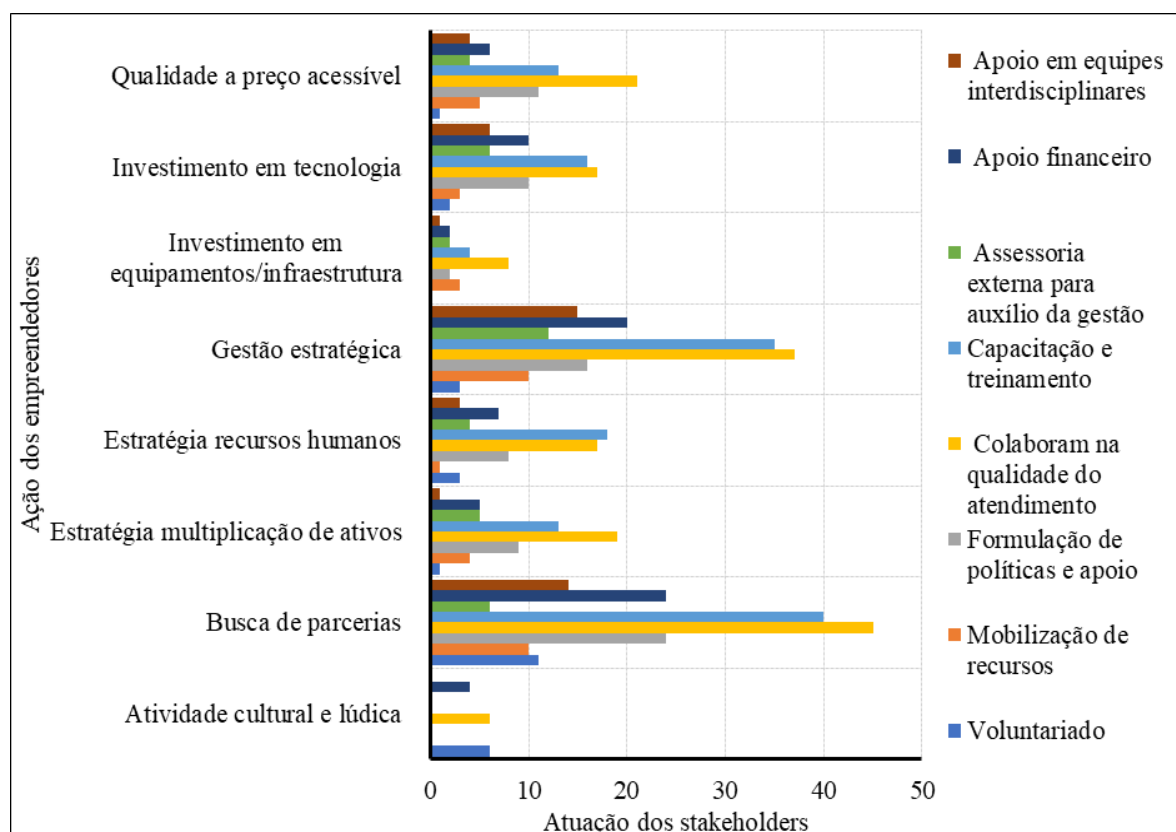
Outro destaque na atuação dos stakeholders é a ajuda com capacitação e treinamento, priorizados na busca de parcerias e na própria gestão do empreendimento. Essa colaboração ocorre principalmente com o apoio financeiro de universidades e unidades de educação em saúde (Moore & Hawarden, 2020; Pattinson, 2020; Raut & Joshi, 2023; Saber et al., 2021; Sadeghi et al., 2021).

Figura 3. Coocorrência dos tipos de stakeholders e ações sociais.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Figura 4. Coocorrência entre atuação dos stakeholders e ações sociais.



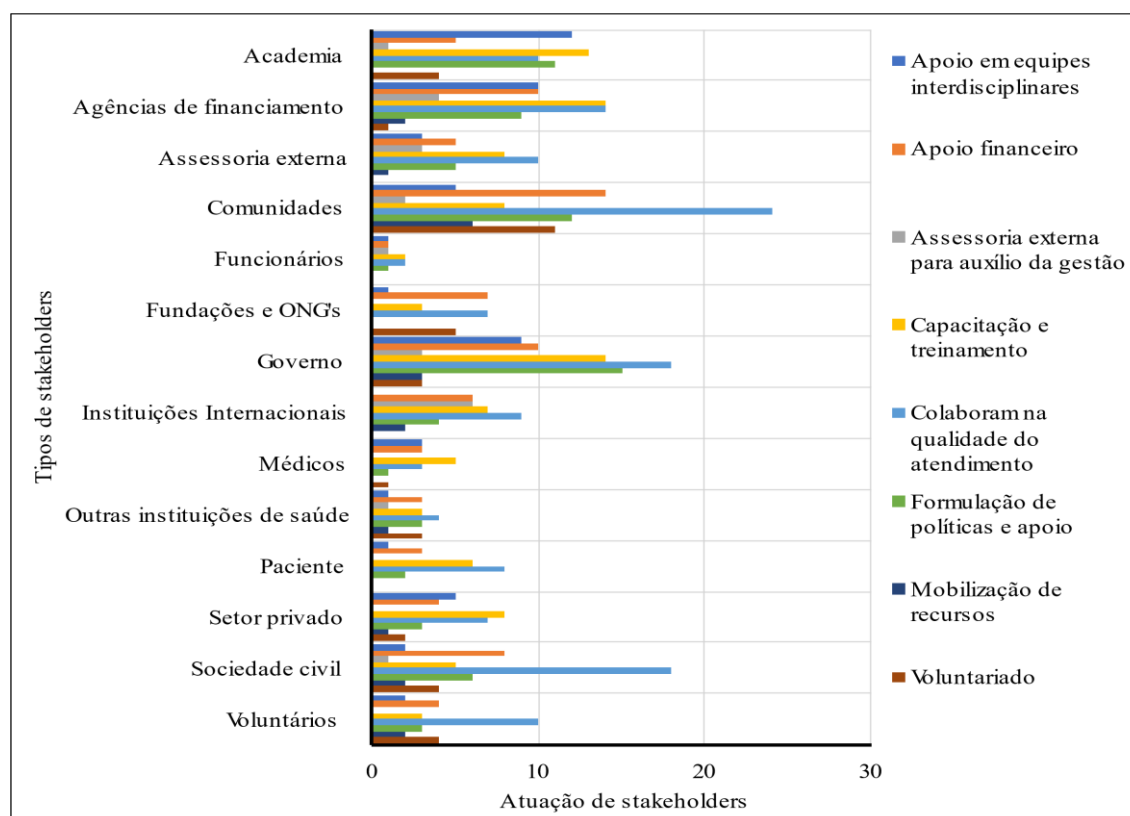
Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Na capacitação e treinamento, a ajuda também é expressa em projetos que incentivam a retenção de talentos, a motivação, a comunicação interna e com parceiros externos, a colaboração das Universidades e unidades de educação em saúde, o estímulo da cultura de saúde dos funcionários, e em projetos com ênfase em liderança empreendedora, comportamento do empreendedor e relacionamento interpessoal (Agarwal et al., 2020; Allen et al., 2010; Amini et al., 2018; Lícite-Çurbe, 2022; Nekula & Koob, 2021; Oberoi et al., 2021; Sadeghi et al., 2021; Samuelsson & Witell, 2022; Saville et al., 2020; Suchowerska et al., 2020; Thorgren & Omoredede, 2018)

Na Figura 5, está a coocorrência entre tipos de stakeholders e sua atuação, com destaque para o apoio das comunidades locais, da sociedade civil e do governo. O apoio da comunidade ocorre propiciando a qualidade do atendimento, com apoio financeiro e em eventos. O governo colabora principalmente na ampliação de contratos de saúde e com verbas para equipamentos, adequação física e contratação de pessoas (Chandra et al., 2022; Dutta, 2019; Segares et al., 2022), além de pactuações de contratos de saúde que disponibilizam equipamentos, verbas orçamentárias e acesso a plataformas digitais (Chandra et al., 2022; Dutta, 2019; Godinho et al., 2020; Kreitzer et al., 2015; Lokman & Chahine, 2021b; Saville et al., 2020; Thorgren &

Omorede, 2018). A participação desses stakeholders facilitam o papel ativo dos empreendedores sociais, ainda que estes atuem em complemento ao Estado. (Cucino et al., 2023; Lunze et al., 2017; Macassa, 2021).

Figura 5. Coocorrência entre tipos de stakeholders e suas atuações.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Pode-se ainda observar que, para a ação de gestão estratégica, os principais atores envolvidos são: academia, agências de financiamento, assessoria externa, comunidades, funcionários, fundações e ONGs, setor privado, governo, médicos, outras instituições de saúde, pacientes, sociedade civil e voluntários. Estes atuam principalmente na capacitação e treinamento, mobilização de recursos, formulação de políticas, apoio financeiro, voluntariado, apoio em equipes interdisciplinares, qualidade do atendimento e assessoria externa para auxílio na gestão. Com destaque para agências de financiamento (investidores) e governo, ambos atuando com apoio financeiro.

De maneira geral, os principais stakeholders que ajudam na ação de busca de parcerias são a academia, agências de financiamento, comunidades, funcionários, fundações e organizações não governamentais, setor privado, governo, instituições internacionais, médicos, pacientes, sociedade civil e voluntários. Estes atuam principalmente no apoio financeiro,

capacitação e treinamento, voluntariado, formulação de políticas, qualidade do atendimento e em equipes interdisciplinares. O destaque de participação de stakeholders está com a comunidade, que colabora com ações focadas na qualidade do atendimento. Outro destaque é o governo, ajudando principalmente na capacitação e treinamento.

Na ação de investimento em tecnologia, os principais stakeholders são agências de financiamento, pacientes, comunidades, setor privado, academia, governo e sociedade civil, que atuam com apoio financeiro, formulação de políticas, voluntariado, mobilização de recursos, capacitação e treinamento, qualidade do atendimento e equipes interdisciplinares. O destaque está para o governo, com apoio financeiro, capacitação e treinamento.

Para ações em recursos humanos, os principais stakeholders são médicos, funcionários, comunidades, pacientes, fundações e organizações não governamentais, setor privado, governo, sociedade civil e instituições internacionais. Estes atuam principalmente no voluntariado, apoio financeiro, capacitação e treinamento, mobilização de recursos, apoio em equipes interdisciplinares, formulação de políticas e no atendimento de qualidade para usuários de saúde. Com destaque para o governo, ajudando na capacitação e treinamento.

O governo também é um importante stakeholders destacado nas discussões de uma agenda de políticas públicas em saúde (Abrishami & Repping, 2019), na colaboração entre parceiros para resolver problemas de saúde (Ibáñez et al., 2022), no incentivo à inovação tecnológica (Scillitoe et al., 2018). Ele também ajuda na discussão de alternativas para barreiras nos cuidados de qualidade em saúde (Wei-Skillern, 2010), no contexto de respostas em tempo de crise (Storr et al., 2022), na ajuda financeira para compra de equipamentos e contratação de pessoas (Sutherland & Krige, 2017) e no apoio a capacitação e treinamento (Lĩcĩte-Ğurbe, 2022). As agências de financiamento também têm um papel importante área da saúde.

Como síntese, a participação de stakeholders na bricolagem tem contribuído para a entrega dos serviços de saúde e ajudado na resolução das questões complexas em saúde. Verificou-se que as principais ações na área da saúde são o uso de gestão estratégica, busca de parcerias, investimento em tecnologia e estratégia em recursos humanos, com seus principais stakeholders sendo a comunidade, governo, empresas privadas, pacientes, agências de financiamento, outras instituições de saúde, academia, fundações e organizações não governamentais, médicos, voluntários, instituições internacionais, funcionários e assessoria externa. Estes stakeholders atuam no apoio financeiro, formulação de políticas, capacitação e treinamento, voluntariado, assessoria externa, apoio em equipes interdisciplinares e na qualidade do atendimento.

2.4 Discussão sobre Empreendedorismo Social e a Participação de Stakeholders Externos

A participação de stakeholders na bricolagem social tem desempenhado um papel ativo ao ajudar a melhorar a vida e o bem-estar das pessoas, especialmente as mais vulneráveis e com dificuldade de acesso aos serviços públicos. Ainda que as atividades de empreendedorismo social não substituam a missão do Estado, elas complementam sua atuação (Lunze et al., 2017; Macassa, 2021).

Apesar dos esforços em empreender socialmente, esses gestores acabam assumindo inúmeras frentes de trabalho, ficando sobrecarregados devido a seus poucos recursos e parcerias escassas. O trabalho social torna-se penoso pela falta de cooperação entre organizações, pois uma ação conjunta poderia mobilizar mais recursos e dar maior projeção aos objetivos sociais. A colaboração é um desafio e exige confiança, respeito e valores éticos entre os parceiros envolvidos nos empreendimentos sociais, que muitas vezes possuem interesses e pontos de vista divergentes, influenciados por uma cultura individualista de não partilha e falta de abertura para o diálogo (Nekula & Koob, 2021).

Há ainda uma lacuna entre as intenções e as ações efetivas na manutenção de bons relacionamentos com stakeholders para efetivar a ajuda mútua em busca de melhores resultados na prestação de serviços de saúde (Mckinsey & Company, 2020b). Há ainda uma lacuna entre as intenções e as ações efetivas na manutenção de bons relacionamentos com stakeholders para efetivar a ajuda mútua em busca de melhores resultados na prestação de serviços de saúde (Mckinsey & Company, 2020b). Na prática, há excessiva burocracia estatal, sentimentos de exclusão de alguns grupos vulneráveis, dilemas éticos, falta de prestação de contas transparentes, preocupações com a proteção da propriedade intelectual, diferentes visões de mundo e demora excessiva em ações de extrema urgência (Dopelt et al., 2023; Heinze et al., 2016; Ibáñez et al., 2022).

Por outro lado, a literatura também destaca casos de redução da pobreza, maior acesso aos serviços de saúde, ajuda em momentos críticos e efetividade em grupos fortes e colaborativos, apontando que parcerias podem dar certo e que algumas situações potencializam a colaboração (Abrishami & Repping, 2019; Agarwal et al., 2020; Allen et al., 2010; Almeida, 2021; Chandra et al., 2022; Heinze et al., 2016; Huster et al., 2017; Ibáñez et al., 2022).

Entre as evidências encontradas nos trabalhos de empreendedorismo social na área da saúde com participação de stakeholders, o engajamento em tempos de crise eleva a eficiência das parcerias. Curiosamente, em épocas de grandes dificuldades, as parcerias se intensificam, provando que o trabalho e o apoio coletivo são possíveis na promoção de mudanças estruturais

(Ibáñez et al., 2022). Assim, a crise pode criar ambientes mais abertos à colaboração e com maior engajamento em iniciativas de compartilhamento de valores, mesmo em contextos de escassez de recursos. A representatividade de stakeholders é mais evidente no empreendedorismo na área da saúde, em cenários desafiadores e com problemas complexos de difícil solução (Ibáñez et al., 2022). Em resumo, a intenção de resolver um desafio social complexo e crítico torna as pessoas mais abertas à colaboração.

Diante disso, o desafio é canalizar esse empenho para situações menos críticas, a fim de aumentar o desempenho individual e organizacional nos empreendimentos sociais. Uma boa prática é reconhecer quais são os principais parceiros, o tipo de relação, entender suas expectativas e identificar áreas de melhoria que necessitam de maior ação dos stakeholders. Outro ponto importante é reconhecer as áreas de expertise de cada stakeholder, que, compartilhadas de forma positiva, podem gerar mudanças significativas. Por exemplo, o governo prioriza mudanças estruturais e a formulação de leis, as universidades promovem a geração e transferência de conhecimento, e o setor privado contribui com a experiência em adquirir vantagem competitiva e alcançar resultados organizacionais (Heinze et al., 2016; Ibáñez et al., 2022). Essa integração de expertise pode trazer inúmeros benefícios para a sociedade em larga escala, alcançando diferentes localidades e populações. A colaboração entre os stakeholders permite aumentar a disponibilidade de recursos, compartilhar conhecimento especializado a custos reduzidos e oferecer serviços com mais agilidade e qualidade (Moody et al., 2015).

Na presente revisão sistemática da literatura, os principais stakeholders do empreendedorismo social em saúde identificados foram a comunidade e o governo. A comunidade local tem contribuído com apoio financeiro e não financeiro em eventos das organizações de saúde, gerando um sentimento de pertencimento e integração, e impactando positivamente tanto o empreendimento quanto a comunidade (Cucino et al., 2023).

O governo também é um importante parceiro, colaborando com apoio financeiro, isenções fiscais, facilitação no repasse de verbas e na formulação de leis. No entanto, as relações são desafiadoras, e diversos estudos apontam a necessidade de uma nova agenda de políticas na área da saúde, por meio de mais diálogo (Abrishami & Repping, 2019; Chahine, 2021; Chandra et al., 2022; Crupi et al., 2022; Dopelt et al., 2023; Heinze et al., 2016; Ibáñez et al., 2022; Kickul & Lyons, 2012; Lakomaa & Sanandaji, 2021; Lokman & Chahine, 2021b; Lunze et al., 2017; Moore & Hawarden, 2020; Oberoi et al., 2021; Saville et al., 2020; Scillitoe et al., 2018; Steiner et al., 2022; Storr et al., 2022; Wei-Skillern, 2010; Windrum et al., 2016). Há divergências entre investimentos e promoção de serviços de saúde. Por exemplo, a

aquisição de tecnologias frequentemente não exige efetividade financeira, mas ameaça questões éticas e a proteção de dados dos usuários (Lakomaa & Sanandaji, 2021).

As iniciativas de inovação tecnológica trouxeram avanços nos cuidados de saúde com atendimento de baixo custo, informações em tempo real e monitoramento contínuo para o controle de doenças. Essas vantagens foram o foco de diversos artigos da revisão sistemática da literatura (Abrishami & Repping, 2019; Agarwal et al., 2020; Almeida, 2021; Bacq et al., 2020; Bartoloni et al., 2022; Chahine, 2021; Chandra et al., 2022; Godinho et al., 2020; Ibáñez et al., 2022; Lakomaa & Sanandaji, 2021; Lokman & Chahine, 2021b; Moore & Hawarden, 2020; Oberoi et al., 2021; Saber et al., 2021; Sadeghi et al., 2021; Saville et al., 2020; Scaife, 2008; Scillitoe et al., 2018; Sutherland & Krige, 2017). Embora muitos países utilizem tecnologia nos serviços públicos de saúde, nem todos possuem condições de adquirir tecnologias digitais suficientes para atender suas demandas.

Nesse cenário, um alinhamento rigoroso para o uso de inovações tecnológicas e mecanismos de regulação é necessário para a avaliação contínua dos serviços de saúde, verificando se há avanço nos cuidados humanizados, bem como em custos e no acesso ilimitado ao atendimento. Cabe ao governo monitorar e disponibilizar serviços de saúde compatíveis com as necessidades dos usuários (Ibáñez et al., 2022). Como ação primordial, o governo pode traduzir as demandas por serviços de saúde em oportunidades para o desenvolvimento de novas tecnologias, formulação de leis e serviços inovadores escaláveis, envolvendo atores capacitados, como desenvolvedores de tecnologia, pacientes, médicos, avaliadores e formuladores de políticas públicas, para propor uma agenda compartilhada, alinhada às demandas reais. Outro desafio é incorporar uma avaliação conjunta dos atores de saúde na simplificação de políticas locais para alcançar os fins sociais desejados. Nesse sentido, os formuladores de políticas precisarão rever a forma como comunicam e regulam as inovações em saúde (Abrishami & Repping, 2019; Kreitzer et al., 2015). Além disso, o uso de instrumentos que mapeiem, acompanhem e avaliem a satisfação dos stakeholders pode ser alvo de discussões entre pesquisadores.

Adicionalmente, a tendência é que os pacientes sejam tratados de maneira personalizada, com informações sobre os tratamentos disponíveis durante a consulta e inúmeras possibilidades de cuidados à sua escolha (Kreitzer et al., 2015; Lakomaa & Sanandaji, 2021). Acredita-se que pacientes satisfeitos se tornam melhores cidadãos e profissionais, além de estarem mais dispostos a envolver-se em atividades que beneficiem sua saúde, como a adoção de comportamentos saudáveis e a maior receptividade aos tratamentos recomendados (Lakomaa & Sanandaji, 2021; Schiavone et al., 2021).

A falta de comunicação e o não atendimento às necessidades básicas continuam sendo traços marcantes dos desafios na área da saúde, principalmente em regiões fronteiriças e comunidades carentes. Nessas realidades, as soluções são improvisadas, com poucos profissionais, estimulando diversos tipos de ajuda, principalmente o "virar-se com o que se tem" (bricolagem social). Exemplos incluem a inserção social com orientação de cuidados e promoção de saúde por parte de voluntários, clínicas improvisadas, formação de redes de moradores das comunidades e grupos envolvendo pacientes e seus familiares na doação de suprimentos, ajuda financeira a unidades de saúde localizadas em áreas remotas, apoio do comércio local, hortas comunitárias, adequação da infraestrutura de saúde, apoio a lideranças e equipes internas, debates públicos nos conselhos locais, apoio educacional e capacitação em escolas e faculdades das periferias, além da participação de empresas digitais que fornecem equipamentos tecnológicos e acesso a plataformas digitais, entre outras ações (Agarwal et al., 2020; Almeida, 2021; Chandra et al., 2022; Heinze et al., 2016; Lîcîte-Şurbe, 2022; Saber et al., 2021; Sadeghi et al., 2021; Schweer Rayner, 2016; Scillitoe et al., 2018; Sutherland & Krige, 2017; Windrum et al., 2016). Essas soluções estimulam a comunicação entre os principais stakeholders, transformando a vida e a saúde das pessoas nesses locais carentes (Bacq et al., 2020; Steiner et al., 2022; Storr et al., 2022; Sutherland & Krige, 2017; Thorgren & Omoredede, 2018). Este conjunto de iniciativas tem sido definido como a nova fronteira de serviços em saúde (Lokman & Chahine, 2021b).

O segundo stakeholder que recebeu destaque nos estudos da revisão de literatura é a sociedade civil, que contribui com apoio financeiro, equipamentos tecnológicos e suprimentos para estruturas de saúde, principalmente em épocas difíceis e em países em desenvolvimento (Ibáñez et al., 2022; Sutherland & Krige, 2017). A sociedade civil também colabora na capacitação e treinamento de equipes qualificadas, especialmente em inovação tecnológica, além de fornecer suprimentos para populações locais e regiões próximas. Observa-se que essa atuação busca gerar valor organizacional por meio de ações sociais (Almeida, 2021; Bacq et al., 2020; Basu & Sharma, 2014; Crupi et al., 2022; Dutta, 2019; Ibáñez et al., 2022; Lakomaa & Sanandaji, 2021; Lîcîte-Şurbe, 2022; Lunze et al., 2017; Oberoi et al., 2021; Pattinson, 2020; Sadeghi et al., 2021; Saville et al., 2020; Schweer Rayner, 2016; Scillitoe et al., 2018; Storr et al., 2022; Suchowerska et al., 2020; Thorgren & Omoredede, 2018).

De maneira geral, a participação dos stakeholders permitiu que os empreendimentos em saúde atendessem melhor seus usuários, possibilitando soluções inovadoras com recursos próprios e o melhor uso deles (Heinze et al., 2016; Wei-Skillern, 2010). A boa notícia é que existem parcerias frutíferas entre organizações e bom desempenho de equipes internas, com

indivíduos entusiastas, capazes de gerar motivação, aproveitar ao máximo as habilidades de todos, em um processo de confiança, paixão pelo que fazem e estabelecimento de relações duradouras e eficazes (Heinze et al., 2016; Wei-Skillern, 2010). A boa notícia é que existem parcerias frutíferas entre organizações e bom desempenho de equipes internas, com indivíduos entusiastas, capazes de gerar motivação, aproveitar ao máximo as habilidades de todos, em um processo de confiança, paixão pelo que fazem e estabelecimento de relações duradouras e eficazes (Thorgren & Omoredede, 2018). A seguir, apresenta-se o procedimento metodológico da pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente seção apresenta os principais procedimentos metodológicos adotados durante a revisão sistemática da literatura, bem como aqueles que fizeram parte dos estudos de caso conforme detalhado a seguir.

3.1 Desenho de Pesquisa

O desenvolvimento da tese adota uma abordagem qualitativa, com base em uma revisão sistemática de literatura (Snyder, 2019) e estudos de casos (Eisenhardt, 1989). Para responder à questão de pesquisa, foram exploradas as teorias de empreendedorismo e bricolagem sociais com a participação de stakeholders na área da saúde, utilizando um paradigma interpretativista (Burrell & Morgan, 2017) para construir um modelo que amplie o conhecimento nesse campo. O paradigma interpretativista busca compreender os significados atribuídos à vida organizacional e explorar subjetividades múltiplas (Kelemen & Rumens, 2008; Saunders et al., 2019). Epistemologicamente, esta pesquisa visou descobrir verdades sobre o mundo social por meio de fatos observáveis e mensuráveis (Saunders et al., 2019). Assim, a abordagem epistemológica inclui narrativas, percepções, interpretações, novos entendimentos e visões de mundo como contribuições.

A estratégia escolhida para os estudos de caso em instituições de saúde hospitalar é a entrevista semiestruturada (Flick, 2009) com gestores, focando-se em aprofundar e compreender os fenômenos sob a perspectiva dos participantes e do contexto estudado (Pettigrew, 1992), como também pode-se utilizar de evidências documentais para corroborar as entrevistas, sendo consultados os registros nos sites dos hospitais estudados. Ainda para a metodologia, trata-se de uma pesquisa exploratória que visa à construção e sistematização de conhecimentos, buscando entender as razões e motivações por trás do comportamento das pessoas (Marcketti, 2006).

O raciocínio desta pesquisa é indutivo, no qual há uma lacuna na argumentação lógica entre a conclusão e as premissas observadas, suportada pelas observações (Ketokivi & Mantere, 2010; Saunders et al., 2019). Em outras palavras, a pesquisa começa com a coleta de dados para explorar um fenômeno e gerar ou construir uma teoria (geralmente na forma de uma estrutura conceitual). Os estudos foram conduzidos de acordo com os critérios sugeridos por Pozzebon (2018) para julgar a validade e a qualidade dos achados em estudos interpretativistas, garantindo (1) autenticidade; (2) plausibilidade; (3) criticidade; (4) reflexividade; e (5) astúcia

(Pozzebon, 2018; Pozzebon & Petrini, 2013). A autenticidade refere-se ao grau de envolvimento do pesquisador no campo de pesquisa; a plausibilidade, à coerência dos resultados para os leitores; a criticidade, à capacidade do texto de incentivar os leitores a reavaliarem seus pressupostos e questionar condições sociais e estruturas de poder; a reflexividade, à revelação do papel pessoal do autor e das vozes representadas no texto; e a astúcia, à mobilização de criatividade e cultura para expressar ideias. Na sequência, apresentam-se as etapas da revisão sistemática da literatura.

3.2 Etapas da Revisão Sistemática de Literatura apresentada no Capítulo 2

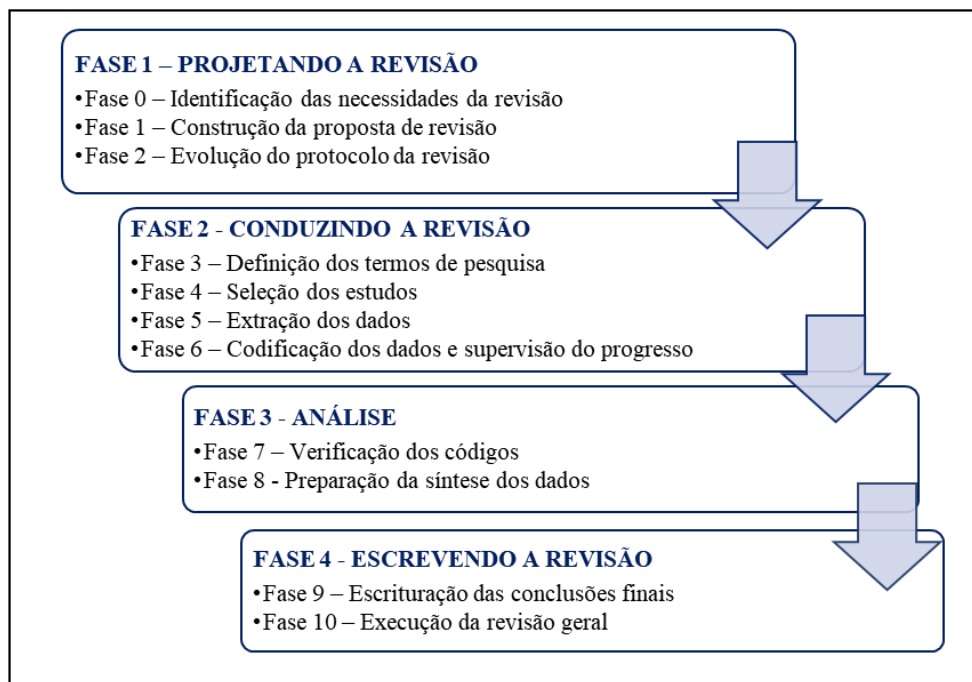
A primeira etapa deste estudo foi feita com uma revisão sistemática da literatura, que buscou fornecer informações abrangentes sobre o tema. A partir disso, foi possível construir uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas, com as principais ações dos gestores em empreendedorismo social na área da saúde para resolver necessidades sociais e identificar os principais stakeholders e suas atuações. A revisão da literatura visou identificar o estado atual do conhecimento, os construtos, os relacionamentos, as teorias e os resultados já existentes.

Para a revisão sistemática, a análise do conteúdo ocorreu: (a) por meio de uma matriz organizada em uma planilha no Excel; (b) com o auxílio do software Atlas.ti24, que permitiu a estruturação e avaliação dos construtos, a partir da leitura de artigos que atenderam a critérios pré-definidos, focando nos códigos e dimensões indicadas no modelo e no sumário dos temas que influenciam a interseção dos construtos para identificar as menções aos códigos nos estudos científicos. Os estágios da revisão e o protocolo seguido, baseados nas fases sugeridas por Snyder (2019), estão indicados na Figura 6.

As revisões sistemáticas seguem princípios fundamentais para garantir a qualidade e rigor metodológico do estudo, como: (a) sistematicidade/organização; (b) transparência/clareza; (c) replicabilidade/atualização; e (d) síntese, ou seja, apresentar de forma organizada os resultados da questão de pesquisa (Briner & Denyer, 2012).

A RSL contou com o apoio do software Atlas.ti24 para marcar, classificar e armazenar os conteúdos recuperáveis dos artigos que cumpriram os critérios pré-definidos de inclusão. As bases de dados escolhidas foram Web of Science, Scopus e Pubmed, as mais relevantes e sólidas, por incluírem artigos revisados por pares em periódicos de alta qualidade e rigor metodológico (Kumpulainen & Seppänen, 2022). A *Pubmed* foi incluída por ser dedicada à área da saúde.

Figura 6. Estágios do protocolo da revisão sistemática da literatura.



Fonte: Adaptada pela autora a partir do modelo de Snyder (2019).

Os artigos da RSL foram levantados com o uso das seguintes palavras-chave, buscadas nas bases: "social entrepreneurship" AND health, com o objetivo de acessar artigos científicos sobre empreendedorismo social que tivessem conexão com o tema da saúde. As aspas foram utilizadas para que a busca resultasse apenas em artigos que contivessem, no resumo e nas palavras-chave, a expressão "social entrepreneurship" exatamente como apresentada, além de incluir a palavra health. Também buscamos as mesmas expressões em sua versão em português ("empreendedorismo social" AND "saúde"), a fim de localizar publicações nessa língua, especialmente relacionadas ao Brasil. Contudo, os sistemas de busca da PubMed não geraram resultados nessa tentativa.

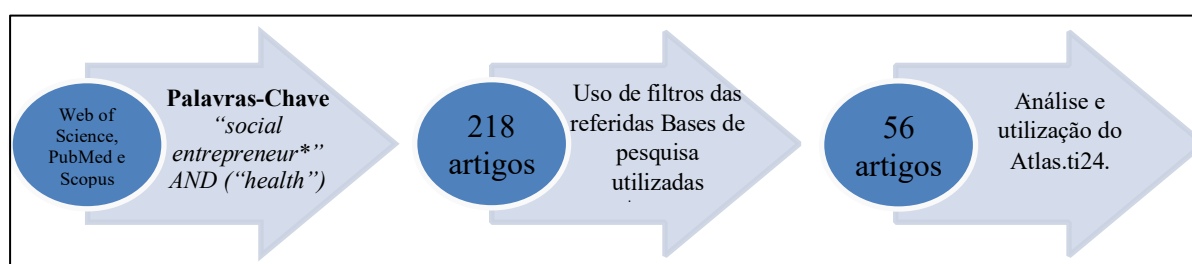
Os primeiros resultados obtidos foram 218 artigos que atendiam aos critérios de busca. Na Web of Science, os tipos de textos pesquisados foram "artigos", "artigos de revisão" e "capítulos de livro", no idioma inglês, para o período de 2008 a 2023, nas áreas de negócios/gestão, administração pública, economia e finanças empresariais. Essa busca resultou em 88 artigos. Na Scopus, os tipos de textos buscados foram "artigos" e "capítulos de livro", também em inglês e para o mesmo período, com seleção das áreas de negócios/gestão e contabilidade, economia e finanças. Esta busca resultou em 109 artigos. Por fim, foi pesquisada

a base da Pubmed, para o mesmo período. Nessa base, o campo de pesquisa foi o resumo (abstract) dos artigos, com foco no idioma inglês, resultando em 21 artigos.

Após uma leitura atenta dos resumos, excluímos os artigos que não tratavam claramente do empreendedorismo social na área da saúde, restando 56 artigos, os quais foram lidos na íntegra e analisados utilizando o Atlas.ti24. O Apêndice A apresenta a lista dos artigos revisados. Com esse software, identificamos seis grupos temáticos e 51 códigos distintos que destacaram temas relevantes nos conteúdos (Miles & Huberman, 1994b). Os grupos temáticos foram: ações dos empreendedores para resolver problemas na saúde; áreas de saúde encontradas nos artigos (como serviços básicos, serviços intermediários e serviços de alta complexidade); atuação dos stakeholders auxiliando gestores de saúde; componentes de bricolagem social; recomendações dos autores; e tipos de stakeholders que colaboraram com os gestores. Em seguida, para a análise, foram realizadas coocorrências entre os principais códigos, utilizando-se a opção de construção de redes, conforme apresentado na seção anterior.

Em resumo, a revisão da literatura seguiu os seguintes procedimentos: (a) definição das bases de dados como fonte de pesquisa; (b) desenho das palavras-chave de busca, com a criação e validação dos critérios de busca e seleção dos artigos; (c) análise do conteúdo dos artigos, realizada por meio de uma planilha eletrônica matriz e a codificação dos artigos utilizando o software Atlas.ti24. Todos os passos sustentam o arcabouço teórico para a construção do roteiro de entrevistas, com o intuito de responder à questão de pesquisa. As fases do protocolo do processo metodológico aplicado estão descritas a seguir (Figura 7).

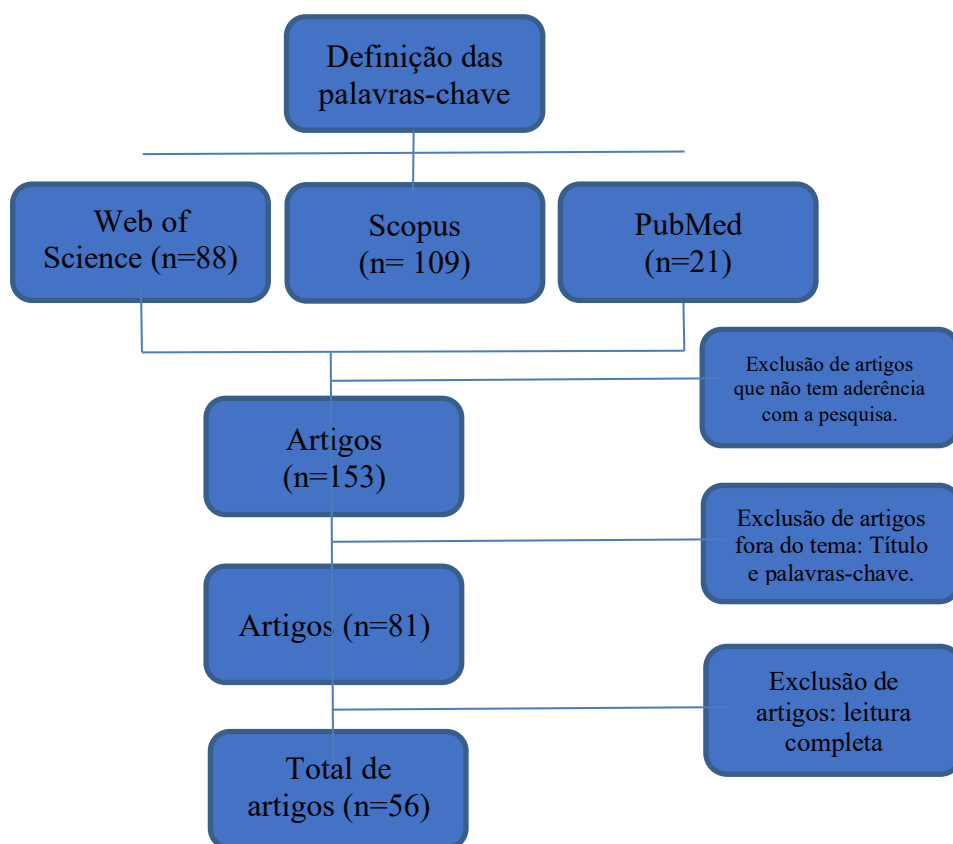
Figura 7. Etapas da coleta de dados



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Todas as etapas de coleta de dados sustentam o arcabouço teórico para responder à questão de pesquisa. Os resultados de cada estágio podem ser observados na Figura 8.

Figura 8. Estágios do protocolo de pesquisa.



Fonte: Elaborada pela autora (2024)

Para exclusão dos artigos foi levada em consideração aqueles que não apresentavam aderência com a pesquisa, sendo excluídos os artigos que não eram relacionados à área da saúde. Após a leitura dos artigos, também foram excluídos aqueles que possuem as palavras-chave, mas não verificados na redação. Na sequência, apresenta-se os procedimentos metodológicos para os estudos de casos.

3.3 Procedimentos Metodológicos para os Estudos de Casos

O estudo empírico é comum nos estudos sobre empreendedorismo social (Dahles et al., 2020; Mair & Martí, 2006; Shahi & Parekh, 2022). Devido à natureza exploratória da investigação, optou-se por um desenho de estudo de casos múltiplos (Eisenhardt, 1989). Os estudos de caso são apropriados para investigar questões relevantes, analisando como os gestores em empreendedorismo social promovem a participação de stakeholders em resposta às necessidades sociais na área da saúde pública hospitalar. A abordagem de estudos de caso

múltiplo é recomendada para reduzir o viés do pesquisador e ajudar a desenvolver uma compreensão mais ampla do contexto, revelando diferenças e semelhanças. Ao comparar os casos, é possível fornecer uma teoria mais robusta, que possa ser generalizável e testável no futuro (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt & Graebner, 2007).

Os estudos de caso são caracterizados como um método de pesquisa desenvolvido a partir da análise profunda de um contexto específico (Crowe et al., 2011), em que o pesquisador busca coletar o máximo de dados, considerando documentos, sites, entrevistas e diversas outras fontes (Yin, 2001). Este método é amplamente usado nas ciências sociais (Flyvbjerg, 2006) especialmente para examinar organizações ou segmentos específicos (Mcdermott & Connor, 2002).

Para realizar o estudo de caso, foi utilizado o protocolo sugerido por (Eisenhardt, 1989), que consiste em selecionar os casos a partir de um instrumento de pesquisa, ir a campo para coletar os dados, analisá-los, formular proposições e confrontá-las com a literatura. A unidade de análise foi composta por hospitais públicos e filantrópicos. A pesquisadora realizou entrevistas com gestores nessas unidades de análise, com o objetivo de entender as ações realizadas por gestores de empreendedorismo social, utilizando a bricolagem social por meio da participação de stakeholders. A partir dos relatos dessas ações, foi possível construir uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas sobre elas. Na Seção 4, são apresentados os achados que buscam responder à questão de pesquisa e ao objetivo geral proposto para a tese, além de sugestões para pesquisas futuras e limitações.

Nesta fase, recomenda-se que o pesquisador valorize os dados encontrados e, em seguida, realize a construção de constructos para compreender o fenômeno estudado (Eisenhardt, 1989; Lima & Lezana, 2005). Nesse sentido, os estudos de caso são uma opção metodológica que assegura a profundidade e a contextualização do fenômeno, minimizando a dificuldade de generalização (Yin, 2014).

O método propõe a utilização de uma estrutura que propicia replicação teórica e amplia a capacidade explicativa do conhecimento desenvolvido, além de avaliar o fenômeno de maneira indutiva, a partir do estudo qualitativo (Eisenhardt, 1989). A Tabela 3 apresenta a estrutura do método para estudo de casos.

Tabela 3. Estrutura de Pesquisa: Método de Estudo de Casos.

Etapa	Atividade	Razões
Definição	Definição da pergunta de pesquisa	Foco para os esforços
	Constructos possíveis a priori, sem a teoria e sem hipóteses	Provê base para tratamento de constructos e mantém a flexibilidade teórica
Seleção de casos	Especificação da população	Limita variações provocadas por fatores externos e melhora a validade externa
	Abordagem teórica não aleatória	Usar caso teoricamente úteis, como casos que replicam ou estendem os conhecimentos gerados preenchendo categorias conceituais
Preparando instrumentos e protocolos	Múltiplos métodos de coleta de dados	Fortalece o embasamento da teoria pelas evidências
	Dados qualitativos e quantitativos (se houver) combinados	Perspectiva sinérgica das evidências
	Investigadores múltiplos	Promove perspectivas divergentes e fortalece o embasamento
Entrando no campo de coleta de dados	Realização em paralelo, da coleta e da análise de dados, incluindo a tomada de notas durante a pesquisa de campo	Acelera a análise e revela ajustes úteis e necessários para coleta de dados
	Métodos de coleta de dados oportunista e flexível	Permite ao investigador aproveitar os temas emergentes e as características únicas de cada caso
Analisando os dados	Análise intrasítio (ou intracaso)	Promove a familiaridade com os dados e a geração preliminar de teoria.
	Análise intersítio (ou intercaso): busca de regularidades entre os casos usando técnicas divergentes	Força o pesquisador a enxergar além das primeiras impressões e a ver as evidências por meio de diferentes lentes perceptivas
Moldando proposições ou possibilidades de explicação	Tabulação iterativa de evidências para cada constructo	Precisa e ajusta a definição dos constructos, a validade e capacidade de mensuração
	Uso da lógica de replicação, não de amostragem, ao considerar cada um dos diferentes casos	Confirma e ajusta os conhecimentos gerados
	Busca de evidências sobre os porquês por trás das relações conceituais identificadas	Constrói a validade interna
	Comparação com a literatura conflitante	Constrói a validade interna, eleva o nível teórico e precisa/ajusta a definição dos constructos
	Comparação com a literatura similar	Precisa o potencial de generalização, melhora a definição dos constructos e eleva o nível teórico
Fechamento	Saturação teórica, se possível	Finaliza o processo de pesquisa, quando a melhoria marginal é pequena

Fonte: Adaptada pela autora a partir de Lima e Lezana (2005) e Eisenhardt (1989).

3.3.1 Seleção e Coleta de Dados dos Estudos de Casos

Neste contexto, é importante que as unidades de análise escolhidas sejam representativas e alcancem uma variação de dimensões relevantes, um requisito útil nas dimensões de interesse teórico (Seawnght & Gerring, 2008). Para os procedimentos de coleta de dados da pesquisa, foram realizadas entrevistas com gestores da área de saúde hospitalar

para identificar as ações de empreendedorismo social aplicadas nas equipes de trabalho. Esse procedimento foi escolhido por permitir que os participantes expressassem suas opiniões e discutissem livremente sobre as ações dos gestores no empreendedorismo social, utilizando bricolagem social com a participação de stakeholders. As entrevistas foram usadas como técnica de interação, com o objetivo de reunir conhecimentos adquiridos pela experiência dos participantes. Elas foram realizadas até alcançar a saturação, ou seja, até que a coleta de dados não acrescentasse novas informações sobre o fenômeno (Flick, 2009).

Após a escolha dos respondentes, as entrevistas foram agendadas previamente com gestores de instituições hospitalares filantrópicas ou públicas. Todas as entrevistas foram realizadas de forma virtual, permitindo sua gravação. No dia da entrevista, a pesquisadora se apresentou e explicou o propósito da pesquisa, bem como a aplicação do roteiro da entrevista (Apêndice B). O processo de obtenção de dados por meio de entrevistas semiestruturadas teve duração média de 30 minutos a 1 hora, com foco nas ações dos gestores em empreendedorismo social e na identificação dos principais stakeholders e suas atuações.

A seleção de casos e a coleta de dados seguiram as orientações de confidencialidade, garantindo a proteção da identidade das unidades hospitalares. A definição da amostra ocorreu paralelamente à análise de dados, buscando alcançar a saturação teórica, verificando se os novos itens acrescentados à amostra gerariam contribuições adicionais para a resposta à pergunta de pesquisa (Eisenhardt, 1989). A saturação teórica é alcançada quando as categorias conceituais relevantes que explicam o fenômeno estão preenchidas (Lima & Lezana, 2005).

Considerou-se que, se a pergunta de pesquisa não fosse respondida, seria necessário continuar o estudo com mais amostras, finalizando a coleta apenas quando o pesquisador alcançasse uma resposta completa. A saturação teórica foi constatada durante a análise dos dados, e a amostragem teórica pôde ser ajustada antes do início da análise (Eisenhardt, 1989; Lima & Lezana, 2005).

Antes de iniciar a composição da amostra, foi necessário definir critérios mínimos para a escolha dos casos, levando em conta o posicionamento do pesquisador, o problema de pesquisa e a fundamentação teórica (Lima & Lezana, 2005), além de respeitar os critérios de seleção e a relevância esperada do estudo.

Os critérios adotados consideraram a abordagem teórica de empreendedorismo e bricolagem social (Di Domenico et al., 2010), priorizando empreendimento sociais com o objetivo geral de criar valor social, principalmente voltados para populações vulneráveis, ou seja, com missão social. Para os propósitos deste estudo, define-se missão social como a

prestação de serviços integrados de saúde que atendem à maioria das necessidades de um paciente (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2021).

O critério delimitou a participação de instituições hospitalares públicas ou filantrópicas, de qualquer tamanho ou complexidade, localizadas em qualquer região do Brasil, e de gestores que compõem o corpo diretivo, considerados atores relevantes para a coleta de dados. O pesquisador conversou com gestores em empreendedorismo social na área de saúde pública hospitalar, buscando oportunidades e variações entre os conceitos, fortalecendo as categorias de análise em termos de propriedade e dimensão. Para formalizar a autorização das organizações participantes, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento (Apêndice C).

Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas para identificar, na prática, situações de bricolagem social com participação de stakeholders em serviços de saúde hospitalar. A amostra incluiu três hospitais filantrópicos e um hospital público, sendo dois localizados no estado de São Paulo e dois no estado de Santa Catarina.

Seguindo as orientações de Lima (2010), a composição da amostra foi guiada pelo problema de pesquisa, fundamentação teórica e perspectiva do pesquisador. A importância de considerar não apenas os critérios de seleção, mas também a contribuição de cada caso para alcançar a saturação teórica, foi destacada, descartando casos que não agregassem contribuições relevantes (Lima, 2010).

Os critérios mínimos adotados neste estudo foram: os empreendimentos sociais deveriam ser filantrópicos ou públicos, atuando na área da saúde hospitalar, com o objetivo central de criar valor social, oferecendo serviços à população mais pobre. Deveriam estar ativos na região e serem percebidos pela sociedade como empreendimento social com pelo menos dois anos de existência, sem restrições quanto à localização.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas abertas, permitindo flexibilidade e adaptação do roteiro conforme os temas emergentes durante a pesquisa. O roteiro foi baseado nos achados da revisão sistemática de literatura. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente e online, sem antecipação de informações sobre o protocolo de análise, garantindo a pertinência das informações coletadas.

Os atores relevantes selecionados foram dirigentes com conhecimento da estrutura da instituição e das dificuldades enfrentadas. O objetivo era identificar, na prática, ações de empreendedorismo social com bricolagem social e participação de stakeholders para atender necessidades de saúde. Três entrevistas pré-teste com gestores hospitalares foram realizadas

em junho de 2023, para avaliar a compreensão dos entrevistados sobre o roteiro e aumentar a eficiência da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2023, por meio de 21 entrevistas com gestores hospitalares previamente agendadas e aplicado um roteiro composto por 10 questões, abordando a identificação dos entrevistados, o contexto hospitalar e suas motivações na área da saúde. Posteriormente, focou-se na compreensão do uso de bricolagem social com participação de stakeholders.

Ao término da coleta, sendo realizadas via Microsoft Teams, somaram cerca de 840 minutos de gravação. As entrevistas foram transcritas com o auxílio do software da própria plataforma e posteriormente revisadas manualmente para correção de erros de captação. Utilizou-se o software Atlas.ti²⁴ para a codificação e análise dos dados. A Tabela 4 apresenta a atribuição dos cargos de cada entrevistado e sua respectiva instituição.

Tabela 4. Cargo e Função dos Entrevistados.

Instituição	Cargo/função	Código do Participante
Hospital 1	Coordenador de captação de recursos, comunicação e gestão do voluntariado	Entrevistado 1 (ID1)
	Diretor Administrativo	Entrevistado 2 (ID2)
	Coordenadora de Assistência	Entrevistado 3 (ID3)
	Coordenador jurídico	Entrevistado 4 (ID4)
	Diretor do centro de pesquisa clínica	Entrevistado 5 (ID5)
	Diretor Técnico	Entrevistado 6 (ID6)
Hospital 2	Coordenador de controladoria	Entrevistado 7 (ID7)
	Coordenador financeiro	Entrevistado 8 (ID8)
	Coordenador de processos	Entrevistado 9 (ID9)
	Diretor executivo	Entrevistado 10 (ID10)
	Diretor geral	Entrevistado 11 (ID11)
Hospital 3	Coordenador administrativo	Entrevistado 12 (ID12)
	Diretor geral	Entrevistado 13 (ID13)
	Coordenador de assistência	Entrevistado 14 (ID14)
	Coordenadora de gestão de pessoas	Entrevistado 15 (ID15)
	Coordenador de qualidade e educação	Entrevistado 16 (ID16)
Hospital 4	Diretor geral	Entrevistado 17 (ID17)
	Coordenadora da educação continuada	Entrevistado 18 (ID18)
	Coordenador do setor de contas	Entrevistado 19 (ID19)
	Coordenador da gestão de pessoas	Entrevistado 20 (ID20)
	Coordenador da qualidade	Entrevistado 21 (ID21)

Fonte: Elaborada pela autora (2024)

3.3.2 Perfis das Instituições Hospitalares

3.3.2.1 Perfil Hospital 1

O Hospital 1 é uma instituição filantrópica de referência em sua região (interior de São Paulo), com procedimentos de média e alta complexidade, abrangendo atendimentos de urgência, emergência, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, partos de alto risco, oncologia (clínica, cirúrgica, quimioterapia e radioterapia), ortopedia e traumatologia, neonatologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, terapia renal substitutiva e atendimentos ambulatoriais especializados. Oferece 226 leitos para internações e realiza mais de 13 mil atendimentos gerais (5,7 mil deles na área ambulatorial e 66 mil exames e procedimentos em medicina diagnóstica), dispondo de infraestrutura nos segmentos de Medicina Nuclear e Litotripsia.

É reconhecido pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de ensino e mantém residência médica em 19 especialidades: anestesiologia; áreas cirúrgicas básicas; cancerologia; cardiologia; cirurgia geral simples e avançada; cirurgia pediátrica; clínica médica; coloproctologia; medicina intensiva; nefrologia; neonatologia; neurocirurgia; obstetrícia e ginecologia; ortopedia e traumatologia; otorrinolaringologia; pediatria; psiquiatria e urologia. A instituição também oferece campo de estágio para os cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia e odontologia.

3.3.2.2 Perfil Hospital 2

O Hospital 2 possui 115 anos de existência e está localizado no estado de Santa Catarina. A instituição é uma unidade hospitalar de referência em procedimentos de alta complexidade, incluindo cirurgias complexas de urgência e emergência, procedimentos eletivos, transplantes de órgãos e cirurgia robótica, contando com 46 especialidades médicas. Realiza, em média, 16 mil internações por ano e mantém 74% de seus atendimentos pelo SUS. É referência em diversas especialidades, como hemodinâmica, neurocirurgia, cirurgia vascular e endovascular, transplantes, procedimentos cardiovasculares, cirurgia oncológica, procedimentos endovasculares, radioterapia, braquiterapia, neurocirurgia, neuroclínica e neuroendovascular.

O hospital possui certificação de nível II pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), uma instituição sem fins lucrativos responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões de segurança e qualidade em saúde no Brasil, reconhecida internacionalmente pela

Sociedade Internacional para a Qualidade nos Cuidados de Saúde. Também possui o certificado em programas Qualipres, que é um selo de ouro, além de certificação da Rede Sentinela e o selo de qualidade do Conselho Federal de Enfermagem.

3.3.2.3 Perfil Hospital 3

É uma entidade filantrópica que, há mais de 70 anos, presta assistência à saúde sem fins lucrativos. Nos períodos de alta temporada, a população flutuante de veranistas e turistas chega a quase um milhão de pessoas, já que, em caso de acidentes na região, os pacientes são transferidos para este hospital, o mais próximo. O hospital oferece várias especialidades médicas devido à demanda de urgência/emergência, principalmente em função das barreiras físicas e da falta de serviços de referência na região onde está localizado. Essas especialidades também atendem pacientes internados, possibilitando uma prestação de serviços de saúde completa e essencial.

Mantém convênio com o SUS, realizando atendimentos por meio dos credenciamentos obtidos junto ao Ministério da Saúde. A instituição conta com aproximadamente 650 colaboradores, além de 170 profissionais médicos, que realizam cerca de 8.428 internações por ano. O hospital dispõe de 162 leitos, incluindo leitos para internação clínica e cirúrgica, pronto atendimento e emergência 24 horas, sendo referência para a demanda encaminhada pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), Bombeiros e DER (Departamento de Estradas de Rodagem).

O hospital também possui uma unidade de terapia intensiva, centro de diagnóstico por imagem, maternidade de alto risco com unidade de terapia intensiva neonatal, pediatria, laboratório de análises clínicas, e é referência municipal nas especialidades de traumatologia e cirurgia geral. A instituição esteve na linha de frente no combate ao Coronavírus desde o início da pandemia, em 2019, firmando parceria com a prefeitura para oferecer inúmeros leitos de unidade de terapia intensiva e internação geral para esses pacientes.

3.3.2.4 Perfil Hospital 4

Com 40 anos de existência, o Hospital 4 está localizado no Estado de Santa Catarina e possui um quadro institucional com 1.194 colaboradores. Faz parte da rede de hospitais públicos da Secretaria de Estado da Saúde, realizando atendimentos custeados pelo SUS, sem gerar nenhum custo direto à população. A instituição oferece serviços de atendimento

ambulatorial, internação, serviços de apoio diagnóstico e terapia (SADT), além de atendimentos de urgência e emergência em especialidades clínicas e cirúrgicas. Sua estrutura inclui emergência externa, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva (UTI), hospital-dia, hospital-dia cirúrgico e unidades de internação.

As especialidades clínicas são: clínica médica, gastroenterologia, pneumologia, infectologia, psiquiatria, cardiologia, endocrinologia, hematologia, neurologia, nefrologia, urologia, ginecologia, anestesiologia e alergologia. Já as especialidades cirúrgicas incluem: cirurgia de cabeça e pescoço, plástica reparadora, torácica, urologia, cardiovascular, ginecologia, cirurgia geral, vascular, pré-cirurgia bariátrica, cirurgia bariátrica, cirurgia plástica pós-bariátrica e cirurgia endovascular. A Tabela 5 e a Tabela 6 apresentam resumos dos perfis das instituições hospitalares pesquisadas.

Tabela 5. Área de Atuação das Instituições Hospitalares

Instituição	Área de Atuação	TE	Estado	Tipo de Instituição
Hospital 1	Atendimentos de urgência, emergência, cirurgia cardíaca, hemodinâmica, terapia renal substitutiva e atendimentos ambulatoriais especializados. Oferecendo 226 leitos para internações e especialidades médicas	6	São Paulo	Filantrópica de alta complexidade
Hospital 2	Possui 46 especialidades médicas, com cirurgias de urgência e emergência, procedimentos eletivos, transplantes de órgãos e cirurgia robótica.	5	Santa Catarina	Filantrópica de alta complexidade
Hospital 3	Hospital geral, cirurgias em diversas especialidades, atua na área de Maternidade e conta com Pronto Atendimento e Centro de Especialidades Médicas para consultas ambulatoriais.	5	São Paulo	Filantrópica de alta complexidade
Hospital 4	Atendimento ambulatorial, internação, serviço de apoio diagnóstico e terapia intensiva, com urgência e emergência em especialidades clínicas e cirúrgicas.	5	Santa Catarina	Pública de alta complexidade

Nota: Total de Entrevistados (TE) = 21

Fonte: Elaborada pela autora (2024)

Tabela 6. Características das Instituições Hospitalares.

Instituição	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4
Existência	48 anos	115 anos	72 anos	40 anos
Número de leitos	147 leitos	250 leitos	184 leitos	279 leitos
% de SUS	90%	Mais de 75%	Mais de 80%	100%
Área de atuação	Regiões do Estado de São Paulo	Regiões do Estado de Santa Catarina	Regiões do Estado de São Paulo	Regiões do Estado de Santa Catarina
Quem paga pelo serviço?	Secretarias de saúde, convênios e particular	Secretarias de saúde, convênios e particular	Secretarias de saúde, convênios e particular	Secretarias de saúde
Porte	Alta complexidade	Alta complexidade	Alta complexidade	Alta complexidade

Fonte: Elaborada pela autora (2024)

3.3.3 Procedimentos de Análise de dados nos Estudos de Casos

O procedimento de análise de dados foi realizado utilizando a estrutura de códigos previamente apresentada na revisão de literatura, com o acréscimo de novos códigos e a síntese dos achados a partir dos textos gerados pelas transcrições das entrevistas (Gioia et al., 2013). Em seguida, foi realizada a leitura dos documentos levantados nos sites das instituições e do material apresentado nas entrevistas, visando gerar uma percepção geral sobre os achados. Após uma releitura, os dados foram recodificados e sintetizados em novas categorias com o suporte do software Atlas.ti²⁴. Foi realizada uma segunda análise dos dados gerados e, por fim, os resultados foram examinados com os elementos empíricos e teóricos encontrados nas intervenções realizadas. A partir dos dados coletados e analisados, foram geradas conclusões que permitiram um entendimento mais profundo do contexto pesquisado. Para embasar essas análises, são apresentados na Seção 4 trechos das entrevistas com as respectivas concordâncias ou discordâncias em relação aos achados da literatura.

Os dados coletados nas entrevistas com gestores foram analisados buscando a identificação de temas e padrões comuns que emergiram da literatura. Em seguida, foi realizada a revisão e o refinamento da síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas de empreendedorismo e bricolagem sociais com a participação de stakeholders, podendo ser incluído ou excluído algum elemento. A partir da interpretação conjunta, foi feita a compilação dos dados com o intuito de gerar o estudo de casos múltiplos, possibilitando a análise intra e intercasos (Eisenhardt, 1989; Miles & Huberman, 1994a; Yin, 2001). A análise intracazos permite o conhecimento individualizado do contexto das organizações, enquanto a análise intercasos possibilita um estudo comparativo entre as organizações escolhidas para o estudo. Também foram consideradas as orientações sobre as características relevantes da análise de dados qualitativos (Lima & Lezana, 2005; Tesch, 1990), conforme Tabela 7.

Tabela 7. Guia para Análise de Dados Qualitativos.

Características de análise de dados qualitativos
<ol style="list-style-type: none"> 1. A análise não é a última fase do processo de pesquisa, a análise é feita em paralelo com a coleta de dados e é cíclica; 2. A análise é sistemática e flexível; 3. A manipulação dos dados inclui uma atividade reflexiva que produz um conjunto de anotações que guiam o processo de análise – no uso da teorização embasada essas anotações são chamadas de memorando que ajudam o pesquisador a passar do nível mais imediato dos detalhes de análise de dados, ao nível conceitual; 4. Os seguimentos de dados são codificados e categorizados segundo um sistema de organização que é predominantemente derivado dos próprios dados por indução; 5. Os dados são segmentados, ou seja, separados em unidade de significação (no uso do Atlas.ti²⁴, isso pode ser compreendido como codificação e subsequente formação de grupos de códigos), mas a ligação com o conjunto original dos dados é conservada (para não perder a contextualidade); 6. O principal recurso intelectual é a comparação. As categorias que agrupam os segmentos de texto selecionados representam tentativas de categorização, elas se mantêm flexíveis; 7. A manipulação dos dados ao longo da análise é uma atividade eclética, não há um modo correto de se proceder; 8. O processo não é estritamente científico ou mecânico – a análise qualitativa é um processo de moldagem intelectual que faz emergir uma obra. A análise pode ser feita de modo artístico, mas deve estar conciliada com a técnica metodológica e competência intelectual; 9. O resultado da análise é um tipo de síntese de nível conceitual superior – apesar do recorte de dados em pequenas partes do início da análise, o objetivo é fazer emergir uma construção mais ampla, consolidada e bem fundamentada.

Fonte: Adaptada pela autora a partir de Lima e Lezana (2005) e Tesch (1990)

A partir da metodologia proposta para o estudo de casos, foi construída uma estrutura de códigos abertos, axiais e seletivos, contando com a ajuda do software Atlas.ti24 (Gioia et al., 2013). Foi possível identificar quatro principais grupos que são: ações de empreendedorismo social, desafios do empreendedorismo social, gestão do empreendedorismo social e estratégias do empreendedorismo social. O código seletivo que recebeu maior magnitude, é o desafio das parcerias, que evidencia a insatisfação dos voluntários em ajudar com atividades que não corresponderam as suas expectativas, a falta de espaço físico para empresas médicas, burocratização do sistema governamental, entre outros desafios.

A bricolagem social aparece no grupo de ações realizadas pelos gestores sociais, especialmente com a utilização de materiais substitutos, de estagiários alocados na função de funcionários, na ajuda mútua entre as instituições de saúde para empréstimo ou doação de equipamentos e materiais, entre outros. A Tabela 8, apresenta os códigos e grupos de códigos axiais e seletivos.

Tabela 8. Estrutura de Códigos Abertos, Axiais e Seletivos.

Magnitude	Densidade	Códigos Abertos	Códigos Axiais	Código Seletivos
20	1	● Bricolagem social	Bricolagem	Ações Empreendedorismo Social
10	1	● Assessoria externa	Práticas Sociais	
14	1	● Voluntariado		
21	9	● Atuação de stakeholders		
26	1	● Suporte Financeiro		
24	1	● Suporte Não Financeiro		
8	1	● Avaliação de parceiros	Parcerias Estruturadas	Desafios Empreendedorismo Social
4	1	● Comunicação com parceiros		
44	1	● Desafios das parcerias		
27	2	● Novas Parcerias		
21	1	● Sinergia com parceiros		
17	1	● Fidelização Paciente	Fidelização	
5	1	● Ética nas parcerias	Ética Social	Gestão do Empreendedorismo Social
3	2	● Parceria Comunidades	Stakeholders Sociais	
34	2	● Parceria Governamental		
23	2	● Parceria Instituições de Ensino		
16	2	● Certificações, Capacitação e Treinamento	Recursos Humanos	Estratégias Empreendedorismo Social
18	3	● Estratégia de recursos humanos	Estratégia Social	
22	8	● Gestão estratégica		
12	1	● Perspectiva Tecnológica		
15	2	● Qualidade do atendimento		

Fonte: Elaborada pela Autora (2024)

Com a ajuda do software Atlas.ti24, foi possível também analisar as coocorrências dos códigos seletivos por entrevista, como observa-se na Tabela 9.

Tabela 9. Coocorrência dos Códigos Seletivos por Entrevistado.

Entrevistado	Ações Empreendedorismo Social	Desafios Empreendedorismo Social	Estratégias Empreendedorismo Social	Gestão do Empreendedorismo Social	Totais
ID1	4	9	4	1	18
ID2	14	6	8	5	33
ID3	1	6	0	2	9
ID4	4	5	1	0	10
ID5	1	4	7	1	13
ID6	1	3	9	2	15
ID7	1	1	6	0	8
ID8	0	4	4	2	10
ID9	4	2	10	7	23
ID10	1	4	3	3	11
ID11	3	2	2	2	9
ID12	0	3	5	1	9
ID13	11	5	3	2	21
ID14	4	6	8	4	22
ID15	2	1	4	7	14
ID16	10	11	12	2	35
ID17	5	4	6	8	23
ID18	7	6	8	6	27
ID19	1	3	3	0	7
ID20	3	1	17	4	25
ID21	3	2	5	5	15
Totais	80	88	125	64	

Fonte: Elaborada pela Autora (2024)

Observa-se que o código seletivo das estratégias em empreendedorismo social se destaca com 125 coocorrências. Para este código seletivo, evidenciou-se a necessidade de maior utilização das redes sociais, maior investimento em ferramentas tecnológicas para medir e acompanhar os principais parceiros e a criação de indicadores para parcerias no planejamento estratégico, visto que, a captação de recursos complementa os déficits mensais. Os gestores ainda ressaltaram a importância da qualidade de atendimento aos pacientes, a obtenção de certificações de qualidade e segurança, o acompanhamento integral do paciente em todos os níveis de cuidado especializado, principalmente, após a alta hospitalar. Além disso, é essencial que sejam mantidas as parcerias com as Instituições de ensino, pois o acompanhamento das equipes multiprofissionais melhorou o diagnóstico de saúde dos pacientes.

Nota-se também, que o entrevistado ID16, se destaca sobre os demais gestores. Este entrevistado ressalta o valor das parcerias com Instituições de ensino. Elas ajudam com a assessoria multiprofissional e a capacitação dos funcionários do hospital, esta parceria, ainda aprimora a qualidade do atendimento ao paciente e aumenta a satisfação da própria equipe de funcionários.

A seguir, apresenta-se as evidências das falas dos entrevistados (estarão contornadas por linhas para se distinguirem) para os códigos seletivos.

4.1 Ações do Empreendedorismo Social

Entre as ações do empreendedorismo social, de acordo com a magnitude, destaca-se a ajuda dos stakeholders com suporte financeiro, advindo de contratos ou emendas parlamentares com o governo em suas esferas municipais, estaduais e federal, bem como doações em dinheiro de pessoas físicas ou jurídicas, além de contratos de aluguéis de setores dentro do próprio hospital de centros médicos, clínicas de saúde em geral e até mesmo instituições de educação, conforme relatado pelos entrevistados:

“Com a emenda parlamentar conseguimos comprar equipamentos, renovar o parque tecnológico, realizar reformas, ampliar leitos de enfermarias e construir Unidades de Terapia Intensiva. Além disso, trocamos todo o sistema de armazenamento de água, visto que o prédio tem 42 anos e a tubulação ainda era de ferro”. (ID2).

“Nós fizemos uma parceria com uma empresa de Salgadinhos, que faz batata chips, do tipo Ruffle. Na parceria criamos a “Batata a Serviço da Vida”, com uma embalagem personalizada voltada para a oncologia e a venda desse produto é revertida ao serviço de oncologia do hospital”. (ID 2).

“Então os terceiros ajudam financeiramente o hospital. Pelo pagamento do uso das áreas e pelos pacientes particulares ou conveniados, que vem para esses setores e são encaminhados pelos centros médicos parceiros e acabam gerando uma internação e/ou uma cirurgia”. (ID 4).

“Algumas empresas privadas doam dinheiro, como também temos parceria com a Vara Criminal do município, que destina as multas (repassa de recurso financeiro) por pena criminal”. (ID 13).

“Também fechamos recentemente um contrato com uma universidade de medicina para receber estagiários, além das universidades de enfermagem. No contrato, nós cedemos o

espaço e eles pagam um valor mensal por aluno para custear os gastos, somando em torno de 80 alunos”. (ID 13)

“A gente estava precisando atualizar nosso protocolo de Manchester com nossos profissionais do pronto-socorro e conseguimos que uma das escolas parceiras doasse o pagamento do curso para os nossos profissionais. O curso precisa ser renovado a cada três anos, e esse curso, especificamente, não pode ser feito internamente, pois deve ser realizado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Conseguimos que a escola pagasse esse curso aos nossos profissionais”. (ID 18)

Nas entrevistas, também foi citado o suporte não financeiro, como importante ajuda dos stakeholders (24), que envolve doações de combustível, produtos alimentícios, bebidas, roupas, revitalização, decoração, manutenção e construção de espaços físicos, fornecimento de bolsas de estudo para nível técnico, graduação e especializações, presença de estagiários, compra de equipamentos, centros médicos que encaminham pacientes para procedimentos no hospital, além de ajuda em serviços complementares ou que o hospital não oferece, assessorias, capacitações e treinamentos gratuitos. A ajuda não financeira foi expressa nas falas dos entrevistados:

“Temos parceria com uma mineradora que nos doa todo o combustível e uma outra empresa que doa produtos de consumo, como bolos, doces, e uma empresa de refrigerantes que doa bebidas. Várias empresas não doam dinheiro em espécie, mas sim produtos”. (ID 1)

“Foi realizada uma ação com empresas médicas parceiras para revitalizar um espaço desativado no hospital para atendimento de pacientes. Esse espaço gera receita ao hospital com a produção de exames, procedimentos e novas internações. São duas ações que trouxeram bons resultados ao hospital”. (ID 2)

“Um exemplo importante de parceria com a universidade é que eles têm um ambulatório, então conseguimos encaminhar muitos dos nossos pacientes para acompanhamento a nível ambulatorial, já que temos uma parceria estabelecida com essa universidade regional. Nesse sentido, é muito bom”. (ID 9)

“Participamos de um programa em que instituições hospitalares de excelência no Brasil ajudam instituições filantrópicas, através da orientação de seus especialistas, com reuniões de indicadores estratégicos para o hospital. Inclusive, recebemos tablets, para que não tenhamos problemas de conexão, por falta de conectividade”. (ID 16)

“Desses parceiros, temos as escolas públicas, que não pagam, mas usamos muito os espaços delas, ou elas nos ajudam com aulas e cursos na residência multiprofissional. As escolas privadas têm a contrapartida financeira”. (ID 18)

A atuação de stakeholders (21) está ligada à organização de eventos para arrecadar recursos, parcerias com outras instituições de saúde que alugam setores do hospital para procedimentos que o hospital não possui, disponibilização de vagas ou equipamentos para pacientes, ou até mesmo para seus próprios profissionais que colaboram na orientação de diagnósticos e indicadores estratégicos. A ajuda também envolve a participação de voluntários que doam seu tempo para visitar doentes ou ajudar em eventos, como comerciantes que auxiliam na arrecadação de cupons fiscais, parcerias com instituições de ensino e ajuda de fornecedores que doam produtos e equipamentos. Alguns exemplos da atuação dos stakeholders podem ser verificados nas entrevistas:

“Hoje, por exemplo, está acontecendo a noite de caldos, promovida pelo hospital em uma ação social envolvendo os colaboradores. São quatro tipos de caldos salgados e um doce, além da venda de bebidas. Temos música sertaneja, e é uma ação para arrecadar recursos. Os pacientes ajudam comprando ingressos, doando itens materiais e com a própria mão de obra voluntária, colaborando nesse sentido”. (ID 2)

“Temos trabalhos voluntários que ajudam, principalmente com o tempo dedicado em visita aos doentes. As pessoas nos comércios, shoppings ou ajudas individuais também doam notas fiscais paulistas, através de 146 urnas espalhadas pela cidade”. (ID 13)

“Na perspectiva cliente e mercado, também há médicos que são apoiadores. Por exemplo, o médico que não é contratado pelo hospital, mas que é parceiro e traz equipamentos para exames que não temos, e esses equipamentos possuem tecnologia avançada”. (ID 16)

“Para as empresas terceirizadas que prestam serviços ao hospital, elas nos ajudam a oferecer um serviço de qualidade aos nossos pacientes, como empresas de gerenciamento de resíduos”. (ID 21)

Na bricolagem social (20) são citados exemplos, principalmente quando a instituição hospitalar não possui o equipamento ou material necessário e precisa utilizar o que está disponível. Em situações de crise, observa-se o uso da bricolagem social, como foi o caso da pandemia da Covid-19:

“Na época da pandemia, tivemos que improvisar muito. Tudo era muito novo, da noite para o dia, tivemos que transformar unidades de enfermaria em leitos de UTI. Não tínhamos

certeza do perfil epidemiológico e da complexidade desses pacientes, mas fizemos tudo com certo 'jeitinho' e segurança". (ID 14)

"Quando se olha para um hospital com 114 anos de existência, pode-se imaginar as inúmeras dificuldades e as soluções criativas, onde nem sempre seguimos o fluxo de melhores práticas". (ID 9)

A ajuda de voluntários (14) e a assessoria externa (10) também foram citadas pelos entrevistados como ações importantes para lidar com as dificuldades:

"Aqui, também acompanhamos os voluntários, pois, através do grupo, conseguimos adquirir recursos para os pacientes e para o hospital, principalmente para demandas urgentes que não conseguimos atender por meio de licitação. Além disso, há a visita aos pacientes, que é muito importante". (ID 21)

"Nós temos um projeto no hospital, em parceria com o Ministério da Saúde e com um hospital de excelência no município de São Paulo, já que somos um hospital filantrópico. Toda a equipe multiprofissional e os médicos desse hospital nos ajudam com o plano terapêutico dos pacientes internados na nossa UTI, através da telemedicina, com uma reunião diária que começa às 8h30, onde nos ajudam a avaliar cada um desses pacientes e suas condutas, buscando um melhor desfecho clínico". (ID 13)

4.2 Desafios do Empreendedorismo Social

Os entrevistados relatam que, em suas instituições, a questão das parcerias ainda não está bem estruturada e planejada. As dificuldades surgem ao lidar com parceiros que possuem expectativas próprias e, muitas vezes, valores que não estão alinhados com os das instituições hospitalares. Essa relação pode gerar mal-estar com o parceiro que não se identifica com o pedido de parceria. Isso ocorre, muitas vezes, porque a instituição hospitalar possui um modelo próprio de normas e valores.

"Tivemos parceiros, vamos dizer assim, que às vezes apresentavam um modelo de parceria para nós, que não era adequado para a instituição, ou o nosso modelo não era o que eles esperavam, e por isso não se enquadravam. Isso gera uma certa frustração para o parceiro. Tivemos parceiros que não tiveram sucesso pleno por conta dessa realidade." (ID 1)

Por outro lado, as instituições hospitalares relataram a importância de manter parcerias transparentes e comprometidas em entregar o que os órgãos reguladores de saúde preconizam. Para os entrevistados, esse seria um indicador de aceitação ou não para seguir com a parceria e/ou negociação de participação externa nas ações sociais.

“Na hora de fazer o contrato e a própria parte de documentação que é necessária... o recolhimento de impostos e todas as outras exigências fiscais, governamentais e até de compliance exigidas do terceiro... isso faz com que demore um pouco mais para contratar um parceiro. Um exemplo: nós tínhamos uma obra e contratamos um terceiro. Depois, a obra parou por um tempo porque o terceiro não atendeu a todas as exigências necessárias.”
(ID 17)

Outro desafio é a excessiva burocracia com o principal parceiro das instituições hospitalares: o Estado. Os embates são inúmeros, como o desconhecimento da realidade hospitalar local, morosidade nas decisões, falta de investimento, troca de governo, entre outros desafios.

“O governo é uma máquina emperrada... quem faz a gestão e leva a informação nem sempre é a pessoa mais qualificada. Então, temos algumas dificuldades para dialogar e colocar certas questões. Temos tido alguns embates, mas entendemos que isso faz parte. Nem sempre conseguimos, mas no geral avançamos nas conversas. Brigamos um pouco, mas acabamos progredindo.” (ID 6)

A falta de espaço para parceiros que alugam áreas do hospital para realizar seus procedimentos também foi apontada como um empecilho, assim como encontrar fornecedores em cidades do interior. Em hospitais localizados nas capitais, há mais opções de negociação.

“Então, lá era muito mais difícil formar uma parceria, porque, sendo uma cidade pequena, até encontrar um parceiro ou alguém interessado era complicado. Ninguém quer ser seu parceiro se você não gera o retorno esperado. Por exemplo, encontrar algumas especialidades médicas é complicado. Alguns médicos não querem ir a cidades do interior para atender ou realizar cirurgias. Em outras cidades maiores, o parceiro vem atrás e oferece benefícios; em cidades menores, você é quem precisa oferecer vários benefícios, e, mesmo assim, ele não aceita.” (ID 8)

Em relação aos pacientes, a dificuldade também está na continuidade do tratamento. Muitos pacientes precisam de atenção primária, e quando isso não ocorre, retornam ao hospital com quadros de saúde agravados. Infelizmente, a estrutura de retaguarda para atendimento domiciliar ainda é insuficiente.

“Esse é o maior desafio: esse paciente não é devidamente acompanhado na atenção primária. E, quando ele piora um pouco, já vem parar no hospital, o que sobrecarrega nosso serviço. O que estamos observando agora é a necessidade de olhar para as linhas de cuidado, para garantir que ele tenha o acompanhamento adequado no pós-alta...” (ID 9)

Outro desafio mencionado é o pagamento pelos serviços realizados pelo SUS. Os gestores comentaram que a tabela de honorários é deficitária, e as instituições hospitalares muitas vezes não possuem recursos para melhorar o atendimento ou sequer realizá-lo.

“Sim, os desafios são muito grandes. Subsidiar o Sistema Único de Saúde diante de suas demandas é muito complexo! Temos um déficit muito grande, então colocamos uma meta no planejamento estratégico para equilibrar isso. Tivemos diversas conversas com a Secretaria Estadual de Saúde, apresentando nossos custos para que eles entendessem a gravidade do problema. A negociação está em andamento. Já tivemos êxito em 50% do pleito e estamos negociando para conseguir os outros 50%. As filas por cirurgias eletivas são enormes no estado.” (ID 10)

Os entrevistados também apontam a limitação quanto à tecnologia e à aquisição de equipamentos, mencionando que muitas atividades ainda são realizadas manualmente.

“Utilizamos um sistema integrado de gestão de pessoas, fornecido pela Secretaria de Estado, onde são registrados afastamentos e processada a folha de pagamento. O nosso servidor usa um portal que dá acesso a informações, como afastamento e vida funcional. Também utilizamos um sistema de ponto, via biometria, para registro. Esses são os dois sistemas que usamos no dia a dia, mas infelizmente eles têm falhas e acabamos fazendo as atividades manualmente.” (ID 20)

“Meu sonho seria ter essas rotinas todas definidas, para que pudéssemos seguir com segurança em tudo o que fazemos. Ter sistemas que nos deem respaldo para não fazermos tudo manualmente, como cálculos de horas e adicionais, por exemplo. Isso nos dá insegurança. Se tivéssemos um sistema que calculasse automaticamente, o trabalho seria muito mais eficiente. Perdemos muito tempo fazendo manualmente.” (ID 20)

Além disso, foi mencionada a busca por novas parcerias para a aquisição de ferramentas tecnológicas que ajudem no acompanhamento dessas parcerias, bem como no desenvolvimento de pessoas para expandir essas colaborações.

“A instituição tem um planejamento... A implementação de ferramentas tecnológicas, que visam melhorar a comunicação e fazer uma boa gestão das parcerias, é um primeiro passo para avançarmos e criar uma estabilidade futura muito melhor para as nossas parcerias. Precisamos de mecanismos com o auxílio da tecnologia para que essas parcerias possam crescer e serem gerenciadas de forma plena.” (ID 01)

Alguns entrevistados comentaram que parcerias com o governo e a ampliação de emendas parlamentares também fazem parte do planejamento estratégico:

“Temos uma meta relacionada à captação de recursos, buscando aumentar o número de verbas e emendas parlamentares, com o objetivo de ampliar nossa parceria com o governo, até mesmo para oferecer mais serviços no hospital. Esse setor vai até Brasília e entrega os projetos do hospital, além de emitirmos ofícios de solicitação de ajuda para os vereadores do município.” (ID 13)

Para que as parcerias aconteçam, os entrevistados reforçam a importância da sinergia entre os parceiros (21), principalmente quanto aos valores institucionais, à ética nas relações e às ações voltadas para o bem-estar e cuidado do paciente. É fundamental manter o compromisso de oferecer serviços com excelência, dentro das normas dos órgãos reguladores, e buscar mecanismos de acompanhamento dessas parcerias, além de formas de agradecimento e troca de conhecimento.

“Sim, utilizamos Instagram, Facebook, YouTube, e uma das formas de captar parceiros e recursos é mostrar o que fazemos e agradecer... Agradecemos usando nossas redes sociais, que são um meio muito forte de comunicação oficial. Fazemos questão de publicar nosso agradecimento, para que o parceiro seja reconhecido.” (ID 01)

“Não basta estar aqui para realizar o serviço, é preciso, de alguma forma, fazer a diferença para o paciente! Fazer a diferença também como missão! Nós buscamos isso nos parceiros.” (ID 04)

“Acho que a transparência é imprescindível. Você tem que ser franco com eles. Temos parceiros de longa data aqui... Então, com transparência, conseguimos firmar parcerias, e o trabalho é feito corretamente. Procuramos ser muito transparentes e boa parte dos

parceiros também tem sido conosco, o que tem gerado parcerias fortes e duradouras.” (ID 08)

Outro desafio é a fidelização do paciente (17). Os entrevistados comentaram sobre as parcerias com centros de saúde que utilizam o espaço do hospital para procedimentos. A fidelização também é um indicador no planejamento estratégico, e a excelência no atendimento e cuidados humanizados são maneiras de trazer o paciente de volta à instituição:

“As parcerias nos ajudam a trazer o paciente para o hospital. Temos clínicas médicas que alugam nosso espaço, e os pacientes passam pelo médico, realizam todos os exames e, se necessitam de internação ou tratamento, já estão aqui dentro. Então, eles confiam no médico e acabamos fidelizando esses pacientes.” (ID 04)

“A parte da gestão emocional com o paciente e a família é muito importante. A questão do cuidado com a doença já é tratada pela equipe multidisciplinar, mas muitas vezes o paciente precisa mais de acolhimento emocional, alguém para conversar e ouvir. Os voluntários da pastoral fazem isso muito bem.” (ID 14)

“Mensalmente, como é um indicador estratégico, monitoramos o índice de satisfação dos pacientes, tanto os de pronto atendimento quanto os internados. Fazemos questão de saber e controlar esse índice e tratamos as insatisfações. No planejamento estratégico, fazemos essa análise para entender o que deixa nosso cliente insatisfeito.” (ID 16)

Para a avaliação das parcerias (08), os entrevistados citaram a preocupação com os fornecedores em geral e as empresas terceirizadas que prestam serviços para o hospital, pois podem comprometer os serviços oferecidos aos pacientes e o cumprimento das exigências dos órgãos reguladores:

“Temos o selo prata. Agora, neste mês, haverá uma nova auditoria para iniciarmos o processo de evolução para a próxima etapa. As exigências são cada vez mais rigorosas, e isso reflete diretamente nos parceiros, fornecedores e prestadores de serviços, como médicos, clínicas, laboratórios e fisioterapia. Todos precisam se ajustar e se enquadrar nesse processo.” (ID 08)

“Posso citar nossa política interna de avaliação de fornecedores. Temos a política de gestão de fornecedores e a política de gestão de compras, com uma ferramenta digital para avaliar nossos fornecedores, que está sendo atualizada.” (ID 13)

Para a comunicação com os parceiros (04), os entrevistados mencionaram o investimento em equipamentos tecnológicos que auxiliam no acompanhamento dessas parcerias, além da participação em comitês e reuniões.

“Estamos na fase de negociação e implementação de um sistema que dê parâmetros para as parcerias, pois temos muitos parceiros. Também queremos criar um mecanismo de comunicação mais contínuo e instantâneo com esses parceiros, sem depender das ações de pessoas.” (ID 01)

“Hoje, nosso modelo de formação de parceiros é por meio de visitas in loco e apresentações reais dos serviços prestados. Não temos um projeto de formação, conscientização ou estruturação informativa institucional. É tudo prático.” (ID 01)

4.3 Estratégias do Empreendedorismo Social

De maneira geral, a busca por novas parcerias também é contemplada no planejamento estratégico institucional. As parcerias são consideradas um indicador importante no planejamento das instituições hospitalares, principalmente na captação de recursos, questões financeiras, negociações, ajuda em projetos e prestação de contas, como podemos perceber nas falas dos entrevistados:

“Em relação às novas parcerias, também tem alguma coisa no planejamento estratégico... tudo aquilo que a gente já entende como desafio, o que precisamos melhorar.” (ID 14)

“Sim, fazem parte do nosso planejamento. Anualmente, a gente faz o estudo financeiro do déficit do hospital versus tabela SUS. Se eu não conseguir captar mais recursos nessa linha, vai ser deficitário no final do ano, e o 13º não será pago. Então contamos com os parceiros, com esses recursos parlamentares e com as captações. Se as ações não forem desenvolvidas ao longo do ano, teremos esse déficit, o que é prejudicial para o escopo financeiro do hospital.” (ID 02)

“Sim, no planejamento estratégico, uma das ações que temos é o cumprimento de uma meta, seja ela quantitativa de procedimentos e qualitativa (ações aceitáveis para órgãos reguladores) e voltadas para atender os anseios da municipalidade e, conseqüentemente, dos usuários.” (ID 12)

“Temos o monitoramento, e fazemos a prestação de contas tanto para a alta gestão da instituição, nas reuniões estratégicas, quanto para a própria Secretaria de Saúde,

envolvendo o secretário municipal ou até o próprio prefeito, para aquilo que está pactuado. O que estamos realmente realizando.” (ID 14)

A gestão de recursos humanos também é mencionada, incluindo integração, relatórios de clima organizacional, política institucional, indicadores de avaliação de parceiros, gestão de competências e avaliação de alinhamento dos parceiros, como comentado pelos entrevistados:

“Os terceiros, os fornecedores e até mesmo pessoas do serviço voluntário passam pelo nosso processo de integração. Temos a integração mensal dos terceiros, para que entendam um pouco da política da instituição...” (ID 14)

“Eu acho importante ver o quão eficaz é o treinamento, avaliar a prática antes e depois. Esses indicadores ainda não estão bem definidos. Estamos buscando uma forma de avaliar isso. Trabalhamos mais com indicadores quantitativos: número de alunos, percentual de campos preenchidos, enfim, os que conseguimos obter de forma mais fácil. São mais fáceis de medir do que os qualitativos, embora eu ache os qualitativos muito importantes. Tanto em relação aos estágios, para ver o quanto nosso campo de estágio é produtivo para o aluno, quanto em relação às capacitações, para ver se elas estão sendo eficazes para os nossos profissionais.” (ID 18)

“Com o término da pandemia, voltamos a pensar em padronizar serviços. Estamos realizando reuniões com Recursos Humanos para tentar padronizar, reunir e conversar com todas as instituições.” (ID 20)

As certificações, capacitações e treinamentos também são importantes para os entrevistados, pois dizem respeito à qualidade do atendimento aos pacientes e são fiscalizados pelos inúmeros órgãos reguladores do município:

“Dos parceiros externos, exigimos qualidade e precisamos que estejam em sintonia com nosso jeito de ser. Na própria negociação, isso é bem definido, mas não temos aspectos de capacitação desses parceiros. A relação é puramente comercial: se o parceiro para de cumprir o acordado, a instituição rompe o vínculo com ele.” (ID 12)

“Basicamente, além de prestar o serviço, o parceiro precisa ter algum nível de certificação. Quanto melhor certificado, naturalmente melhor o padrão de qualidade. Se o nosso fornecedor tem esse padrão de qualidade, melhor, como no caso do GSH, que é a nossa agência transfusional.” (ID 16)

“Fazemos capacitação por meio de protocolos de rotinas. Todas as empresas terceirizadas precisam passar por treinamentos, como gerenciamento de resíduos, gerenciamento de risco, segurança do paciente e práticas de controle de infecção hospitalar, como lavagem das mãos e outros protocolos do hospital. Pontualmente, outras capacitações ocorrem, principalmente com mudanças de protocolos, pois todos precisamos falar a mesma língua.”
(ID 21)

4.4 Gestão do Empreendedorismo Social

Abrangendo as principais parcerias, o destaque vai para o governo, representado pelas secretarias municipais, estaduais e o órgão federal, que apoia as emendas parlamentares e convênios públicos. Essas parcerias contribuem principalmente para a renovação e/ou aquisição de equipamentos, melhoria do parque tecnológico, ampliação de leitos, construção e/ou reforma de setores, além de recursos de custeio. Nessas parcerias, o cumprimento de metas e diretrizes negociadas com as esferas de governo é primordial para manter um bom relacionamento com as instituições hospitalares, especialmente em relação à transparência na prestação de contas. Dentre outras obrigações, a participação em reuniões dos conselhos de saúde locais e o retorno do serviço para a comunidade e usuários no atendimento hospitalar são formas de gestão do empreendedorismo social.

As parcerias com o governo também possibilitam às instituições hospitalares a participação em programas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, que envolvem capacitação e apoio de instituições de ensino ou hospitalares de excelência no Brasil, disponibilizando seus profissionais para orientações e auxílio em diagnósticos. A seguir, alguns relatos dos entrevistados sobre a parceria com o governo:

“Outras ações que trabalhamos de forma contínua são as buscas por emendas parlamentares... Com emenda parlamentar, conseguimos comprar equipamentos, renovar o parque tecnológico, realizar reformas e ampliar leitos de enfermarias, além de construir unidades intensivas. Além disso, trocamos todo o sistema de armazenamento de água, visto que o prédio tem 42 anos e a tubulação ainda era de ferro. Uma situação que ninguém vê, mas a qualidade da água não estava legal. Instalamos duas novas caixas d’água de 150 mil litros, o que trouxe melhorias para os pacientes, especialmente para os que fazem hemodiálise, que dependem de água para o tratamento. Todas essas ações de captação foram importantes e realizadas.” (ID 02)

“Como somos uma área de assessoria, nossa relação com o governo é entregar serviços com as melhores práticas, dentro das diretrizes estabelecidas, e encontrar formas de cumprir os processos internos. Essa é a principal interação que temos com eles.” (ID 09)

“Participamos das reuniões dos conselhos de saúde e fazemos a prestação de contas para os conselheiros e para a população. Mostramos também nossas dificuldades, e eles acompanham de perto.” (ID 13)

“A gente participa do Tele Saúde, que é um programa do Ministério da Saúde que apoia os hospitais filantrópicos, como é o nosso caso, na hospitalização dos pacientes na Unidade Intensiva de Tratamento.” (ID 16)

Outro importante parceiro para as instituições hospitalares são as instituições de ensino. Os contratos de cooperação com universidades e escolas técnicas podem contar com ajuda financeira pela locação das dependências hospitalares. Através da ajuda de especialistas, reuniões com equipes multiprofissionais, fornecimento de bolsas de estudos para colaboradores das instituições hospitalares, doação de equipamentos tecnológicos e/ou plataformas digitais para treinamento e orientação no cuidado dos pacientes, assessoria no planejamento estratégico e a presença de estagiários que colaboram com a mão de obra e, posteriormente, são contratados após formados.

“A ajuda das instituições de ensino é destinada principalmente ao uso do espaço do hospital. Além disso, há as bolsas de residência multiprofissional e outras áreas. São ações desenvolvidas pelo campus da faculdade que refletem em benefícios. O termo de cooperação reflete diretamente em recursos para o hospital, especialmente em nível de graduação.” (ID 02)

“As instituições de ensino colaboram ministrando palestras. Temos a semana da enfermagem e outras palestras ou temas importantes, e eles têm profissionais capacitados. Nós os trazemos aqui para nos ajudar nesse desenvolvimento.” (ID 15)

“A rede está com esse ciclo de 2023 a 2027 em parceria com a Fundação Dom Cabral. Eles estão investindo bastante nesse ciclo de planejamento, muito porque, em nível de rede de planejamento, temos alguns projetos que giram em torno de equilíbrio.” (ID 09)

“Parcerias com a universidade permitem que o paciente tenha acompanhamento pós-alta e continue seu tratamento. Estamos estabelecendo essas parcerias agora.” (ID 09)

“Temos uma ala dedicada à parceria com a instituição de ensino e, em contrapartida, eles têm um ambulatório na universidade. Conseguimos encaminhar nossos pacientes para

acompanhamento ambulatorial, já que temos uma parceria estabelecida com essa universidade regional. Nesse sentido, é muito bom.” (ID 09)

Outra parceria apontada pelos entrevistados é o contato com a comunidade local, especialmente pela participação nos conselhos locais de saúde e nos comitês de ética da instituição, como observamos nas falas dos entrevistados:

“Os comitês de saúde são bem ativos. Nosso conselho é modelo para outros estados e municípios. Eles vêm até aqui ver, porque é muito ativo, muito participativo. Temos vários representantes da comunidade, usuários que participam, e profissionais de saúde de diversas áreas. Nossa ouvidoria também atua com retornos via e-mail, atendimento presencial e formulário. Os usuários têm essa liberdade.” (ID 17)

“No departamento, temos membros externos que fazem trabalho voluntário, como no Comitê de Ética em Pesquisa. Temos dois membros da comunidade que representam o Conselho Municipal de Saúde.” (ID 18)

Por fim, a ética é mencionada como um aspecto importante na gestão das parcerias nas instituições hospitalares, pois envolve os valores institucionais.

“Primeiro, deve haver comprometimento ético com os pacientes. Depois, a excelência no atendimento, tanto em exames quanto nos cuidados. Buscamos sempre a humanização no cuidado dos pacientes. Então, basicamente, os três pilares são: comprometimento ético, humanização e excelência, dentro do possível.” (ID 05)

“Os valores da instituição exigem equidade e transparência com os fornecedores. Eles não podem ter problemas com órgãos regulatórios, como questões trabalhistas ou fiscais, tudo deve estar em dia. São critérios muito importantes que a rede estipula, e não podemos ser coniventes com qualquer irregularidade.” (ID 10)

“Nas relações com os parceiros, a lisura é imprescindível. Você precisa ser franco com eles, porque temos parceiros de longa data aqui. Procuramos ser muito transparentes, e boa parte deles também tem sido conosco. Isso gera parcerias fortes e duradouras. Em alguns casos, fornecedores tentam levar vantagem, mas são contratos de curto prazo. A vida é curta, e logo isso vem à tona.” (ID 08)

Na próxima seção apresenta-se as situações de bricolagem social com participação de stakeholders nas instituições estudadas.

4.5 Bricolagem Social na Área da Saúde

Esta seção tem como objetivo aprofundar as evidências empíricas sobre bricolagem social nas instituições hospitalares investigadas. Existem diferentes situações de bricolagem social com a participação de *stakeholders*, frequentemente relacionadas à superação de dificuldades para garantir o atendimento aos pacientes.

É importante observar que uma parcela das situações relatadas efetivamente implica o uso de soluções subótimas, uma característica da bricolagem empreendedora (Baker e Nelson, 2005). Os leitores, com razão, podem imaginar que isso tende a estar relacionado a algum nível de desalinhamento das ações nos hospitais em comparação com a legislação (por exemplo, estagiários substituindo empregados) e/ou com protocolos de atendimento (por exemplo, uso de medicamentos menos recomendáveis para substituir aqueles que deveriam ser receitados; mais tempo gasto por pacientes em macas ou cadeiras de rodas por falta de imediata disponibilidade de leitos hospitalares; ajuda, por reuniões online, de médicos especialistas ligados a hospitais privados de excelência para amenizar a falta de especialistas ou de formação adequada do pessoal). Contudo, o uso de soluções subótimas é feito com a justificativa de que ele é preferível à situação de não se fazer qualquer esforço de atendimento aos pacientes. Negar socorro ou deixar de agir tenderia a cair na condição de negligência, tendo também suas possíveis penalidade legais, e a ter consequências mais graves do que usar soluções subótimas. Nesse sentido, mesmo esse tipo de solução se impulsiona com motivações humanitárias e identitárias, pois os trabalhadores da saúde se consideram como pessoas que sempre têm que encontrar um meio de ajudar, inclusive segundo o juramento que fazem em sua formatura. Há também a legislação que previne a omissão de socorro.

Importante também mencionar que, nas seções que seguem, há passagens de dados de entrevista que estarão contornadas por linhas para se distinguirem como elementos de apoio empírico (ancoragem nos dados) das descrições e análises apresentadas. A leitura das referidas seções pode ser acompanhada da consulta frequente às Tabelas 10 a 14, apresentadas adiante. Tal consulta será útil aos leitores para que mais facilmente compreendam as descrições e análises. Apresentamos cada estudo de caso individualmente, destacando situações de bricolagem social com a participação de *stakeholders*.

4.5.1 Bricolagem Social no Hospital 1

Para as situações de bricolagem social no Hospital 1, a falta de leitos para receber mais pacientes acaba sendo resolvida, muitas vezes, com a participação de diferentes *stakeholders*,

em uma colaboração baseada em relações estabelecidas de ajuda mútua, tendo a reciprocidade como uma característica importante. Exemplos de bricolagem social com a participação de *stakeholders* incluem a ajuda de outros hospitais ou clínicas médicas que aceitam receber os pacientes. Quando o problema é a falta de equipamentos, busca-se alugá-los ou obtê-los emprestados de outras instituições de saúde parceiras.

“É comum a falta de vagas para atendimento. Chega uma urgência e não tem onde internar. Nós saímos pelo hospital tentando deslocar pacientes para outra clínica ou pedindo vaga em outro hospital. Quando falta um respirador mecânico, temos que buscar, pegar emprestado ou alugar.” (ID 6)

Em outras situações, as colaborações financeiras são estabelecidas em parcerias com diversas empresas de alimentos, em que parte das vendas é revertida para a instituição hospitalar.

“Nós fizemos uma parceria com uma empresa que faz batata chips, salgadinhos e outros. Na parceria, criamos a 'Batata a Serviço da Vida', com uma embalagem personalizada voltada para a oncologia, e a venda desse produto é revertida ao serviço de oncologia do hospital.” (ID 2)

“Além disso, firmamos também uma parceria com uma empresa de chocolate gourmet aqui do município, que vende muito chocolate, bombons e ovos de Páscoa. Criamos a 'Trufa a Serviço da Vida', que, nos meses de outubro e novembro, é vendida para arrecadar recursos para a oncologia também. Nós criamos com algo que é muito tradicional na região.” (ID 2)

Diversos parceiros, como empresas, colaboradores, a comunidade local e até pacientes e seus familiares, contribuem em eventos em prol do hospital, principalmente para arrecadar recursos, dada a grande necessidade da instituição:

“Hoje, por exemplo, está acontecendo a Noite de Caldos, promovida pelo hospital em uma ação social envolvendo os colaboradores. Já vendemos 700 ingressos que dão direito a uma cumbuca para comer à vontade. Então, também é uma ação para arrecadar recursos. Os pacientes ajudam comprando ingressos, doando itens materiais e com a própria mão de obra voluntária, colaborando com a gente nesse sentido.” (ID 2)

Essa ação mencionada pode ser evidenciada no site institucional (Apêndice D), que apresenta a ajuda da comunidade local e dos pacientes em bazares, visitas e atividades voltadas para os pacientes, além de doações destinadas ao Hospital 1.

Em situações como essa, uma característica central da bricolagem social em ambientes hospitalares é a participação de *stakeholders*. Essa participação é promovida para viabilizar a criação de valor social em condições atípicas. Para garantir a participação dos *stakeholders*, outros elementos da bricolagem social precisam ocorrer, como a persuasão, muitas vezes viabilizada por favores ou auxílios previamente realizados aos *stakeholders*, em um contexto de completa colaboração e reciprocidade.

Para resolver a escassez de recursos, o uso de bricolagem social também pode ser exemplificado pela falta de materiais do dia a dia, como luvas, máscaras e até mesmo medicamentos. Para os materiais, a solução é utilizar o que está disponível. Quanto à medicação, o corpo de enfermagem solicita que o médico prescreva o medicamento que está em estoque no hospital, caracterizando o “virar-se com o que se tem”.

“Vou exemplificar com algumas intercorrências. Quando precisamos de máscara número 5 e só temos a número 6, usamos mesmo assim, dando aquele jeitinho para não deixar de cuidar do paciente. Temos outras situações como essa.” (ID 2)

Além disso, parceiros como clínicas médicas ajudam em reformas nos setores do hospital quando não há recursos disponíveis. Em contrapartida, disponibilizam-se salas para que procedimentos e exames possam ser realizados com segurança.

“Temos parcerias com médicos que administram empresas. Hoje temos o centro de cardiologia e outros centros de especialidades, que ajudaram reformando estruturas precárias dentro do hospital. Também alugamos algumas áreas do hospital para essas clínicas médicas, um valor que não é alto, mas já entra como recurso para o hospital. O paciente que antes seria atendido em outro lugar acaba ficando no hospital, o que é outro ganho para a nossa casa.” (ID 4)

Há situações de bricolagem social quando colaboradores que saem de férias ou são afastados precisam ser substituídos, e a solução é realocar colaboradores de outro setor do hospital. No entanto, essa ação acaba sobrecarregando os funcionários com o acúmulo de funções.

“Por exemplo, uma funcionária que trabalha no administrativo, responsável pela residência médica, saiu de férias e colocamos outra funcionária para dar um jeitinho e cobrir essa ausência, acumulando funções”. (ID 2)

4.5.2 Bricolagem Social no Hospital 2

Comumente, é necessário combinar preços de maneira improvisada para agilizar a negociação com parceiros, pois há pacientes em risco de vida. Após o paciente receber os cuidados necessários, os valores são reajustados.

“Dou um jeito, por exemplo, na parte de precificação de custos. Às vezes, é preciso definir um preço rapidamente e damos esse jeitinho, com base em algumas técnicas. Pegamos um produto similar e usamos como referência para formar um preço provisório até termos a base certa para o cálculo. Depois que o paciente é atendido, fazemos o ajuste.” (ID 7)

Quando a instituição necessita de manutenção preventiva ou corretiva e, infelizmente, não há condições financeiras para realizá-la, a ajuda pode vir de empresas médicas que alugam setores do hospital para seus procedimentos. Em contrapartida, essas empresas fazem adequações físicas na instituição.

“A equipe que faz hemodinâmica, que é terceirizada, tem uma escala para renovar os aparelhos e nos ajuda na manutenção dos setores, garantindo o funcionamento do hospital. O setor que realiza os exames de raio-X também é terceirizado.” (ID 6)

A instituição é centenária e precisa de um alto investimento para adequações físicas e de equipamentos. Para resolver esse problema, pequenos reparos são improvisados devido à escassez de recursos.

“Quando olhamos para um hospital de 115 anos, um hospital centenário, podemos imaginar as inúmeras dificuldades e os inúmeros ‘jeitinhos’ para resolver coisas fora do padrão, que nem sempre seguem as melhores práticas.” (ID 9)

A ajuda oriunda das parcerias também ocorre na falta de materiais hospitalares. Nesses casos, é necessário recorrer a outros hospitais para pedir emprestado o que é necessário ou renegociar com fornecedores, como ações de não conformidade aos procedimentos padrões da instituição.

“Quando um problema ocorre fora do que está mapeado, os colaboradores podem abrir o que chamamos de ‘RNC’, que é um registro de não conformidade, ou seja, algo que saiu do que estava estabelecido no processo. Eles registram essa não conformidade, e nós a

recebemos, acionando as pessoas que podem nos ajudar. Por exemplo, se faltar material, pedimos emprestado para outros hospitais ou renegociamos com fornecedores. Pensando na cadeia cliente-fornecedor, há uma série de entregas que, às vezes, não ocorrem, parando a operação. Vou dar um exemplo: nosso centro cirúrgico precisa funcionar. Para isso, ele depende de vários fornecedores internos, como a lavanderia, que, às vezes, não consegue entregar. Não é por falta de vontade, mas por dificuldades que eles também enfrentam. Em alguns casos, eles improvisam, mas depois precisam ser notificados, pois podem prejudicar o paciente.” (ID 9)

Outros parceiros também contribuíram com visitas e atividades voltadas para o bem-estar dos pacientes e seus familiares, como pode ser evidenciado no Apêndice D.

4.5.3 Bricolagem Social no Hospital 3

Os entrevistados desta instituição comentaram sobre situações de bricolagem social, principalmente durante o período da pandemia de Covid-19. As parcerias foram intensificadas com a criação de inúmeros comitês internos e externos, formados por profissionais da assistência de saúde. Para exemplificar a ajuda das parcerias, foram criados comitês externos com a participação da prefeitura, hospitais parceiros e unidades de saúde, todos buscando soluções para amenizar a propagação e os danos da pandemia no município.

Dentre as principais práticas empregadas, destacam-se as reuniões, que envolveram desde a alta gestão até a participação dos profissionais operacionais, como os enfermeiros assistenciais, que cuidavam diretamente dos pacientes. A partir dos comentários, constatou-se que o empenho e o engajamento foram elementos facilitadores para superar, principalmente, o medo, a insegurança e os frequentes óbitos.

“Fui paciente da Covid-19, e isso mudou minha vida. Temos mais compaixão, pois me vi naquela situação grave. Hoje, tenho uma visão mais humanizada, e a instituição também, pois antes era muito robótica, técnica e automática. Não falávamos tanto com os pacientes, e hoje isso mudou. No início do processo, o novo gerou desconforto, pois não sabíamos como seria. A insegurança no retorno foi difícil, a pergunta era sempre: ‘Será que vai dar certo?’. Tivemos que dar um jeito em tudo, e o que facilitou foi o apoio e o suporte mútuo, tanto profissional quanto emocional. Tivemos muito medo no início. Um dia estávamos bem e no outro não, além do isolamento e, principalmente, estar distante da família. Houve uma

unidade institucional total que transformou o ambiente, apesar dos óbitos e desafios.” (ID 14)

O envolvimento e a colaboração dentro e fora do hospital foram importantes para a prestação de serviços de saúde durante a pandemia, assim como os treinamentos realizados semanalmente.

“O foco do treinamento foi o espírito de colaboração e o uso de equipamento de segurança do trabalho para os cuidados, pois o restante do material utilizado era praticamente o mesmo, como respiradores. A diferença estava no isolamento e no perigo da contaminação. O treinamento priorizou o uso do equipamento de segurança e as trocas para atender os pacientes com Covid-19. Era um vai e vem, para evitar o contágio, e o treinamento focou nisso. Encerrávamos o procedimento com o paciente e trocávamos tudo a todo momento, pois não era uma doença como as outras.” (ID 14)

“Criamos comitês com diversos profissionais, que se reuniam diariamente. Discutíamos todas as orientações, cada profissional contribuía com sua expertise técnica, filtrava, atualizava e alinhava todas as informações, e construíamos protocolos com base nos órgãos reguladores. A cada minuto, recebíamos uma nova norma e tivemos que trabalhar muito. Por exemplo, saía uma diretriz para pediatria, maternidade... específica para Covid-19. Fazíamos todas as atualizações nos comitês internos e externos. Fomos referência para o município em leitos de UTI para Covid-19 e, com isso, conseguimos manter o hospital financeiramente sustentável, mesmo durante a pandemia. Conseguimos aproveitar bem a expertise adquirida... Havia empenho e engajamento, mas também trabalhávamos o medo e a insegurança, até com atendimento psicológico, pois havia muitos óbitos no início.” (ID 13)

As ações utilizando bricolagem social em cenários de crise foram importantes para resolver a falta de leitos, amenizar a contaminação pela Covid-19, garantir a continuidade das atividades e, principalmente, cuidar dos pacientes com segurança. Utilizar os meios eficazes e disponíveis naquele momento foi crucial para amenizar as consequências da doença. Os entrevistados também relataram a ajuda mútua e a participação ativa, o que possibilitou um menor impacto nos pacientes e nos próprios colaboradores do hospital.

“Trouxemos para as reuniões estratégicas não apenas os líderes, mas também aqueles que estavam na linha de frente e que tinham contato direto com os pacientes com Covid-19 e

seus familiares. Tivemos que fazer uma mudança de postura nesse cenário pandêmico, no sentido de adaptar as mudanças e usar os meios disponíveis naquele momento, além de contratar em massa vários profissionais de saúde, apesar da carência regional. Foi um enfrentamento novo, pois tínhamos insegurança e medo pelo grau de contaminação, mesmo com o acompanhamento da segurança do trabalho e a avaliação da saúde mental dos colaboradores, com um psicólogo no hospital que nos ajudou muito. Tivemos inúmeros afastamentos de funcionários com Covid-19, alguns internados na própria UTI com ventilação mecânica, e outros, infelizmente, vieram a óbito. Percebo que todos os que abraçaram a causa sentem um senso de vitória por termos superado essa fase... Foi importante a rápida remodelagem estrutural, pois tivemos que abrir setores de um dia para o outro, e a ajuda mútua foi central. O efeito foi positivo, e tivemos apoio e envolvimento de todos: da gestão ao operacional, com todos os cientes da importância e necessidade. Tivemos também o apoio da prefeitura e de outras instituições. Houve uma unidade institucional total que transformou o ambiente, apesar dos óbitos e desafios... Surgiram muitos problemas no início que tivemos que superar, como logística, fornecedores, equipamentos e normas que mudavam diariamente. O cancelamento de procedimentos e cirurgias impactou diretamente nos resultados financeiros do hospital. Tivemos muitos colaboradores afastados, mas tudo foi aprendido. Ainda temos reuniões no núcleo interno e externas, e sempre lembramos desse período inicial da pandemia, que também aumentou o senso de pertencimento dos próprios colaboradores e médicos com o único intuito de salvar vidas... Na época da pandemia, tivemos que improvisar muito, tudo era muito novo. De um dia para o outro, tivemos que transformar unidades de enfermaria em leitos de UTI. Não tínhamos certeza do perfil epidemiológico e da complexidade dos pacientes, mas improvisamos com segurança.” (ID 14)

Após a pandemia, o hospital pôde retomar, aos poucos, sua rotina, apesar da falta de resultados financeiros e do aumento dos desafios já existentes. Nesse contexto, utilizar os recursos disponíveis foi decisivo para amenizar as consequências da pandemia. A ajuda dos parceiros também foi importante para superar a crise.

Além da pandemia, a ajuda das parcerias ocorre por meio do programa PROADI, oferecido pelo Ministério da Saúde, que é um Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Este programa conta com o apoio de outras instituições hospitalares de excelência, que possuem qualidade médico-assistencial e de gestão para colaborar com o fortalecimento do SUS. A colaboração envolve aprimoramento de projetos de capacitação de

recursos humanos, pesquisa, avaliação, incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada, com ajuda em diagnósticos, rodas de conversas terapêuticas e doação de equipamentos.

“Há um programa no qual participamos, que é a telemedicina do Ministério da Saúde. São hospitais de excelência que ajudam os hospitais filantrópicos a otimizar o trabalho. No nosso caso, estamos participando com nossa UTI, para melhorar nosso tempo de ocupação e a resolutividade dos casos... Um hospital de excelência em São Paulo, inclusive, nos doou tablets para que não tivéssemos problemas de conexão. Participamos mensalmente de reuniões com eles para revisar os indicadores, verificar o que está funcionando, o que não está, e onde é preciso fazer ajustes.” (ID 16)

Outras contribuições de parceiros também foram evidenciadas, como o apoio de instituições de ensino, que ministram palestras, apoiam campanhas de prevenção e, às vezes, substituem a mão de obra não contratada. Essas ações são detalhadas no Apêndice D.

4.5.4 Bricolagem Social no Hospital 4

Para este hospital, as situações de bricolagem social com a participação de stakeholders são identificadas quando surgem circunstâncias que fogem do controle ou quando não é possível atender a todas as necessidades de cuidado dos pacientes. Em algumas ocasiões, o hospital precisa recorrer a doações de benfeitores.

“Muitas vezes pedimos doações para imprevistos, principalmente para necessidades dos pacientes, como roupas de cama/banho para troca, poltronas para os quartos e problemas estruturais, como pintar um quarto ou comprar uma lata de tinta. Não podemos esperar em emergências.” (ID 17)

Outro exemplo é a ajuda de instituições de ensino que solicitam campo de estágio para alunos de diversas áreas, como residentes médicos, graduandos ou técnicos em enfermagem, e até outros profissionais. Devido à falta de recursos do hospital, esses estagiários acabam substituindo a mão de obra que não pôde ser contratada. Essa situação também oferece uma oportunidade de troca de conhecimento, em que o próprio estagiário aprende com os profissionais mais experientes da instituição.

“Nossa equipe trabalha no limite de pessoal, e os estagiários estão aqui para aprender, mas, ao assumirem o cuidado dos pacientes, acabam ajudando a equipe. Em contrapartida,

a equipe compartilha seu conhecimento com eles. É uma troca positiva, e, para o paciente, é bom, pois ele seria atendido mais lentamente sem os estagiários, já que nossa equipe é reduzida. Isso traz benefícios, apesar dos custos extras para o hospital." (ID 18)

As instituições de ensino também contribuem para a capacitação dos funcionários (Apêndice D). A escassez de recursos e a demora na resolução de problemas são apontadas como causas para que os profissionais utilizem os recursos disponíveis no momento da necessidade.

"A criatividade é essencial no nosso trabalho. Precisamos encontrar soluções para os problemas do dia a dia com o que temos disponível, já que muitas vezes não contamos com o suporte adequado, seja financeiro ou estrutural. Precisamos de criatividade e jogo de cintura para enfrentar essas situações." (ID 20)

Além disso, os equipamentos e sistemas tecnológicos disponíveis não conseguem atender a todas as necessidades, gerando retrabalho manual e improvisações.

"Como mencionei, temos que nos virar com o que temos para apresentar resultados. As ferramentas e equipamentos possuem falhas, e, às vezes, precisamos fazer tudo manualmente, já que o sistema, que deveria fornecer a informação, falha. Nessas situações, precisamos de criatividade e jogo de cintura." (ID 20)

"Tentamos manter tudo o mais sistemático possível, mas, quando algo na rotina muda, precisamos nos adaptar. Seguimos as normas, mas, em várias situações, enfrentamos dificuldades e precisamos dar um jeitinho." (ID 18)

"Precisamos improvisar quando o processo não está documentado e fazemos diferente na prática. Porém, é importante parar o improviso e revisar as rotinas, documentando-as. Precisamos de padrões dentro do hospital; o improviso é sempre provisório. Por exemplo, no início improvisamos o descarte de colchões, mas depois estabelecemos um fluxo adequado." (ID 21)

A seguir, foi realizada uma síntese da análise intracasos de cada instituição hospitalar e a apresentação dessas unidades nas Tabelas 10, 11, 12 e 13.

4.6 Análise Intracasos: Síntese das Evidências de Bricolagem Social

Como já mencionado, no caso do hospital 1, as evidências de bricolagem social com a participação de stakeholders ocorrem principalmente quando há falta de leitos de internação, sendo a ajuda fornecida por outros hospitais que disponibilizam vagas. Esses hospitais também emprestam materiais ou equipamentos que frequentemente faltam, o que pode prejudicar o cuidado dos pacientes. Além disso, empresas privadas, colaboradores, a comunidade local e até os pacientes e seus familiares contribuem em eventos para arrecadar recursos destinados ao cuidado dos próprios pacientes. As instituições de ensino também são parceiros importantes, principalmente por oferecerem campos de estágio. Esses estagiários de diferentes áreas acabam substituindo a mão de obra que não pôde ser contratada de funcionários, e que seria difícil devido as dificuldades financeiras do hospital. A Tabela 10 apresenta uma síntese das evidências de bricolagem social com participação de stakeholders no Hospital 1 e suas atuações.

No hospital 2, a bricolagem social com a participação de stakeholders aparece na negociação com fornecedores, além da ajuda de outras instituições de saúde que investem na estrutura física ou na compra de equipamentos. Em contrapartida, o hospital oferece espaços para que essas clínicas realizem exames. Hospitais filantrópicos ou públicos também colaboram na falta de materiais hospitalares. A Tabela 11 apresenta uma síntese das evidências de bricolagem social com participação de stakeholders no hospital 2.

No hospital 3, destaca-se a ajuda dos stakeholders externos e internos durante a pandemia de Covid-19. O principal stakeholder foi o governo, que auxiliou com apoio financeiro para a criação de setores específicos para a Covid-19 e com assessoria profissional para ajudar os profissionais de saúde a mitigarem os efeitos da contaminação. Além da pandemia, os entrevistados relataram a ajuda do governo e de outras instituições hospitalares por meio do programa do Ministério da Saúde, com o apoio de profissionais para a assessoria no cuidado dos pacientes e na gestão. A Tabela 12 apresenta uma síntese de bricolagem social com participação de stakeholders no hospital 3.

No hospital 4, as evidências de bricolagem social com a participação de stakeholders envolvem a ajuda de benfeitores, que podem ser a comunidade local, grupos de voluntários ou empresas privadas, realizando doações financeiras ou não financeiras quando a instituição não possui recursos suficientes para atender os pacientes. Para ajuda não financeira, foram doados materiais para procedimentos, poltronas para pacientes, latas de tinta para adequação física, e outros. Os grupos de voluntários ajudaram em bazares e eventos beneficentes no hospital e

visitaram aos doentes em leitos hospitalares. Outros stakeholders importantes são as instituições de ensino, que oferecem bolsas de estudo para colaboradores do hospital, mão de obra para o cuidado dos pacientes e assessoria multiprofissional em troca do campo de estágio. A Tabela 13 apresenta uma síntese das evidências de bricolagem social com participação de stakeholders no hospital 4.

Tabela 10. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 1 e suas Atuações.

Problemas enfrentados	Tipos de stakeholders	Como os stakeholders ajudaram?	Benefícios gerados pelos stakeholders	Como os gestores aproveitaram a participação de stakeholders na bricolagem social?
Falta de leito hospitalar	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Recebendo o paciente na falta de leitos hospitalar.	Criação de mais leitos com doações vindas dos stakeholders.	Cedendo leitos hospitalares, gerando parceria de confiança e reciprocidade; Aumentando a ajuda mútua, pois também emprestam ou doam seus materiais ou equipamentos, ou seja, aumentaram a reciprocidade;
	Legisladores e Políticos	Repassando emendas parlamentares (recursos do orçamento público), para a instuição.	Recebimento de verbas a partir de mudanças da legislação, portarias ou concessões especiais obtidas por políticos.	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Governos	Repassando verbas contratualizadas.	Recebimento de verbas	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Empresas doadoras	Repassando doação financeira (dinheiro em espécie) ou não financeira (equipamentos, materiais, reformas).	Recebimento de doação financeira (dinheiro) ou não financeira (equipamentos, materiais, reformas).	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro, seja visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Gerando benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
Falta de equipamentos	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Emprestando ou doando equipamentos	Os pacientes receberam os cuidados de saúde.	Cedendo equipamentos, gerando parceria de confiança e reciprocidade.
	Empresas doadoras	Ajudando financeira e não financeiramente com doação de alimentos ou de seus produtos para hospital (Exemplo: a empresa Bauduco doa seus produtos)	Melhoraram os cuidados aos pacientes; Ajudaram a comprar equipamentos.	Aumentando canais de comunicação com parceiros, principalmente com a criação de um setor de acompanhamento e uso de ferramentas tecnológicas próprias; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas; Gerando benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Pacientes	Ajudando com mão de obra nos eventos beneficentes do hospital; Ajudando financeiramente	Supriram alguma necessidade do hospital, como a compra de equipamentos; Ajudaram nos cuidados aos pacientes; Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital.	Envolvendo os familiares dos pacientes nos eventos (principalmente da comunidade local); Gerando benefícios para os pacientes, como o aumento da qualidade do serviço; Aumentando canais de comunicação com parceiros, principalmente com a criação de um setor de acompanhamento e uso de ferramentas tecnológicas próprias.

Falta de dinheiro	Empresas médicas	Alugando algum setor do hospital para exames ou procedimentos; Encaminhando pacientes para internação hospitalar.	Aumentaram a receita do caixa; Ajudaram na precisão do diagnóstico e menos invasivos com procedimentos e/ou exames com tecnologia, Ajudaram na adequação física e ambiência; Ajudaram na fidelização do paciente com o encaminhamento para o hospital.	Buscando certificações de qualidade, como o processo de Acreditação Hospitalar (Normas internacionais de qualidade dos serviços); Utilizando auditorias internas e externas para acompanhamento de parcerias e busca de novas; Desenhando um fluxo de acompanhamento dos parceiros, com a inclusão no planejamento estratégico da Instituição; Proporcionando internamente espaços contínuos entre os gestores para discussão para melhorias.
	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente com doação (da parte da venda de seus produtos) para hospital.	Ajudaram com o melhor atendimento do paciente, suprimindo alguma necessidade; Ajudaram na adequação física dos hospital.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Pacientes	Ajudando com mão de obra nos eventos do hospital; Ajudando financeiramente.	Supriram alguma necessidade material no hospital; Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital.	Envolvendo os familiares aos pacientes nos eventos (principalmente da comunidade local); Gerando benefícios para os pacientes, como o aumento da qualidade do serviço; Aumentando canais de comunicação com parceiros, principalmente com a criação de um setor de acompanhamento e uso de ferramentas tecnológicas próprias.
	Comunidade local	Ajudando com a mão de obra nos eventos beneficentes do hospital; Ajudando financeiramente; Ajudando com a arrecadação de alimentos e materiais de higiene para pacientes; Ajudando com a doação de notas fiscais paulistas.	Supriram alguma necessidade material no hospital, seja material ou de equipamentos; Ajudaram no cuidado aos pacientes; Ajudaram nos eventos beneficentes para o hospital, seja com mão de obra, seja com doação de dinheiro ou utensílios para eventos.	Criando mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Desenvolvendo outras ações sociais, principalmente com a comunidade local.
Falta de adequação física	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente com doação de dinheiro para adequação física	Melhoraram o acompanhamento do paciente, suprimindo alguma necessidade o cuidado; Ajudaram com adequação física do hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.

	Empresas médicas	Alugando algum setor do hospital para exames ou procedimentos; Encaminhando pacientes para internação hospitalar.	Ajudaram no tratamento do paciente; Ajudaram no bem estar do funcionário; Ajudaram na reforma ou construção de adequação física e ambiência.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
Falta de capacitação e treinamento	Instituições de ensino	Ajudando na capacitação e treinamento dos funcionários, com troca de conhecimento; Cedendo bolsas de estudo para funcionários.	Trocaram conhecimento com as reuniões multidisciplinares, capacitação e treinamento; Ajudaram na precisão do diagnóstico aos pacientes e seus cuidados; Ajudaram na formação dos funcionários (bolsas de estudo); Melhoram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
- Falta de funcionários	Instituições de ensino	Ajudando no cuidado do paciente, com ajuda do estagiário	Ajudaram a otimizar custos pela não contratação de funcionários.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).

Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

Tabela 11. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 2 e suas Atuações.

Problemas enfrentados	Tipos de stakeholders	Como os stakeholders ajudaram?	Benefícios gerados pelos stakeholders	Como os gestores aproveitaram a participação de stakeholders na bricolagem social?
Falta de equipamentos	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Emprestando ou doando equipamentos	Os pacientes receberam os cuidados de saúde.	Aumentando a ajuda mútua, pois também emprestam ou doam seus materiais ou equipamentos, ou seja, aumentaram a reciprocidade;
	Governo	Repassando verbas contratualizadas.	Recebimento de verbas	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
Falta de dinheiro	Empresas médicas	Alugando algum setor do hospital para exames ou procedimentos; Encaminhando pacientes para internação hospitalar.	Aumentaram a receita do caixa; Ajudaram na precisão do diagnóstico e menos invasivos com procedimentos e/ou exames com tecnologia, Ajudaram na adequação física e ambiência; Ajudaram na fidelização do paciente com o encaminhamento para o hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Fornecedores	Ajudando financeiramente; Ajudando com doação de equipamentos; Cooperando com a prorrogação de prazos de pagamento e fazendo entregas no prazo.	Ajudaram a suprir alguma necessidade para cuidado do paciente.	Buscando a excelência da gestão e inserindo no estratégico no planejamento o acompanhamento das parcerias; Conseguindo maior abertura para renegociação e mantendo parceria de reciprocidade de ajuda, principalmente em crises (Pandemia da Covid-19 ou problemas internos); Revisando a política interna de avaliação de fornecedores; Adotando um sistema tecnológico de avaliação de fornecedores (com acompanhamento de desempenho e controle dos contratos); Ofertando treinamento para parceiros e negociando a nível de rede corporativa ou com outras instituições hospitalares para melhor precificação e condições; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Oferecendo capacitação aos parceiros com temas relacionados ao controle de infecção, gestão de riscos e política interna da instituição;

				Utilizando mentoria para gestão.
	Governo	Repassando verbas contratualizadas.	Recebimento de verbas	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
Falta de investimento para adequação física/manutenção/decoração de um setor hospitalar	Empresas médicas	Ajudando na melhoria da ambiência de algum setor do hospital	Ambiência agradável para pacientes e funcionários; Melhor atendimento do paciente; Otimizaram custos.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Governo	Repassando verbas contratualizadas.	Recebimento de verbas	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).

Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

Tabela 12. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 3 e suas Atuações.

Problemas enfrentados	Tipos de stakeholders	Como os stakeholders ajudaram?	Benefícios gerados pelos stakeholders	Como os gestores aproveitaram a participação de stakeholders na bricolagem social?
Falta de equipamentos	Governo	Ajudando a renovar o parque tecnológico com a compra de equipamentos.	Ajudaram no cuidado aos pacientes (uso da tecnologia trouxe diagnósticos mais precisos e procedimentos menos invasivos); Melhoraram as condições de trabalho dos funcionários (rapidez e precisão).	Participando das reuniões municipais, estaduais e federais; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos na pactuação dos serviços.
	Hospitais particulares	Doaram equipamentos como tablets.	Ajudaram no acompanhamento do paciente; Ajudaram no treinamento dos funcionários, possibilitando maior interação com os profissionais.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
Falta de dinheiro	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente com doação (da parte da venda de seus produtos) para hospital.	Ajudaram com o melhor atendimento do paciente, suprimindo alguma necessidade; Ajudaram na adequação física do hospital;	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Governo	Ajudando financeiramente com os convênios públicos; Ajudando com as emendas parlamentares. Ampliando a oferta de serviços.	Ajudaram a melhorar o cuidado do paciente; Ajudaram na compra de materiais para hospital; Ajudaram na compra de equipamentos tecnológicos; Ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários.	Participando das reuniões municipais, estaduais e federais; Cumprindo os serviços pactuados; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
Falta de profissionais	Hospitais particulares	Ajudando com a mentoria (reuniões e rodas de conversa online) para cuidados aos pacientes e capacitação dos funcionários de hospitais filantrópicos ou públicos (PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional	Os pacientes foram atendidos com maior precisão do diagnóstico; Ajudaram no treinamento dos funcionários.	Participando de programas oferecidos pelo governo federal a entidades filantrópicas e serviços públicos; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).

		do SUS), oferecido pelo Ministério da Saúde; Ofertando consulta online para pacientes, quando não se tem a especialidade.		
	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Ajudando com mentorias em equipes multidisciplinares para auxílio no diagnóstico aos pacientes, principalmente na pandemia da Covid-19.	Os pacientes foram atendidos com maior precisão do diagnóstico; Ajudaram no treinamento dos funcionários.	Aumentando a ajuda mútua, pois também emprestam ou doam seus materiais ou equipamentos, ou seja, aumentaram a reciprocidade.
Falta de assessoria	Hospitais particulares	Ajudando com a mentoria (reuniões e rodas de conversa online) para assessoria da gestão, principalmente com a ajuda no planejamento estratégico e capacitação dos gestores de hospitais filantrópicos ou públicos com a participação do PROADI (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), oferecido pelo Ministério da Saúde.	Ajudaram no equilíbrio dos indicadores de gestão; Ajudaram no treinamento dos funcionários; Ajudaram na busca de práticas de qualidade, como o processo de Acreditação Hospitalar (Normas internacionais de qualidade dos serviços); Ajudaram no cuidado de excelência aos pacientes.	Aproveitando das oportunidades de programas oferecidos pelo governo federal a entidades filantrópicas e serviços públicos; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Proporcionaram espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
	Governo	- Oferecendo o programa PROADI aos hospitais filantrópicos e públicos, que realiza a mentoria de outras instituições hospitalares de excelência para capacitação e treinamento dos funcionários; no cuidado do paciente e acompanhamento dos indicadores estratégicos.	Melhoraram o cuidado do paciente; Melhoraram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico; Ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários.	Aproveitando das oportunidades de programas oferecidos pelo governo federal a entidades filantrópicas e serviços públicos; Participando das reuniões municipais, estaduais e federais; Cumprindo os serviços pactuados; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.

Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

Tabela 13. Síntese dos Principais Stakeholders no Hospital 4 e suas Atuações.

Problemas enfrentados	Tipos de stakeholders	Como os stakeholders ajudaram?	Benefícios gerados pelos stakeholders	Como os gestores aproveitaram a participação de stakeholders na bricolagem social?
Falta de equipamentos	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente.	Melhoraram os cuidados aos pacientes; Ajudaram a comprar equipamentos.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Governo	Ajudando a renovar o parque tecnológico com a compra de equipamentos.	Ajudaram no cuidado aos pacientes (uso da tecnologia trouxe diagnósticos mais precisos e procedimentos menos invasivos); Melhoraram as condições de trabalho dos funcionários (rapidez e precisão).	Participando das reuniões municipais/estaduais/federais; Cumprindo os serviços pactuados; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
Falta de dinheiro	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente.	Ajudaram a melhorar o atendimento do paciente, suprimindo alguma necessidade; Ajudaram na adequação física do hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Fornecedores	Ajudando financeiramente; Ajudando com doação de equipamentos.	Estendendo prazos e renegociando preços; Ajudaram a suprir alguma necessidade para cuidado do paciente.	Conseguindo maior abertura para renegociação e mantendo parceria de reciprocidade de ajuda, principalmente em crises (Pandemia da Covid-19 ou problemas internos); Adotando um sistema tecnológico de avaliação de fornecedores (com acompanhamento de desempenho e controle dos contratos); Oferecendo capacitação aos parceiros com temas relacionados ao controle de infecção, gestão de riscos e política interna da instituição; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; -Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Governo	Ajudando financeiramente, uso de cartão emergencial	Ajudaram a melhorar o cuidado do paciente;	Participando das reuniões municipais/estaduais/federais;

			Ajudaram na compra de materiais para hospital;	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Grupos de voluntários	Ajudando financeiramente; Ajudando com a mão de obra em eventos para arrecadar recursos para hospital; Ajudando com a doação de materiais.	Ajudaram a suprir alguma necessidade do hospital; Ajudaram a suprir alguma necessidade para o cuidado aos pacientes.	Ajudando a criar sinergia entre a instituição e os voluntários (visitas ao hospital, entender como gostam de ajudar, formas de agradecer e divulgando o trabalho na mídia os trabalhos realizados pelos voluntários); Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação);
Falta de profissionais	Instituições de ensino	Ajudando com seus profissionais na avaliação e acompanhamento dos indicadores hospitalares; Ajudando com os estagiários, a suprir a mão de obra necessária na assistência aos pacientes; Dando a concessão de bolsas de estudos para os funcionários do hospital; Ajudando na capacitação e treinamento dos funcionários (reuniões, rodas de conversa); Ajudando com atuação de profissionais, como nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.	Ofereceram seu conhecimento específico para o cuidado aos pacientes; Trocaram conhecimento e ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários do hospital; Ajudaram na formação dos profissionais com a concessão de bolsas de estudo; Melhoram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico.	Contratando os estagiários (dando oportunidades para os alunos e facilitando o processo de seleção para setor de recursos humanos);Criando mecanismos de melhor acompanhamento dos supervisores/professores/estagiários, com um profissional do hospital para monitoramento (como a alocação de uma pessoa específica para acompanhamento dessa parceria); Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa). Proporcionando contínuos espaços internos de discussão para melhorias das parcerias, com a criação de comitês internos.
Falta de assessoria	Governo	Oferecendo cursos e treinamentos.	Melhoraram o cuidado do paciente; Melhoraram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico; Ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários.	Aproveitando das oportunidades de programas oferecidos pelo governo federal a serviços públicos; Participando das reuniões municipais/estaduais/federais; Cumprindo os serviços pactuados; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
Falta de adequação física	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente com doação de dinheiro para adequação física	Melhoraram o acompanhamento do paciente, suprimindo alguma necessidade o cuidado; Ajudaram com adequação física do hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.

Falta de membro da comunidade	Comunidade local	Participando no comitê de ética do hospital.	Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital; Como membros do comitê de ética, ajudaram a resguardar os interesses, a integridade e dignidade das pessoas nas pesquisas.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Desenvolvendo outras ações sociais, principalmente com a comunidade local.
Falta de capacitação e treinamento	Instituições de ensino	Cedendo o espaço da Universidade para capacitação e treinamento; Disponibilizando equipamento com simulação realística de cuidados para o paciente; Ajudando na capacitação e treinamento dos funcionários, com troca de conhecimento; Cederam bolsas de estudo para funcionários; Ajudando com seus profissionais na avaliação e acompanhamento dos indicadores hospitalares.	Trocaram conhecimento com as reuniões multidisciplinares, capacitação e treinamento; Ajudaram na precisão do diagnóstico aos pacientes e seus cuidados; Ajudaram na formação dos funcionários (bolsas de estudo); Melhoram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos. Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
Falta de espaço físico	Instituições de ensino	Cedendo o espaço físico da Universidade para capacitação e treinamento.	Ajudaram a resolver o problema de espaço físico no hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
Falta de materiais	Grupos de voluntários	Apoiando financeiramente; Apoio não financeiro com doação de materiais para hospital; Apoiando com a mão de obra em eventos para arrecadar recursos para hospital.	Ajudaram a suprir alguma necessidade do hospital; Ajudaram a suprir alguma necessidade para o cuidado aos pacientes.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação);
Falta de apoio aos pacientes	Grupos de voluntários	Visitando os doentes (levando motivação)	Ajudando no apoio motivacional aos pacientes.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Oferecendo capacitação aos parceiros com temas relacionados ao controle de infecção, gestão de riscos e política interna da instituição.

Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

As Tabelas de 10 a 14, ainda mostram as ações dos gestores sociais. Nos dados do Hospital 1 aparecem o uso de tecnologias para manter ou criar parcerias, com a aquisição de plataformas específicas para monitoramento dos parceiros, a importância dos indicadores do planejamento estratégico para acompanhamento dos parceiros, a necessidade de sinergia com os parceiros, seja criando formas de agradecer e entendendo como os parceiros gostam de ajudar. Para os gestores do hospital 2, a ênfase de suas ações foi dada no cumprimento dos indicadores do planejamento estratégico para acompanhamento dos parceiros, a atenção com a prestação de contas, a ética nas relações e o cumprimento das exigências dos órgãos reguladores. Os entrevistados do hospital 3, mencionaram a importância da sinergia com os principais parceiros, cumprimento dos requisitos de transparência na prestação de contas e atenção aos prazos estabelecidos e negociados com os parceiros, Por fim, para os gestores do Hospital 4, foi necessário criar maior sinergia com os parceiros, estimular ações sociais para a comunidade local, estimular a participação dos pacientes e seus familiares, em eventos do hospital e comparecer as reuniões dos conselhos de bairro e de saúde.

Como se pode perceber, há um conjunto de ações que explicam como os gestores conseguem a participação de stakeholders na bricolagem social. Em seguida, apresenta-se a análise intercasos e a síntese geral dos achados da pesquisa.

4.7 Análise Intercasos: síntese geral dos achados da pesquisa

Apresenta-se uma análise comparativa dos quatro estudos de caso. A análise foi realizada com base nas semelhanças e diferenças entre as instituições hospitalares, buscando identificar elementos que expliquem como os gestores utilizam a bricolagem social com a participação de stakeholders para atender às necessidades de saúde da população menos favorecida. Embora as instituições hospitalares sejam três filantrópicas e uma pública, todas atendendo à população mais vulnerável, suas abordagens e o modo como empregam os componentes da bricolagem social com participação de stakeholders diferem entre si.

As instituições apresentam características distintas quanto ao tempo de fundação, capacidade de leitos, percentual de atendimento pelo SUS, local de atuação e formas de pagamento, conforme mostrado na Tabela 6, como também possuem alguns serviços diferenciados e variam quanto ao tipo de stakeholders envolvidos (Tabela 14).

Tabela 14. Tipos de stakeholders por Instituição Hospitalar.

Tipos de Stakeholders	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4
Outras instituições de saúde	Sim	Sim	Sim	Não
Empresas médicas	Sim	Sim	Não	Não
Empresas doadoras	Sim	Sim	Não	Sim
Pacientes	Sim	Não	Não	Não
Comunidade local	Sim	Não	Não	Não
Instituições de Ensino	Sim	Sim	Não	Sim
Governo (Secretarias de saúde)	Não	Não	Sim	Sim
Legisladores e políticos	Sim	Não	Não	Não
Grupo de voluntários	Não	Não	Não	Sim
Fornecedores	Não	Sim	Não	Sim

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Para os entrevistados do hospital 1, os profissionais estão desenvolvendo seu próprio modo de gerenciar os principais parceiros por meio da aquisição de um software chamado Salesforce, que aproxima empresas e pessoas, com foco em atendimento ao cliente, marketing, inteligência artificial, gestão de comunidades e criação de aplicativos. O hospital 1 foi o único a mencionar que há uma mobilização contínua de pessoas para eventos em datas comemorativas com o objetivo de arrecadar recursos financeiros, uma iniciativa que faz parte da cultura institucional. Além disso, a parceria com empresas privadas está bem estabelecida, proporcionando ajuda financeira e não financeira.

No caso do hospital 2, a preocupação é ter parceiros que estejam em conformidade com os órgãos reguladores, que adotem práticas éticas e possuam documentos atualizados, conforme as exigências estabelecidas. Os gestores destacam principalmente as parcerias com fornecedores.

No hospital 3, os entrevistados destacam a importância da bricolagem social e das parcerias durante a crise da Covid-19, com a criação de comitês externos que contaram com a participação da prefeitura, de outros hospitais e de unidades de saúde, buscando soluções para amenizar a propagação e os danos causados pela pandemia no município. O hospital 3 também ressalta sua participação em um programa federal para ajudar instituições filantrópicas de saúde, contando com o apoio de profissionais de hospitais de excelência para assessoria em diagnósticos, rodas de conversas terapêuticas e até doações de equipamentos.

No caso do hospital 4, destaca-se a ajuda de empresas privadas e de grupos de voluntários para atender às diversas necessidades dos pacientes, devido à morosidade do sistema público em resolver os problemas.

Uma ação comum realizada pelos gestores hospitalares é a parceria com instituições de ensino, que colaboram com mão de obra para o cuidado dos pacientes, oferecem apoio multidisciplinar e disponibilizam bolsas de estudo para os colaboradores. O governo também foi mencionado por oferecer apoio para a ampliação de convênios públicos e programas.

Como pode-se observar, há diferentes formas de atuação dos stakeholders nas instituições hospitalares. Assim, para demonstrar as evidências da distribuição dessas atuações, a Tabela 15 apresenta as coocorrências dos códigos abertos, separados em seus respectivos grupos seletivos (ações, desafios, estratégias e gestão de empreendedorismo social), a partir do software Atlas.ti24.

Nota-se na Tabela 15, o destaque está para os desafios das parcerias. Os entrevistados mencionam a falta de acompanhamento das parceiras, embora esteja no planejamento estratégico. Outra dificuldade é a integração e o diálogo com os profissionais dos níveis de atendimento primário, secundário e terciário, pois a ênfase da prestação de serviços de saúde, está nos cuidados curativos e pouco investimento nos cuidados que estimulem o bem-estar e a prevenção. A parceria com o governo foi mencionada como um problema, pois há excessos de burocracia, a falta de diálogo nas negociações dos contratos e a defasagem dos pagamentos realizados pelo governo, para os serviços prestados pelas instituições hospitalares, pois a tabela SUS, que é a lista geral dos procedimentos médicos, não cobre todos os gastos, gerando déficits mensais.

Para visualização das conexões dos códigos abertos foi construída uma rede de relações (Figura 9). A partir do software Atlas.ti24, pôde-se evidenciar a associação da bricolagem social com a atuação de stakeholders, por meio das instituições de ensino que oferecem mão de obra dos estagiários para suprir a falta de funcionários nas instituições hospitalares, do governo que colabora com as instituições filantrópicas com contratos de saúde, repasse de emendas parlamentares e na isenção de impostos. Para as instituições hospitalares públicas, há ainda o repasse de ajuda financeira com o auxílio de um cartão emergencial utilizado pelo diretor hospitalar.

As comunidades locais ajudam nos eventos beneficentes realizados pelos gestores, principalmente com doação financeira, na participação ativa, com a venda de ingressos e na organização das festas para arrecadar recursos. Também a comunidade local é importante na participação das reuniões mensais dos Conselhos de saúde, propondo melhorias, acompanhando a prestação de contas dos serviços de saúde e na apresentação do planejamento anual das unidades hospitalares. A seguir, a Figura 9 mostra as redes de relações com os códigos abertos.

Tabela 15. Coocorrência de Códigos abertos por Entrevista.

Entrevistados (ID)	ID1	ID2	ID3	ID4	ID5	ID6	ID7	ID8	ID9	ID10	ID11	ID12	ID13	ID14	ID15	ID16	ID17	ID18	ID19	ID20	ID21	Total
Códigos abertos																						
<i>Dimensão Ações Empreendedorismo Social</i>																						
● Assessoria externa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	6	0	0	0	0	0	10
● Atuação de stakeholders	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	1	0	3	0	0	1	3	1	21
● Bricolagem social	0	3	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	1	0	3	1	1	1	3	1	20
● Suporte Financeiro	1	8	0	2	0	0	1	0	1	1	2	0	4	0	0	0	2	4	0	0	0	26
● Suporte Não Financeiro	4	5	1	1	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1	3	2	2	0	0	0	24
● Voluntariado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	1	1	2	0	0	2	14
<i>Dimensão Desafios Empreendedorismo Social</i>																						
● Avaliação de parceiros	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	8
● Comunicação com parceiros	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
● Desafios das parcerias	1	3	0	0	4	6	1	3	4	3	0	0	0	0	0	2	2	5	2	8	0	44
● Fidelização Paciente	0	0	4	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	4	3	0	0	1	0	17
● Novas Parcerias	3	3	0	0	2	0	0	1	1	3	2	2	1	2	0	4	1	1	1	0	0	27
● Sinergia com parceiros	5	3	1	3	2	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	21
<i>Dimensão Estratégia Empreendedorismo Social</i>																						
● Certificações, Capacitação e Treinamento	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4	0	5	2	0	1	16
● Estratégia de recursos humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	4	0	0	3	0	5	1	18
● Gestão estratégica	0	1	0	0	0	0	4	1	0	0	1	2	1	3	0	5	1	0	0	0	3	22
● Perspectiva Tecnológica	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0	2	1	12
● Qualidade do atendimento	0	1	0	1	2	2	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	15
<i>Dimensão Gestão Empreendedorismo Social</i>																						
● Ética nas parcerias	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
● Parceria Comunidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
● Parceria Governamental	1	2	1	0	0	0	0	1	2	2	2	1	2	3	1	1	6	3	0	3	3	34
● Parceria Instituições de Ensino	0	2	1	0	0	2	0	0	5	0	0	0	0	1	6	1	1	3	0	1	0	23
Totais	22	36	9	10	13	15	8	10	23	11	9	9	27	23	14	40	23	31	7	28	16	384

Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

```

graph TD
    NP[Novas Parcerias] -- "é geradora de" --> SP[Sinergia com parceiros]
    SP -- "é geradora de" --> NP
    GE[Gestão estratégica] -- "é direcionada de" --> NP
    GE -- "é direcionada de" --> SP
    GE -- "é direcionador de" --> PG[Parceria Governamental]
    GE -- "é direcionador de" --> PC[Parceria Comunidades]
    GE -- "é direcionador de" --> PIE[Parceria Instituições de Ensino]
    GE -- "é suportada por" --> EP[Ética nas parcerias]
    GE -- "está associado com" --> PT[Perspectiva Tecnológica]
    GE -- "é influenciada por" --> DP[Desafios das parcerias]
    GE -- "é direcionador de" --> ERH[Estratégia de recursos humanos]
    GE -- "é direcionador de" --> CCT[Certificações, Capacitação e Treinamento]
    GE -- "é direcionador de" --> QA[Qualidade do atendimento]
    PG -- "influencia a" --> AS[Atuação de stakeholders]
    PC -- "é parte de" --> AS
    PIE -- "é parte de" --> AS
    AS -- "está associado com" --> BS[Bricolagem social]
    AS -- "está associado com" --> SF[Suporte Financeiro]
    AS -- "está associado com" --> SNF[Suporte Não Financeiro]
    AS -- "está associado com" --> AE[Assessoria externa]
    AS -- "está associado com" --> V[Voluntariado]
    ERH -- "é causa de" --> CCT
    CCT -- "é parte de" --> QA
    QA -- "é parte de" --> FP[Fidelização Paciente]
    CCT -- "é direcionador de" --> AP[Avaliação de parceiros]
    QA -- "é direcionador de" --> AP
  
```

Na Figura 10, destacam-se os desafios das parcerias. A bricolagem social aparece próxima de ajuda de suporte financeiro e ajuda de suporte não financeiro. Esta ajuda é realizada pelos stakeholders, como o empréstimo ou a doação de equipamentos, a realização de eventos beneficentes para arrecadar recursos, a ajuda dos voluntários em festas para arrecadar dinheiro, a doação do percentual de vendas oferecida pelas empresas de alimentos, ajuda de empresas doadoras, que realizam adequações físicas, a visita dos doentes por voluntários, a arrecadação de cupons fiscais pelo comércio local e ajuda de hospitais particulares, que assessoram no diagnóstico dos pacientes.

103

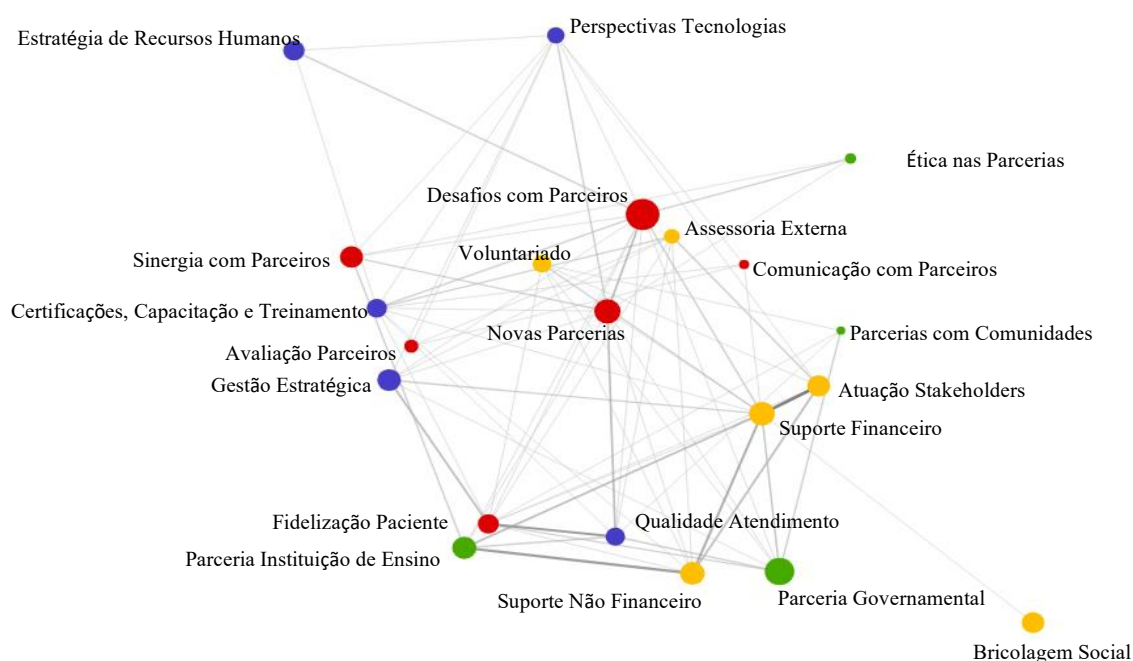
com as adequações físicas, e outros, visto que os recursos públicos são escassos. Para a ajuda não financeira, pode-se citar o apoio em eventos, a visita aos doentes, as doações de alimentos, combustíveis, medicamentos e outros.

Figura 10. Nuvem de Palavras dos Códigos Abertos.



Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

Figura 11. Gráfico de Direcionamento de Força dos códigos.



Fonte: Elaborada pela Autora (2024).

Em geral, a bricolagem social com a participação de stakeholders na área da saúde ocorre em cenários de empobrecimento da população, crises como a pandemia da Covid-19, burocratização do sistema governamental, ineficiência da saúde primária e secundária no

atendimento municipal, falta de cultura local de parcerias, hospitais em localidades com menor acesso a parceiros e poder de negociação, déficits no SUS e nas políticas públicas. Como consequência, observamos superlotação de leitos, falta de recursos financeiros, ausência de materiais, equipamentos, profissionais qualificados, adequada ambiência e estrutura física, além da falta de procedimentos e exames, prevenção nas unidades básicas de saúde, cuidados pós-alta hospitalares (retorno do paciente) e planejamento estratégico para parcerias. Além disso, há aumento das exigências fiscais por parte dos órgãos reguladores (vigilância sanitária, conselhos de saúde, fiscais e de categorias profissionais, órgãos judiciais, entre outros), indisponibilidade tecnológica (legados obsoletos), trabalho realizado manualmente, ausência de ferramentas para comunicação, acompanhamento e interação com parceiros, condições inadequadas de trabalho e salário (com profissionais migrando para hospitais particulares) e falta de um clima organizacional voltado para parceiros.

Proporcionalmente, em relação as parcerias, ocorre o descumprimento de acordos, falta de documentação exigida pelos órgãos reguladores, falta de comprometimento com prazos e aumento de ausências por parte de voluntários. Alguns parceiros acabam prejudicando o processo de certificação da qualidade hospitalar, que é um requisito importante, pois melhora a segurança para os pacientes, os processos hospitalares e a reputação dos hospitais. Ainda há a falta de autonomia para negociações de novas parcerias, o que dificulta mudanças de curto prazo. Em relação ao governo, observa-se que as instituições hospitalares fazem mais do que foi pactuado e não recebem pelos serviços prestados, e, quando recebem, há atrasos nos pagamentos. Nota-se a ausência de uma cultura de ajuda voltada para o valor social.

Por outro lado, os parceiros dos hospitais, como outras instituições de saúde (centros médicos, hospitais públicos, filantrópicos e particulares/convênios), empresas privadas de saúde que fornecem exames e procedimentos, outras empresas privadas, a comunidade local, voluntários, pacientes, familiares, instituições de ensino, fornecedores e o governo, acolhem pacientes na ausência de leitos, emprestam ou doam equipamentos e medicamentos, pagam pela locação de setores hospitalares e ajudam na fidelização dos pacientes, entre outras contribuições.

De maneira geral, para superar as limitações, os gestores precisam entregar os resultados gerenciais em suas instituições, tais como a prestação de contas de forma transparente, o cumprimento dos prazos estabelecidos nos contratos e a adoção de uma postura ética, bem como cumprir os indicadores prescritos em seus planejamentos estratégicos. Os gestores também aproveitam a participação desses stakeholders na bricolagem social, criando mecanismos de sinergia (maior interação, convites para visitas presenciais ao hospital,

comunicação de datas comemorativas, agradecimentos). Criando modelos de parceria próprios, as instituições buscaram aumentar a ajuda mútua e as contrapartidas, por meio da participação em conselhos comunitários, de apresentações transparentes na prestação de contas, de ampliação dos canais de comunicação e da inclusão, no planejamento estratégico, da gestão dessas parcerias.

Adicionalmente, investiram em tecnologia e criaram um setor de acompanhamento e comunicação com os parceiros, visando atender às práticas de qualidade, como, por exemplo, o processo de acreditação hospitalar (normas internacionais de qualidade dos serviços), com auditorias internas e externas. Além disso, estimularam o apoio emocional e o treinamento dos parceiros, ampliando parcerias com empresas médicas e desenvolvendo ações sociais, principalmente com a comunidade local. Como excelência na gestão, proporcionam espaços de discussão para melhorias, envolvendo pacientes em eventos direcionados, como reuniões de conselhos, rodas de conversa, pesquisas de satisfação e práticas éticas e transparentes nos relacionamentos.

O apêndice E sintetiza as ações dos empreendedores sociais com bricolagem social e a participação de stakeholders em três grupos: 1. realização de práticas de gestão, 2. estímulo de ações que incentivam a sinergia com os parceiros externos e 3. aquisição de tecnologia específica para acompanhamento e interação com os parceiros externos. A seguir, apresenta-se a discussão dos resultados.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As ações dos gestores sociais contando com a participação de stakeholders visaram melhorar o desempenho dos empreendimentos. Isso corrobora os estudos de Bacq *et al.*, (2015); Molecke & Pinkse, (2017); Heikkilä *et al.*, (2017); Morris *et al.*, (2019) e Ciambotti & Pedrini, (2021). As ações impactaram positivamente o empreendedorismo social, engajando diversos stakeholders, entendidos como parceiros, para resolver ou amenizar problemas sociais. Elas reforçaram a importância dessas atuações não somente durante a escassez de recursos, mas também na manutenção e no desenvolvimento da missão social. (Agarwal *et al.*, 2020; Garud & Gehman, 2012; Mateus & Sarkar, 2024).

Nas fases de crise, destacou-se o uso de bricolagem social no empreendedorismo social, com iniciativas emergenciais voltadas para resolver ou amenizar problemas. Cenários de dificuldades com o uso da bricolagem também foram tratados na literatura, elucidando os atores, o contexto, os processos e os resultados, o que aprimorou a compreensão e estimulou a investigação mais aprofundada do tema (Ciambotti *et al.*, 2021; Crupi *et al.*, 2022; Desa, 2012; Mateus & Sarkar, 2024).

Como relatado nas entrevistas pelos gestores hospitalares, em alguns momentos, a bricolagem social foi útil para amenizar ou conter a propagação dos efeitos pandêmicos da Covid-19 quando os profissionais de saúde precisaram ser criativos no uso dos recursos que possuíam. A pandemia da Covid-19 foi considerada um grande desafio recente de saúde pública global (Bacq *et al.*, 2015; Ibáñez *et al.*, 2022; Moore & Hawarden, 2020; Storr *et al.*, 2022). Neste período, o empreendedorismo social ofereceu diferentes formas de responder ao contágio da doença, o que demandou esforços especialmente do governo e dos gestores em saúde. A pesquisa de Crupi *et al.*, 2022 destacou o uso da bricolagem social e da agilidade organizacional para amenizar o contágio demonstrando que o uso bem-sucedido da bricolagem requer o conhecimento aprofundado das condições e recursos locais.

Entre outros desafios relatados pelos gestores, para melhorar o uso da participação dos stakeholders, foram evidenciadas a burocracia excessiva do sistema governamental, a necessidade de maior acompanhamento e monitoramento dos stakeholders externos, a ausência de uma cultura local e regional de ajuda mútua, além do baixo engajamento dos profissionais de saúde nas

assembleias e reuniões dos conselhos locais de saúde e a ineficiência dos cuidados de saúde primária e secundária. Além disso, os resultados mostraram dificuldades nas parcerias com fornecedores, com pouca capacidade de negociação, especialmente em hospitais localizados no interior dos Estados. As dificuldades na parceria com o governo também geraram desafios, como a falta de diálogo, o desconhecimento local das necessidades da região por parte dos governantes, atrasos no pagamento dos serviços e aumento dos déficits financeiros. Esses e outros desafios também foram citados na literatura científica (Heinze et al., 2016; Ibáñez et al., 2022; Siqueira et al., 2023).

A alta regulação nos empreendimentos sociais, com suas normas e órgãos fiscalizadores, é um limitador para a ampliação das atuações de stakeholders com o uso da bricolagem social. Ela conta com leis que fazem com que os gestores precisem estar atentos às parcerias, para atender aos requisitos regulatórios. Esse desafio também foi percebido por alguns autores (Desa, 2012; Mair & Martí, 2006; Agarwal et al., 2020). Outro fator limitante é a falta de incentivos governamentais para apoiar os esforços sociais. Os gestores hospitalares relataram a falta de diálogo nas negociações dos contratos, falta de conhecimento das necessidades da população local e a defasagem dos pagamentos realizados pelo governo, gerando déficits mensais nos hospitais. Os problemas relacionados com o governo também foram citados por Desa, 2012; Sadeghi et al., 2021; Steiner et al., 2022, Thorgren & Omoredede, 2018.

Convergindo com a aplicação de soluções subótimas nos hospitais quando foi usada a bricolagem social, estudos também mencionaram fraquezas no uso da bricolagem social, como a não adaptação, ações improvisadas e até ineficiência (Bush & Mashatan, 2022; Ladstaetter et al., 2018; Lanzara, 1999). No estudo de Lastaetter et al, 2018, destacam-se os efeitos da bricolagem social em um empreendimento social. Como resultado, notou-se que bricolagem social pode servir para resolver problemas no início de novas atividades e que, no longo prazo, a bricolagem social pode não se sustentar e a gestão exigir mais planejamento por parte dos empreendedores sociais.

Além disso, estas conclusões baseiam-se em um único empreendimento e necessitam de verificação adicional, sendo necessários outros estudos, como os estudos de casos múltiplos, uma vez que estes permitem replicação teórica (Yin, 2001) com resultados transferíveis para outros contextos (Noor et al., 2020). No entanto, poucos estudos investigaram como superar, compensar ou corrigir os pontos negativos da bricolagem social (Kickul & Lyons, 2012; Reypens et al., 2021). Em vez disso, descobriu-se que a bricolagem social pode ser uma lente teórica a ser usada e um

mecanismo, ainda que provisório, de resposta a restrições de recursos em cenários complexos ou de crise. A bricolagem pode ser vantajosa quando associada a outras estratégias e a curto prazo (Guo et al., 2018), pois, à medida que os empreendimentos crescem, a dependência da bricolagem se reduz.

Da mesma forma, esta tese evidencia que a bricolagem social foi reforçada nos hospitais estudados com a participação de diferentes stakeholders, incluindo o apoio da comunidade local, outras instituições hospitalares, empresas benfeitoras, fornecedores, pacientes e instituições de educação, sendo seu uso eficaz (An et al., 2018; Wu et al., 2017). A participação de stakeholders com a bricolagem social pôde melhorar o acesso ao atendimento dos pacientes, fomentando o apoio financeiro e não financeiro, substituindo a mão de obra não contratada, apoiando equipes multidisciplinares, disponibilizando serviços especializados, ajudando em eventos beneficentes e, como consequência, reforçando a ajuda mútua entre os diferentes stakeholders (Getnet et al., 2019).

Para o aproveitamento e o engajamento das parcerias pelos gestores hospitalares, foi importante o uso das tecnologias durante a pandemia, o que também acelerou mudanças e trouxe novas tendências digitais para o setor de saúde, como a telemedicina e o atendimento domiciliar, proporcionando uma redução expressiva de custos. É provável que, em todos os níveis da prestação de serviços em saúde, haja a necessidade de novos modelos de cuidados com pacientes e novos ambientes que incorporem atividades com maior uso da tecnologia. O avanço da tecnologia em saúde também foi descrito na literatura por alguns autores (Almeida, 2021; Bartoloni et al, 2022; Chandra et., 2022), promovendo a integração efetiva da tecnologia e de novas formas de cuidar e acompanhar os pacientes na saúde, bem como estimular melhorias em bem-estar, sustentabilidade e responsabilidade social. Especificamente, é importante implementar soluções tecnológicas que beneficiem a todos, como os cidadãos, o governo, as instituições, as indústrias, entre outros.

De maneira geral, as participações de stakeholders são consideradas essenciais para o bom desempenho do empreendedorismo social, mas, infelizmente, as instituições hospitalares ainda não dispõem de profissionais, equipamentos próprios e setores hospitalares suficientes para o acompanhamento ou a busca de parceiros. No entanto, projetos futuros de implantação sobre o tema poderão melhorar o desempenho dos stakeholders. Os resultados corroboram outras pesquisas que evidenciam o pouco aproveitamento dos principais stakeholders (Mckinsey & Company, 2020b) e indicam uma maior responsabilização dos gestores quanto aos resultados do

acompanhamento e da criação de novas parcerias. Além disso, os stakeholders de uma instituição são diversificados, o que requer o entendimento de cada grupo de stakeholders para melhor compreender suas necessidades (Chandra et al., 2022).

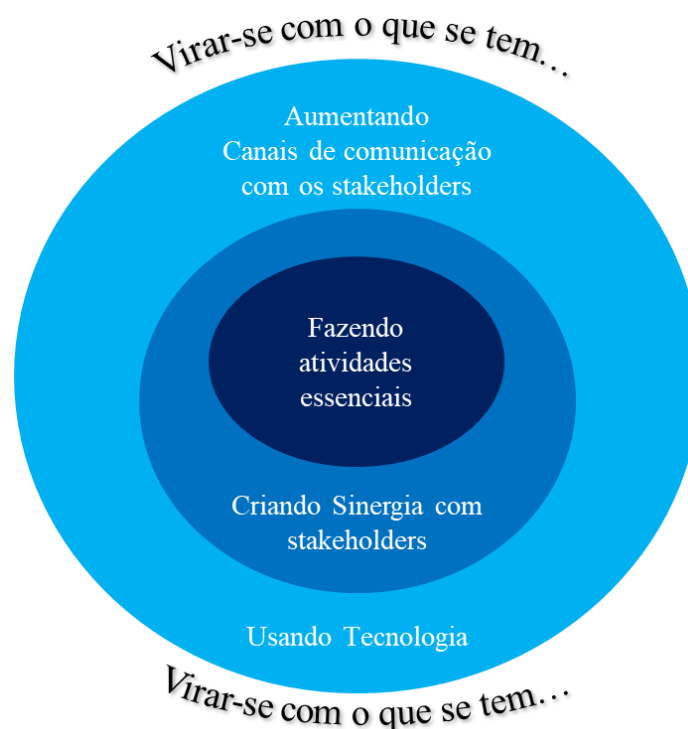
A partir dos resultados apresentados, pode-se compreender a atuação dos gestores em empreendimentos sociais com a participação de stakeholders externos na bricolagem social. Essa atuação foi realizada em menor ou maior grau pelos gestores hospitalares e pode ser entendida em três categorias:

1. Virar-se com o que se tem focando nas atividades essenciais: essas são ações ligadas à gestão e liderança nas instituições estudadas, tais como: prestação de contas transparente, execução do que foi pactuado nos prazos, boa gestão e entrega de resultados, manutenção da postura ética nas relações, atendimento aos princípios da política de humanização no cuidado com os pacientes, atendimento aos requisitos de qualidade preconizado pelos órgãos reguladores e pelo próprio processo de acreditação hospitalar, fortalecimento do setor de ouvidoria hospitalar, aplicação de pesquisas de satisfação, uso de mentoria para gestão, realização de auditorias internas e externas e desenho de um fluxo de acompanhamento dos stakeholders.
2. Virar-se com o que se tem criando sinergia com os parceiros: essas são ações que podem melhorar a experiência dos stakeholders, com as instituições estudadas, como: entender como os stakeholders gostam de ajudar, aumentar a ajuda mútua entre os parceiros, visitar os parceiros; criar formas criativas de agradecimento, convidar para visitas presenciais ao hospital (principalmente para evidenciar o que foi realizado com a ajuda), desenvolver outras ações sociais com a comunidade local, proporcionar espaços internos e externos contínuos para discussões sobre melhorias das parcerias, criar comitês internos e externos com equipes multidisciplinares, envolver os familiares dos pacientes nos eventos e contratar estagiários (dando oportunidades aos alunos e facilitando o processo de seleção, para setor de recursos humanos).
3. Virar-se com o que se tem aumentando os canais de comunicação com os parceiros e utilizando tecnologia: essa ação reforça a importância de adotar softwares que facilitem o gerenciamento de stakeholders e integrem as informações, para agilizar os processos, aumentar a satisfação dos parceiros e fortalecer seu engajamento. Pode-se citar a criação

de um setor específico para acompanhamento de parcerias e a aquisição de ferramentas tecnológicas, que melhorem o relacionamento com os principais stakeholders.

Esses são elementos centrais que ajudaram os gestores no aproveitamento das parcerias e no uso da bricolagem social, e que podem ser estabelecidos como estratégias para responder às necessidades sociais e garantir a sustentabilidade da prestação de serviços aos pacientes. O trabalho de Kwong et al. (2017) também explorou a importância das parcerias e seu impacto nos resultados da bricolagem em empreendimentos sociais, comparando os graus e tipos de parcerias (Kwong et al., 2017), demonstrando que a colaboração não apenas fortaleceu o empreendimento social, mas também ajudou na expansão das atividades e no aumento da oferta de produtos e serviços novos ou parcialmente novos. Neste sentido, propõe-se uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas (Figura 12), que integra os resultados da pesquisa teórica com os da pesquisa empírica e estabelece ligações com o empreendedorismo e a bricolagem sociais na área da saúde com a participação de stakeholders.

Figura 12. Síntese para o empreendedorismo social na área da saúde hospitalar.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Na Figura 12, a camada externa está relacionada ao uso de tecnologias específicas para ampliação, acompanhamento e monitoramento dos stakeholders externos. Os gestores citaram a aquisição de plataformas que podem auxiliar no gerenciamento do relacionamento com seus parceiros e integrar as informações relevantes. A camada intermediária está relacionada a criar e/ou manter sinergia com os stakeholders externos, estimulando a cooperação entre as partes. A camada interna está relacionada à capacidade de os gestores cumprirem suas tarefas diárias de gestão e liderança. Em formato de círculo, a Figura 12 também informa que as três categorias de ações dos gestores sociais nos hospitais estudados devem ocorrer simultaneamente, sem uma hierarquia de importância e que o uso da bricolagem social com participação de stakeholders precisa deste conjunto de categorias para desenvolver suas ações. Nesse sentido, essas categorias, juntas, além de estimular a participação dos stakeholders na bricolagem, também impulsionam a criação de valor social e ajudam na resolução dos problemas.

Esta tese ainda demonstra a importância de outros componentes para complementar os conhecimentos já publicados sobre o tema, mostrando como os stakeholders podem ser influenciados positivamente pelas ações dos gestores hospitalares. Alguns autores (An et al., 2018; Kwong et al., 2017; Wu et al., 2017) analisaram a bricolagem social com a participação de stakeholders e seus efeitos positivos nos empreendimentos. No entanto, poucos estudos abordam o setor de saúde hospitalar. Os resultados desta tese mostram que ações combinadas com bricolagem social e a participação de stakeholders podem trazer benefícios para as instituições hospitalares, e que as ações de empreendedorismo social, sintetizadas nas três categorias apresentadas na Figura 12, podem motivar um maior envolvimento dos stakeholders em sua participação, colaborando com o empreendedorismo social.

Este estudo ainda traz contribuições significativas. Em primeiro lugar, aprofunda a investigação existente sobre o tema de pesquisa, considerando as potenciais desvantagens da bricolagem social, como o fato de o setor de saúde ser altamente regulado por normas, o que limita o uso da bricolagem, pois os serviços hospitalares devem respeitar protocolos de segurança e qualidade e a bricolagem social pode utilizar recursos próprios com soluções de menor qualidade (Ladstaetter et al., 2018). A bricolagem social contrasta com a aquisição de recursos de alta qualidade (Desa, 2012).

Em segundo lugar, verifica-se que, em contextos de crise, a utilização da bricolagem social é útil no setor de saúde, mostrando que "virar-se com o que se tem" pode amenizar danos no curto

prazo e ser uma solução para rupturas temporárias, como evidenciado por outros autores (Kwong et al., 2017; Langevang & Namatovu, 2019; Nelson & Lima, 2020). Os entrevistados citaram a pandemia da Covid-19 como uma situação crítica e evidenciaram situações de bricolagem social com a participação de stakeholders, principalmente na criação de comitês com profissionais de outras instituições de saúde, na ajuda do governo, das comunidades, das instituições de ensino e de empresas benfeitoras com apoio financeiro e não financeiro, e também na formação e no treinamento dos profissionais por meio de assessorias externas (Oberoi et al., 2021; Sadeghi et al., 2021). Por fim, a bricolagem social pode ser usada para a manutenção da prestação de serviços de saúde, complementando ou gerando valor social em contexto de restrição (Mateus & Sarkar, 2024).

A bricolagem social com a participação de stakeholders pôde ser usada como estratégia. Uma visão multidimensional pode ser adotada sobre "virar-se com o que se tem" para cumprir as atividades essenciais; "virar-se com o que se tem" para criar sinergia com os stakeholders; e "virar-se com o que se tem" para aumentar os canais de comunicação com os stakeholders e utilizando tecnologias. Essas estratégias reforçam que parcerias importam e ajudam na resolução de problemas em saúde. Pesquisas futuras podem levar adiante a necessidade de construir outras estruturas mais sofisticadas para estimular um maior número de pessoas a se engajar no propósito social. Essas estruturas também podem desenvolver capacidades necessárias para envolver novos stakeholders em saúde hospitalar, beneficiando diretamente os pacientes e gerando valor para todos os envolvidos na prestação de serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o estudo sobre a bricolagem social e a participação de stakeholders na área hospitalar, algumas considerações finais se destacam, incluindo as contribuições do estudo para a teoria e a prática.

A bricolagem social demonstrou ser uma estratégia eficaz, especialmente em cenários de escassez de recursos ou momentos de crise, como evidenciado durante a pandemia. A capacidade dos profissionais de saúde de serem criativos e adaptáveis na utilização dos recursos disponíveis foi fundamental para enfrentar os desafios que emergiram.

A participação ativa dos stakeholders, incluindo comunidade local, governo, instituições de saúde, empresas e fornecedores, desempenhou um papel crucial no sucesso das iniciativas de bricolagem social. Essa participação não apenas ajudou a resolver problemas imediatos, mas também contribuiu para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e fortalecer as redes de apoio no setor hospitalar.

As contribuições desta tese para a teoria são significativas. A análise aprofundada da bricolagem social e de sua aplicação na área da saúde agregam conhecimento ao entendimento de como as organizações podem lidar com desafios complexos e variáveis. A identificação dos potenciais desvantagens da bricolagem social também direciona a pesquisa para o desenvolvimento de soluções que possam mitigar esses problemas, enriquecendo o campo teórico da gestão hospitalar. Estudos futuros podem explorar estratégias para superar essas limitações e maximizar o impacto positivo das parcerias criadas na participação e stakeholders e da criatividade na gestão hospitalar. Isso contribui para a construção de um conhecimento mais amplo sobre as melhores práticas na gestão hospitalar em contextos de escassez de recursos ou crise.

O estudo ainda apresenta outras limitações, visto que a análise realizada ocorre pela ótica do empreendedorismo social e da bricolagem social com a participação de stakeholders externos. Naturalmente, diferentes condições poderiam ser observadas a partir de outras lentes teóricas ou outros componentes da bricolagem social.

Como sugestões para pesquisas futuras, propõe-se a aplicação prática da síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas, como, por exemplo, uma pesquisa-ação em uma unidade hospitalar para acompanhar as ações de bricolagem social e a participação de stakeholders externos na instituição. Também

seria importante entrevistar pessoas das áreas de apoio, como enfermagem, nutrição e higienização, visto que atividades operacionais podem utilizar mais a bricolagem social.

Na prática, as contribuições são ainda mais evidentes. A implementação efetiva da bricolagem social e a colaboração com stakeholders resultam em melhorias concretas, como a resolução eficiente de problemas, o fortalecimento das parcerias, a inovação na prestação de serviços e a melhoria do acesso ao atendimento para os pacientes. Além disso, a conscientização sobre a importância das parcerias e da criatividade na gestão hospitalar pode estimular uma mudança de mentalidade entre os gestores e profissionais de saúde, incentivando a busca por soluções mais colaborativas e adaptáveis aos desafios do setor.

Acredita-se que a pergunta de pesquisa e o objetivo geral foram plenamente atendidos, principalmente com a criação da síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas. De maneira geral, o empreendedorismo social com bricolagem social e participação de stakeholders utiliza práticas essenciais para a boa manutenção de relações favoráveis com esses stakeholders, com destaque para a prestação de contas transparente, ética nas relações e atendimento aos requisitos dos inúmeros órgãos reguladores de saúde. Além disso, incentiva-se a sinergia institucional, que pode ser definida como o esforço realizado pelas várias partes em prol do bem comum, constituído por cooperação, lealdade, respeito, comprometimento e união. Os gestores hospitalares devem pensar em mecanismos internos para incentivar a satisfação dos stakeholders externos como formas de agradecer a ajuda recebida e maneiras criativas de envolver e manter a colaboração. Esses esforços coletivos agregam vantagens competitivas para as instituições, pois são difíceis de serem replicados pelos concorrentes.

Outro elemento importante é o aumento dos canais de comunicação, acompanhamento e avaliação dos parceiros externos, principalmente com o uso de tecnologia, como plataformas que acompanhem não só os pacientes, mas também os principais stakeholders da instituição.

Enfim, conclui-se que a bricolagem social com a participação de stakeholders é essencial para uma gestão eficaz no empreendedorismo social da área hospitalar. Suas contribuições não só fortalecem a resiliência das instituições de saúde diante de desafios, mas também promovem a busca por soluções mais colaborativas, adaptáveis e sustentáveis, beneficiando diretamente pacientes, profissionais de saúde e toda a comunidade envolvida no cuidado da saúde.

Além disso, o ineditismo da tese está principalmente na apresentação da síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas, oferecendo um instrumental de análise para resolver problemas sociais com a ajuda de parcerias com stakeholders para as organizações.

- Abrishami, P., & Repping, S. (2019). Nurturing Societal Values in and Through Health Innovations Comment on “What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address?” *International Journal of Health Policy and Management*, 8(10), 613–615. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.57>
- Agarwal, N., Chakrabarti, R., Prabhu, J. C., & Brem, A. (2020). Managing dilemmas of resource mobilization through study of social enterprises in Indian healthcare. *Strategic Entrepreneurship Journal*, 14(3), 419–443. <https://doi.org/10.1002/sej.1362>
- Ahmed, T., D’Souza, C., Ahmed, R., Nanere, M., & Khashru, A. (2021). Unpacking microlevel social-purpose organisation in a less affluent economy: The cases of type 2 social business. *Journal of Business Research*, 125, 621–629. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.02.001>
- Alexander, B. N. (2020). Leading collective action to address wicked problems. *Nonprofit Management and Leadership*, 30(3), 445–465. <https://doi.org/10.1002/nml.21394>
- Alexander, G. L., Georgiou, A., Doughty, K., Hornblow, A., Livingstone, A., Dougherty, M., Jacobs, S., & Fisk, M. J. (2020). Advancing health information technology roadmaps in long term care. *International Journal of Medical Informatics*, 136, 104088. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104088>
- Allen, L. K., Hetherington, E., Manyama, M., Hatfield, J. M., & Van Marle, G. (2010). Using the social entrepreneurship approach to generate innovative and sustainable malaria diagnosis interventions in Tanzania: A case study. *Malaria Journal*, 9(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-9-42>
- Almeida, F. (2021). Innovative response initiatives in the European Union to mitigate the effects of COVID-19. *Journal of Enabling Technologies*, 15(1), 40–52. <https://doi.org/10.1108/JET-09-2020-0039>
- Alvarez, S. A., & Sachs, S. (2023). Where Do Stakeholders Come From? *Academy of Management Review*, 48(2), 187–202. <https://doi.org/10.5465/amr.2019.0077>
- Amini, Z., Arasti, Z., & Bagheri, A. (2018). Identifying social entrepreneurship competencies of managers in social entrepreneurship organizations in healthcare sector. *Journal of Global Entrepreneurship Research*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s40497-018-0102-x>
- An, W., Zhao, X., Cao, Z., Zhang, J., & Liu, H. (2018). How Bricolage Drives Corporate Entrepreneurship: The Roles of Opportunity Identification and Learning Orientation. *Journal of Product Innovation Management*, 35(1), 49–65. <https://doi.org/10.1111/jpim.12377>
- Austin, J., Stevenson, H., & Wei-Skillern, J. (2012). Social and commercial entrepreneurship: Same, different, or both? *Revista de Administração*, 47(3), 370–384. <https://doi.org/10.5700/rausp1055>
- Bacq, S., Geoghegan, W., Josefy, M., Stevenson, R., & Williams, T. A. (2020). The COVID-19 Virtual Idea Blitz: Marshaling social entrepreneurship to rapidly respond to urgent grand challenges. *Business Horizons*, 63(6), 705–723. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2020.05.002>
- Bacq, S., Ofstein, L. F., Kickul, J. R., & Gundry, L. K. (2015). Bricolage in Social Entrepreneurship: How Creative Resource Mobilization Fosters Greater Social Impact. *The International Journal of Entrepreneurship and Innovation*, 16(4), 283–289. <https://doi.org/10.5367/ijei.2015.0198>

- Baker, T., & Nelson, R. E. (2005). Creating Something from Nothing: Resource Construction through Entrepreneurial Bricolage. *Administrative Science Quarterly*, 50(3), 329–366. <https://doi.org/10.2189/asqu.2005.50.3.329>
- Barbosa, F. P. M., & Davel, E. (2021). Improvisação organizacional: Desafios e perspectivas para o ensino-aprendizagem em administração. *Cadernos EBAPE.BR*, 19(4), 1016–1030. <https://doi.org/10.1590/1679-3951220200191>
- Barraket, J., Eversole, R., Luke, B., & Barth, S. (2019). Resourcefulness of locally-oriented social enterprises: Implications for rural community development. *Journal of Rural Studies*, 70, 188–197. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2017.12.031>
- Bartoloni, S., Calò, E., Marinelli, L., Pascucci, F., Dezi, L., Carayannis, E., Revel, G. M., & Gregori, G. L. (2022). Towards designing society 5.0 solutions: The new Quintuple Helix - Design Thinking approach to technology. *Technovation*, 113, 102413. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2021.102413>
- Basu, S., & Sharma, A. (2014). Exploring Stewardship as an Antecedent Behavioural Trait of Social Entrepreneurs. *The Journal of Entrepreneurship*, 23(1), 19–33. <https://doi.org/10.1177/0971355713513347>
- Battilana, J., Sengul, M., Pache, A.-C., & Model, J. (2015). Harnessing Productive Tensions in Hybrid Organizations: The Case of Work Integration Social Enterprises. *Academy of Management Journal*, 58(6), 1658–1685. <https://doi.org/10.5465/amj.2013.0903>
- Bendell, B. L., & Nesij Huvaj, M. (2020). Does stakeholder engagement through corporate social and environmental behaviors affect innovation? *Journal of Business Research*, 119, 685–696. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.10.028>
- Bielefeld, W. (2009). Issues in Social Enterprise and Social Entrepreneurship. *Journal of Public Affairs Education*, 15(1), 69–86. <https://doi.org/10.1080/15236803.2009.12001544>
- Bocken, N., Short, S., Rana, P., & Evans, S. (2013). A value mapping tool for sustainable business modelling. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 13(5), 482–497. <https://doi.org/10.1108/CG-06-2013-0078>
- Böhling, K., Murguía, D. I., & Godfrid, J. (2019). Sustainability Reporting in the Mining Sector: Exploring Its Symbolic Nature. *Business & Society*, 58(1), 191–225. <https://doi.org/10.1177/0007650317703658>
- Brandsen, T., Pestoff, V., & Verschuere, B. (2013). Co-production as a maturing concept. Em *New public governance, the third sector, and co-production* (p. 19–28). Routledge.
- Briner, R. B., & Denyer, D. (2012). Systematic Review and Evidence Synthesis as a Practice and Scholarship Tool. Em D. M. Rousseau (Org.), *The Oxford Handbook of Evidence-Based Management* (1º ed, p. 112–129). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199763986.013.0007>
- Burrell, G., & Morgan, G. (2017). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis* (0 ed). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315242804>
- Busch, C., & Barkema, H. (2021). From necessity to opportunity: Scaling bricolage across resource-constrained environments. *Strategic Management Journal*, 42(4), 741–773. <https://doi.org/10.1002/smj.3237>
- Bush, M., & Mashatan, A. (2022). From Zero to One Hundred: Demystifying zero trust and its implications on enterprise people, process, and technology. *Queue*, 20(4), 80–106. <https://doi.org/10.1145/3561799>
- Calò, F., Teasdale, S., Donaldson, C., Roy, M. J., & Baglioni, S. (2018). Collaborator or competitor: Assessing the evidence supporting the role of social enterprise in health and

- social care. *Public Management Review*, 20(12), 1790–1814. <https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1417467>
- Canestrino, R., Ćwiklicki, M., Magliocca, P., & Pawełek, B. (2020). Understanding social entrepreneurship: A cultural perspective in business research. *Journal of Business Research*, 110, 132–143. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.01.006>
- Castelló, I., Etter, M., & Årup Nielsen, F. (2016). Strategies of Legitimacy Through Social Media: The Networked Strategy: Strategies of Legitimacy Through Social Media. *Journal of Management Studies*, 53(3), 402–432. <https://doi.org/10.1111/joms.12145>
- Chahine, T. (2021). Toward an Understanding of Public Health Entrepreneurship and Intrapreneurship. *Frontiers in Public Health*, 9, 593553. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.593553>
- Chandra, Y., Shang, L., & Roy, M. J. (2022). Understanding Healthcare Social Enterprises: A New Public Governance Perspective. *Journal of Social Policy*, 51(4), 834–855. <https://doi.org/10.1017/S0047279421000222>
- Chell, E., Nicolopoulou, K., & Karataş-Özkan, M. (2010). Social entrepreneurship and enterprise: International and innovation perspectives. *Entrepreneurship & Regional Development*, 22(6), 485–493. <https://doi.org/10.1080/08985626.2010.488396>
- Ciambotti, G., Sgrò, F., Bontis, N., & Zaccone, M. C. (2021). Local relationships matter! The impact of intellectual capital on entrepreneurial bricolage in African social entrepreneurs. *Knowledge and Process Management*, 28(4), 321–330. <https://doi.org/10.1002/kpm.1678>
- Conklin, E. J. (2006). *Dialogue mapping: Building shared understanding of wicked problems*. Wiley.
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (2021). *Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS: diálogo no cotidiano. 2 ed. Digital – revisada e ampliada*. https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf
- Consiglio, S., Riitano, A., & Zabatino, A. (2015). *Sud innovation: Patrimonio culturale, innovazione sociale e nuova cittadinanza*. FrancoAngeli.
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
- Crupi, A., Liu, S., & Liu, W. (2022). The top-down pattern of social innovation and social entrepreneurship. Bricolage and agility in response to COVID-19: Cases from China. *R&D Management*, 52(2), 313–330. <https://doi.org/10.1111/radm.12499>
- Cucino, V., Lungu, D. A., De Rosis, S., & Piccaluga, A. (2023). Creating Value from Purpose-Based Innovation: Starting from Frailty. *Journal of Social Entrepreneurship*, 1–29. <https://doi.org/10.1080/19420676.2023.2263768>
- Dacin, M. T., Dacin, P. A., & Tracey, P. (2011). Social Entrepreneurship: A Critique and Future Directions. *Organization Science*, 22(5), 1203–1213. <https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0620>
- Dacin, P. A., Dacin, M. T., & Matear, M. (2010). Social Entrepreneurship: Why We Don't Need a New Theory and How We Move Forward From Here. *Academy of Management Perspectives*, 24(3), 37–57. <https://doi.org/10.5465/amp.24.3.37>
- Dahles, H., Khieng, S., Verver, M., & Manders, I. (2020). Social entrepreneurship and tourism in Cambodia: Advancing community engagement. *Journal of Sustainable Tourism*, 28(6), 816–833. <https://doi.org/10.1080/09669582.2019.1706544>

- Dawkins, C. E. (2021). An Agonistic Notion of Political CSR: Melding Activism and Deliberation. *Journal of Business Ethics*, 170(1), 5–19. <https://doi.org/10.1007/s10551-019-04352-z>
- De Bakker, F. G. A., Den Hond, F., King, B., & Weber, K. (2013). Social Movements, Civil Society and Corporations: Taking Stock and Looking Ahead. *Organization Studies*, 34(5–6), 573–593. <https://doi.org/10.1177/0170840613479222>
- Dees, J. G. (2001). The meaning of social entrepreneurship. *Center for the Advancement of Social Entrepreneurship*. www.caseatduke.org/documents/dees_sedef.pdf
- Dees, J. G., Anderson, B. B., & Wei-Skillern, J. (2004). Scaling social impact. *Stanford social innovation review*, 1(4), 24–32.
- Den Hond, F., & De Bakker, F. G. A. (2007). Ideologically motivated activism: How activist groups influence corporate social change activities. *Academy of Management Review*, 32(3), 901–924. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.25275682>
- Desa, G. (2012). Resource Mobilization in International Social Entrepreneurship: Bricolage as a Mechanism of Institutional Transformation. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 36(4), 727–751. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6520.2010.00430.x>
- Desai, V. M. (2018). Collaborative Stakeholder Engagement: An Integration between Theories of Organizational Legitimacy and Learning. *Academy of Management Journal*, 61(1), 220–244. <https://doi.org/10.5465/amj.2016.0315>
- Di Domenico, M., Haugh, H., & Tracey, P. (2010). Social Bricolage: Theorizing Social Value Creation in Social Enterprises. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 34(4), 681–703. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6520.2010.00370.x>
- Dopelt, K., Mordehay, N., Goren, S., Cohen, A., & Barach, P. (2023). “I Believe More in the Ability of the Small Person to Make Big Changes”: Innovation and Social Entrepreneurship to Promote Public Health in Israel. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(9), 1787–1800. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13090130>
- Dutta, S. (2019). Seeing parochially and acting locally: Social exposure, problem identification and social entrepreneurship. *Journal of Business Venturing*, 34(6), 105942. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2019.06.003>
- Dwivedi, A., & Weerawardena, J. (2018). Conceptualizing and operationalizing the social entrepreneurship construct. *Journal of Business Research*, 86, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.01.053>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532–550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25–32. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2007.24160888>
- Farmer, J., Hill, C., & Muñoz, S.-A. (Orgs.). (2012). *Community Co-Production: Social Enterprise in Remote and Rural Communities*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781849808415>
- Ferraz, O. L. M., & Vieira, F. S. (2009). Direito à saúde, recursos escassos e equidade: Os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados*, 52(1), 223–251. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582009000100007>
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. SAGE Publications. <https://books.google.com.br/books?id=sFv1oWX2DoEC>

- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Fowler, E. A. R., Coffey, B. S., & Dixon-Fowler, H. R. (2019). Transforming Good Intentions into Social Impact: A Case on the Creation and Evolution of a Social Enterprise. *Journal of Business Ethics*, 159(3), 665–678. <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3754-5>
- Freeman, C. (2001). A hard landing for the ‘New Economy’? Information technology and the United States national system of innovation. *Structural Change and Economic Dynamics*, 12(2), 115–139. [https://doi.org/10.1016/S0954-349X\(01\)00017-0](https://doi.org/10.1016/S0954-349X(01)00017-0)
- Freeman, R. E. (Org.). (2013). *Stakeholder theory: The state of the art* (3. print). Cambridge Univ. Press.
- Freudenreich, B., Lüdeke-Freund, F., & Schaltegger, S. (2020). A Stakeholder Theory Perspective on Business Models: Value Creation for Sustainability. *Journal of Business Ethics*, 166(1), 3–18. <https://doi.org/10.1007/s10551-019-04112-z>
- Garud, R., & Gehman, J. (2012). Metatheoretical perspectives on sustainability journeys: Evolutionary, relational, and durational. *Research Policy*, 41(6), 980–995. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2011.07.009>
- GEM. (2022). *Global Entrepreneurship Monitor 2021/2022: Global Report Opportunity Amid Disruption*. <https://www.gemconsortium.org/>
- Getnet, H., O’Cass, A., Ahmadi, H., & Siahtiri, V. (2019). Supporting product innovativeness and customer value at the bottom of the pyramid through context-specific capabilities and social ties. *Industrial Marketing Management*, 83, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2018.11.002>
- Ghalwash, S., & Ismail, A. (2022). Resource Orchestration Process in the Limited-Resource Environment: The Social Bricolage Perspective. *Journal of Social Entrepreneurship*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/19420676.2021.2020152>
- Ghalwash, S., Tolba, A., & Ismail, A. (2017). What motivates social entrepreneurs to start social ventures?: An exploratory study in the context of a developing economy. *Social Enterprise Journal*, 13(3), 268–298. <https://doi.org/10.1108/SEJ-05-2016-0014>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Godinho, M. A., Ashraf, M. M., Narasimhan, P., & Liaw, S.-T. (2020). Community health alliances as social enterprises that digitally engage citizens and integrate services: A case study in Southwestern Sydney (protocol). *DIGITAL HEALTH*, 6, 205520762093011. <https://doi.org/10.1177/2055207620930118>
- Goodman, J., Korsunova, A., & Halme, M. (2017). Our Collaborative Future: Activities and Roles of Stakeholders in Sustainability-Oriented Innovation: Stakeholder Activities and Roles in Sustainability-Oriented Innovation. *Business Strategy and the Environment*, 26(6), 731–753. <https://doi.org/10.1002/bse.1941>
- Goodstein, J. D., & Wicks, A. C. (2007). Corporate and Stakeholder Responsibility: Making Business Ethics A Two-Way Conversation. *Business Ethics Quarterly*, 17(03), 375–398. <https://doi.org/10.5840/beq200717346>
- Gundry, L. K., Kickul, J. R., Griffiths, M. D., & Bacq, S. C. (2011). Creating Social Change Out of Nothing: The Role of Entrepreneurial Bricolage in Social Entrepreneurs’ Catalytic Innovations. Em G. T. Lumpkin & J. A. Katz (Orgs.), *Advances in Entrepreneurship, Firm*

- Emergence and Growth* (Vol. 13, p. 1–24). Emerald Group Publishing Limited.
[https://doi.org/10.1108/S1074-7540\(2011\)0000013005](https://doi.org/10.1108/S1074-7540(2011)0000013005)
- Guo, Z., Zhang, J., & Gao, L. (2018). It is not a panacea! The conditional effect of bricolage in SME opportunity exploitation. *R&D Management*, 48(5), 603–614.
<https://doi.org/10.1111/radm.12325>
- Gupta, P., Chauhan, S., Paul, J., & Jaiswal, M. P. (2020). Social entrepreneurship research: A review and future research agenda. *Journal of Business Research*, 113, 209–229.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.03.032>
- Harrison, J. S., & Wicks, A. C. (2013). Stakeholder Theory, Value, and Firm Performance. *Business Ethics Quarterly*, 23(1), 97–124. <https://doi.org/10.5840/beq20132314>
- Hassink, J., Vaandrager, L., Buist, Y., & De Bruin, S. (2019). Characteristics and Challenges for the Development of Nature-Based Adult Day Services in Urban Areas for People with Dementia and Their Family Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1337. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081337>
- Haugh, H. (2007). Community-led social venture creation. *Entrepreneurship theory and practice*, 31(2), 161–182.
- Heinze, K. L., Banaszak-Holl, J., & Babiak, K. (2016). Social Entrepreneurship in Communities: Examining the Collaborative Processes of Health Conversion Foundations. *Nonprofit Management and Leadership*, 26(3), 313–330. <https://doi.org/10.1002/nml.21198>
- Herrera, M. E. B. (2016). Social innovation for bridging societal divides: Process or leader? A qualitative comparative analysis. *Journal of Business Research*, 69(11), 5241–5247.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.04.119>
- Holt, D., & Littlewood, D. (2017). Waste Livelihoods Amongst the Poor - Through the Lens of Bricolage: Waste Livelihoods. *Business Strategy and the Environment*, 26(2), 253–264.
<https://doi.org/10.1002/bse.1914>
- Huster, K., Petrillo, C., O'Malley, G., Glassman, D., Rush, J., & Wasserheit, J. (2017). Global Social Entrepreneurship Competitions: Incubators for Innovations in Global Health? *Journal of Management Education*, 41(2), 249–271.
<https://doi.org/10.1177/1052562916669965>
- Huybrechts, B., & Nicholls, A. (2013). The role of legitimacy in social enterprise-corporate collaboration. *Social Enterprise Journal*, 9(2), 130–146. <https://doi.org/10.1108/SEJ-01-2013-0002>
- Ibáñez, M. J., Guerrero, M., Yáñez-Valdés, C., & Barros-Celume, S. (2022). Digital social entrepreneurship: The N-Helix response to stakeholders' COVID-19 needs. *The Journal of Technology Transfer*, 47(2), 556–579. <https://doi.org/10.1007/s10961-021-09855-4>
- Intindola, M. L., Lewis, G., Flinchbaugh, C., & Rogers, S. E. (2019). Web-based recruiting's impact on organizational image and familiarity: Too much of a good thing? *The International Journal of Human Resource Management*, 30(19), 2732–2753.
<https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1332672>
- Ismail, A., & Johnson, B. (2019). Managing Organizational Paradoxes in Social Enterprises: Case Studies from the MENA Region. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 30(3), 516–534. <https://doi.org/10.1007/s11266-018-00083-3>
- Janssen, F., Fayolle, A., & Wuillaume, A. (2018). Researching bricolage in social entrepreneurship. *Entrepreneurship & Regional Development*, 30(3–4), 450–470.
<https://doi.org/10.1080/08985626.2017.1413769>

- Johannisson, B., & Olaison, L. (2007). The moment of truth—Reconstructing entrepreneurship and social capital in the eye of the storm. *Review of Social Economy*, 65(1), 55–78. <https://doi.org/10.1080/00346760601132188>
- Johansen, T. R. (2008). Employees and the Operation of Accountability. *Journal of Business Ethics*, 83(2), 247–263. <https://doi.org/10.1007/s10551-007-9615-x>
- Kaesehage, K., Leyshon, M., Ferns, G., & Leyshon, C. (2019). Seriously Personal: The Reasons that Motivate Entrepreneurs to Address Climate Change. *Journal of Business Ethics*, 157(4), 1091–1109. <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3624-1>
- Kelemen, M., & Rumens, N. (2008). *An introduction to critical management research*. SAGE.
- Ketokivi, M., & Mantere, S. (2010). Two Strategies for Inductive Reasoning in Organizational Research. *Academy of Management Review*, 35(2), 315–333. <https://doi.org/10.5465/amr.35.2.zok315>
- Ketprapakorn, N., & Kantabutra, S. (2022). Toward a sustainable social healthcare enterprise development model. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 36(1), 1. <https://doi.org/10.1504/IJPQM.2022.124426>
- Kickul, J. R., & Lyons, T. S. (2012). *Understanding social entrepreneurship: The relentless pursuit of mission in an ever changing world*. Routledge/Taylor & Francis.
- Kidd, S. A., Kerman, N., Cole, D., Madan, A., Muskat, E., Raja, S., Rallabandi, S., & McKenzie, K. (2015). Social Entrepreneurship and Mental Health Intervention: A Literature Review and Scan of Expert Perspectives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(6), 776–787. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9575-9>
- Klarin, A., & Suseno, Y. (2023). An Integrative Literature Review of Social Entrepreneurship Research: Mapping the Literature and Future Research Directions. *Business & Society*, 62(3), 565–611. <https://doi.org/10.1177/00076503221101611>
- Kowalewski, K., McLennan, J. D., & McGrath, P. J. (2011). A preliminary investigation of wait times for child and adolescent mental health services in Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2), 112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3085670/>
- Kreitzer, M. J., Monsen, K. A., Nandram, S., & De Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 40–44. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.030>
- Kuckertz, A., Brändle, L., Gaudig, A., Hinderer, S., Morales Reyes, C. A., Prochotta, A., Steinbrink, K. M., & Berger, E. S. C. (2020). Startups in times of crisis – A rapid response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Business Venturing Insights*, 13, e00169. <https://doi.org/10.1016/j.jbvi.2020.e00169>
- Kujala, J., Sachs, S., Leinonen, H., Heikkinen, A., & Laude, D. (2022). Stakeholder Engagement: Past, Present, and Future. *Business & Society*, 61(5), 1136–1196. <https://doi.org/10.1177/00076503211066595>
- Kumpulainen, M., & Seppänen, M. (2022). Combining Web of Science and Scopus datasets in citation-based literature study. *Scientometrics*, 127(10), 5613–5631. <https://doi.org/10.1007/s11192-022-04475-7>
- Kwong, C., Tasavori, M., & Wun-mei Cheung, C. (2017). Bricolage, collaboration, and mission drift in social enterprises. *Entrepreneurship & Regional Development*, 29(7–8), 609–638. <https://doi.org/10.1080/08985626.2017.1328904>

- Ladstaetter, F., Plank, A., & Hemetsberger, A. (2018). The merits and limits of making do: Bricolage and breakdowns in a social enterprise. *Entrepreneurship & Regional Development*, 30(3–4), 283–309. <https://doi.org/10.1080/08985626.2017.1413772>
- Lakomaa, E., & Sanandaji, T. (2021). Exploring collective consumer innovation in health care: Cases and formal modeling. *Research Policy*, 50(8), 104210. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2021.104210>
- Lamsal, R., Stalker, C. A., Cait, C.-A., Riemer, M., & Horton, S. (2018). Cost-effectiveness analysis of single-session walk-in counselling. *Journal of Mental Health*, 27(6), 560–566. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340619>
- Langevang, T., & Namatovu, R. (2019). Social bricolage in the aftermath of war. *Entrepreneurship & Regional Development*, 31(9–10), 785–805. <https://doi.org/10.1080/08985626.2019.1595743>
- Lanzara, G. F. (1999). Between transient constructs and persistent structures: Designing systems in action. *The Journal of Strategic Information Systems*, 8(4), 331–349. [https://doi.org/10.1016/S0963-8687\(00\)00031-7](https://doi.org/10.1016/S0963-8687(00)00031-7)
- Lehoux, P., Silva, H. P., Denis, J. -L., Morioka, S. N., Harfoush, N., & Sabio, R. P. (2023). What entrepreneurial skillsets support responsible value creation in health and social care? A mixed methods study. *Business Ethics, the Environment & Responsibility*, beer.12646. <https://doi.org/10.1111/beer.12646>
- Lévi-Strauss, C. (1969). *The elementary structures of kinship* (R. Needham, Org.; J. R. Von Sturmer & J. H. Bell, Trans.; Revised edition). Beacon Press.
- Līcīte-Ķurbe, L. (2022). Challenges to the Development of Work Integration Social Enterprises in Latvia. *The Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity*, 11(1), 1–22. <https://doi.org/10.5947/jeod.2022.001>
- Lima, E. P. D., & Lezana, Á. G. R. (2005). Desenvolvendo um framework para estudar a ação organizacional: Das competências ao modelo organizacional. *Gestão & Produção*, 12(2), 177–190. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2005000200004>
- Lokman, L., & Chahine, T. (2021a). Business models for primary health care delivery in low- and middle-income countries: A scoping study of nine social entrepreneurs. *BMC Health Services Research*, 21(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06225-6>
- Lokman, L., & Chahine, T. (2021b). Business models for primary health care delivery in low- and middle-income countries: A scoping study of nine social entrepreneurs. *BMC Health Services Research*, 21(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06225-6>
- López-Concepción, A., Gil-Lacruz, A. I., & Saz-Gil, I. (2022). Stakeholder engagement, Csr development and Sdgs compliance: A systematic review from 2015 to 2021. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 29(1), 19–31. <https://doi.org/10.1002/csr.2170>
- Lumpkin, G. T., Moss, T. W., Gras, D. M., Kato, S., & Amezcua, A. S. (2013). Entrepreneurial processes in social contexts: How are they different, if at all? *Small Business Economics*, 40(3), 761–783. <https://doi.org/10.1007/s11187-011-9399-3>
- Lunze, K., Dawkins, R., Tapia, A., Anand, S., Chu, M., & Bloom, D. E. (2017). Market mechanisms for newborn health in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 428. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1599-7>
- Macassa, G. (2021). Social Enterprise, Population Health, and Sustainable Development Goal 3: A Public Health Viewpoint. *Annals of Global Health*, 87(1), 52. <https://doi.org/10.5334/aogh.3231>

- Macaulay, B., Roy, M. J., Donaldson, C., Teasdale, S., & Kay, A. (2017). Conceptualizing the health and well-being impacts of social enterprise: A UK-based study. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax009>
- Mair, J., & Martí, I. (2006). Social entrepreneurship research: A source of explanation, prediction, and delight. *Journal of World Business*, 41(1), 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2005.09.002>
- Manetti, G., & Toccafondi, S. (2012). The Role of Stakeholders in Sustainability Reporting Assurance. *Journal of Business Ethics*, 107(3), 363–377. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1044-1>
- Mani, A., Amini, M., Sagheb, M. M., Kojuri, J., Mirzajani, H., & Bagheri Lankarani, K. (2018). Designing a psycho-educational cohort system in Shiraz Medical School. *MedEdPublish*, 7, 240.
- Marcketti, S. B. (2006). An Exploratory Study of Lifestyle Entrepreneurship and Its Relationship to Life Quality. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34(3), 241–259. <https://doi.org/10.1177/1077727X05283632>
- Martin, W. M., Mazzeo, J., & Lemon, B. (2016). Teaching Public Health Professionals Entrepreneurship: An Integrated Approach. *Journal of Enterprising Culture*, 24(02), 193–207. <https://doi.org/10.1142/S0218495816500084>
- Mateus, S., & Sarkar, S. (2024). Bricolage – a systematic review, conceptualization, and research agenda. *Entrepreneurship & Regional Development*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/08985626.2024.2303426>
- Mcdermott, C. M., & Connor, G. C. O. (2002). Managing radical innovation: An overview of emergent strategy issues. *The Journal of Product Innovation Management*, 19(July 1999), 424–438.
- Mckinsey & Company. (2020a). *Entrepreneurship zeitgeist 2030*. <https://www.mckinsey.com/industries/technology-media-and-telecommunications/our-insights/entrepreneurship-zeitgeist-2030?cid=eml-web>
- Mckinsey & Company. (2020b). *The pivotal factors for effective external engagement*. pdf. <https://www.mckinsey.com/business-functions/strategy-and-corporate-finance/our-insights/the-pivotal-factors-for-effective-external-engagement>
- McMurtry, J., & Brouard, F. (2015). Social Enterprises in Canada: An Introduction. *Canadian journal of nonprofit and social economy research*, 6(1). <https://doi.org/10.22230/cjnser.2015v6n1a199>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994a). *Qualitative data analysis: An expanded source book* (Sage, Org.; 2 nd ed.).
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994b). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2. ed., [Nachdr.]). Sage.
- Miller, T. L., Grimes, M. G., McMullen, J. S., & Vogus, T. J. (2012). Venturing for Others with Heart and Head: How Compassion Encourages Social Entrepreneurship. *Academy of Management Review*, 37(4), 616–640. <https://doi.org/10.5465/amr.2010.0456>
- Ministério da Saúde, Portaria nº 2.728, 2728 (2009). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html
- Mintzberg, H., & Azevedo, G. (2012). Fostering “Why not?” social initiatives – beyond business and governments. *Development in Practice*, 22(7), 895–908. <https://doi.org/10.1080/09614524.2012.696585>

- Misbauddin, S. M., Nabi, Md. N. U., & Dornberger, U. (2022). Analysing the Factors Influencing the Internationalisation of Social Entrepreneurship: A Study of Internationalised Social Businesses from Bangladesh. *Journal of Social Entrepreneurship*, 1–35. <https://doi.org/10.1080/19420676.2022.2143868>
- Mishra, O. (2021). Principles of frugal innovation and its application by social entrepreneurs in times of adversity: An inductive single-case approach. *Journal of Entrepreneurship in Emerging Economies*, 13(4), 547–574. <https://doi.org/10.1108/JEEE-07-2020-0247>
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *The Academy of Management Review*, 22(4), 853. <https://doi.org/10.2307/259247>
- Molecke, G., & Pinkse, J. (2017). Accountability for social impact: A bricolage perspective on impact measurement in social enterprises. *Journal of Business Venturing*, 32(5), 550–568. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2017.05.003>
- Moody, M., Littlepage, L., & Paydar, N. (2015). Measuring Social Return on Investment: Lessons from Organizational Implementation of SROI in the Netherlands and the United States. *Nonprofit Management and Leadership*, 26(1), 19–37. <https://doi.org/10.1002/nml.21145>
- Moore, A., & Hawarden, V. (2020). Discovery Digital Health strategy: COVID-19 accelerates online health care in South Africa. *Emerald Emerging Markets Case Studies*, 10(3), 1–18. <https://doi.org/10.1108/EEMCS-06-2020-0197>
- Nekula, P., & Koob, C. (2021). Associations between culture of health and employee engagement in social enterprises: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(1), e0245276. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245276>
- Nelson, R., & Lima, E. (2020). Effectuations, social bricolage, and causation in the response to a natural disaster. *Small Business Economics*, 54(3), 721–750. <https://doi.org/10.1007/s11187-019-00150-z>
- Noland, J., & Phillips, R. (2010). Stakeholder Engagement, Discourse Ethics and Strategic Management. *International Journal of Management Reviews*, 12(1), 39–49. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00279.x>
- Oberoi, R., Halsall, J. P., & Snowden, M. (2021). Reinventing social entrepreneurship leadership in the COVID-19 era: Engaging with the new normal. *Entrepreneurship Education*, 4(2), 117–136. <https://doi.org/10.1007/s41959-021-00051-x>
- O’Riordan, L., & Fairbrass, J. (2014). Managing CSR Stakeholder Engagement: A New Conceptual Framework. *Journal of Business Ethics*, 125(1), 121–145. <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1913-x>
- Owusu, W. A., & Janssen, F. (2013). Social entrepreneurship: Effectuation and bricolage approaches to venture establishment in west Africa. *4th EMES International Research Conference on Social Enterprise*. <http://hdl.handle.net/2078/131428>
- Parente, C., & Quintão, C. (2014). Uma abordagem eclética ao empreendedorismo social. *Empreendedorismo social em Portugal*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73385/2/88711.pdf>
- Pattinson, S. (2020). The Hextol Foundation: Building a sustainable social enterprise business model. *The International Journal of Entrepreneurship and Innovation*, 21(1), 72–80. <https://doi.org/10.1177/1465750319879023>
- Peixoto, M. L., & Barroso, H. C. (2019). Judicialização e seguridade social: Restrição ou efetivação de direitos sociais? *Revista Katálysis*, 22(1), 90–99. <https://doi.org/10.1590/1982-02592019v22n1p90>

- Peredo, A. M., & McLean, M. (2006). Social entrepreneurship: A critical review of the concept. *Journal of World Business*, 41(1), 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2005.10.007>
- Pettigrew, A. M. (1992). The character and significance of strategy process research. *Strategic Management Journal*, 13(S2), 5–16. <https://doi.org/10.1002/smj.4250130903>
- Phillipson, J., Lowe, P., Proctor, A., & Ruto, E. (2012). Stakeholder engagement and knowledge exchange in environmental research. *Journal of Environmental Management*, 95(1), 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2011.10.005>
- Pozzebon, M. (2018). From aseptic distance to passionate engagement: Reflections about the place and value of participatory inquiry. *RAUSP Management Journal*, 53(2), 280–284. <https://doi.org/10.1016/j.rauspm.2018.02.002>
- Pozzebon, M., & Petrini, M. (2013). Critérios para condução e avaliação de pesquisas qualitativas de natureza crítico-interpretativa. In Takahashi, Adriana Roseli Wünsch. *Pesquisa Qualitativa em Administração: fundamentos, métodos e usos no Brasil*, 51–72.
- Ramani, S. V., SadreGhazi, S., & Gupta, S. (2017). Catalysing innovation for social impact: The role of social enterprises in the Indian sanitation sector. *Technological Forecasting and Social Change*, 121, 216–227. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2016.10.015>
- Ramus, T., & Vaccaro, A. (2017). Stakeholders Matter: How Social Enterprises Address Mission Drift. *Journal of Business Ethics*, 143(2), 307–322. <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2353-y>
- Rastoka, J., Petković, S., & Radicic, D. (2022). Impact of Entrepreneurship on the Quality of Public Health Sector Institutions and Policies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1569. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031569>
- Raut, J. M., & Joshi, A. U. (2023). Social entrepreneurship in medical education: Model to establish SinnoLABs (social innovation labs) for health sciences universities. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(12), 3020–3023. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_838_23
- Reypens, L., Bacq, S., & Milanov, H. (2021). Beyond bricolage: Early-stage technology venture resource mobilization in resource-scarce contexts. *Journal of Business Venturing*, 36(4), 106110. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2021.106110>
- Roy, M. J., Donaldson, C., Baker, R., & Kerr, S. (2014). The potential of social enterprise to enhance health and well-being: A model and systematic review. *Social Science & Medicine*, 123, 182–193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.031>
- Saber, M., Haghdoust, A., Taghdisi, M.-H., Eftekhari, H., Safinejad, H., & Mehri, A. (2021). Providing and promoting health-oriented services by nongovernmental organizations: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_848_20
- Sadeghi, A. H., Koldeweij, C., Trujillo-de Santiago, G., Tannazi, M., Hosseinnia, N., Loosbroek, O. V., Manbachi, A., Taverne, Y. J. H. J., Bogers, A. J. J. C., & Alvarez, M. M. (2021). Social Non-profit Bioentrepreneurship: Current Status and Future Impact on Global Health. *Frontiers in Public Health*, 9, 541191. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.541191>
- Saebi, T., Foss, N. J., & Linder, S. (2019). Social Entrepreneurship Research: Past Achievements and Future Promises. *Journal of Management*, 45(1), 70–95. <https://doi.org/10.1177/0149206318793196>
- Sakarya, S., Bodur, M., Yildirim-Öktem, Ö., & Selekler-Göksen, N. (2012). Social alliances: Business and social enterprise collaboration for social transformation. *Journal of Business Research*, 65(12), 1710–1720. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2012.02.012>

- Samuelsson, P., & Witell, L. (2022). Social entrepreneurs in service: Motivations and types. *Journal of Services Marketing*, 36(9), 27–40. <https://doi.org/10.1108/JSM-08-2017-0274>
- Sassmannshausen, S. P., & Volkmann, C. (2018). The Scientometrics of Social Entrepreneurship and Its Establishment as an Academic Field: JOURNAL OF SMALL BUSINESS MANAGEMENT. *Journal of Small Business Management*, 56(2), 251–273. <https://doi.org/10.1111/jsbm.12254>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (Eighth edition). Pearson.
- Saville, A. D., Powell, P., Ismail-Saville, T., & Mthombeni, M. (2020). Quali health: Creating access to quality healthcare for South Africa's excluded majority. *Emerald Emerging Markets Case Studies*, 10(3), 1–34. <https://doi.org/10.1108/EEMCS-10-2019-0253>
- Scaife, W. (2008). Venturing into Venture Philanthropy: Is More Sustainable Health and Medical Research Funding Possible Through Venture Philanthropy and Social Entrepreneurship? *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 20(2), 245–260. <https://doi.org/10.1080/10495140802224902>
- Schiavone, F., Riviuccio, G., Paolone, F., & Rocca, A. (2021). The macro-level determinants of user entrepreneurship in healthcare: An explorative cross-country analysis. *Management Decision*, 59(5), 1158–1178. <https://doi.org/10.1108/MD-10-2019-1427>
- Schweer Rayner, C. (2016). CareCross health: Private healthcare for workers. *Emerald Emerging Markets Case Studies*, 6(3), 1–18. <https://doi.org/10.1108/EEMCS-10-2016-0277>
- Scillitoe, J. L., Poonamallee, L., & Joy, S. (2018). Balancing Market Versus Social Strategic Orientations in Socio-tech Ventures as Part of the Technology Innovation Adoption Process – Examples from the Global Healthcare Sector. *Journal of Social Entrepreneurship*, 9(3), 257–287. <https://doi.org/10.1080/19420676.2018.1498378>
- Scuotto, A., Cicellin, M., & Consiglio, S. (2023). Social bricolage and business model innovation: A framework for social entrepreneurship organizations. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 30(2), 234–267. <https://doi.org/10.1108/JSBED-02-2022-0094>
- Seawnght, J., & Gerring, J. (2008). Case selection techniques in case study research: A menu of qualitative and quantitative options. *Political Research Quarterly*, 61(2), 294–308. <https://doi.org/10.1177/1065912907313077>
- Segares, M., Grannemann, H., Reis, J. A., & Murphy, M. (2022). Mask-making and entrepreneurial opportunity in the time of COVID-19. *Journal of the International Council for Small Business*, 3(2), 153–161. <https://doi.org/10.1080/26437015.2021.1971581>
- Shahi, R., & Parekh, N. (2022). Financing Social Enterprises: An Upper Echelon Perspective. *FIIB Business Review*, 11(2), 235–250. <https://doi.org/10.1177/23197145211033092>
- Sharir, M., & Lerner, M. (2006). Gauging the success of social ventures initiated by individual social entrepreneurs. *Journal of World Business*, 41(1), 6–20. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2005.09.004>
- Silva, S. M. C., Daltro, C. H. da C., Castro, M. M. C., Castro, C. C., Borges, R. de S., & Matos, M. A. (2021). Impairment of quality of life due to anxiety and depression in patients with chronic pain. *Brazilian Journal Of Pain*, 4(3). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210038>
- Siqueira, E. H. S., Fischer, B. B., Bin, A., & Kickul, J. (2023). Entrepreneurial ecosystems' readiness towards knowledge-intensive sustainable entrepreneurship: Evidence from Brazil. *Technovation*, 126, 102820. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2023.102820>

- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Squazzoni, F. (2009). Social Entrepreneurship and Economic Development in Silicon Valley: A Case Study on The Joint Venture: Silicon Valley Network. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(5), 869–883. <https://doi.org/10.1177/0899764008326198>
- Steiner, A., Jack, S., Farmer, J., & Steinerowska-Streb, I. (2022). Are They Really a New Species? Exploring the Emergence of Social Entrepreneurs Through Giddens’s Structuration Theory. *Business & Society*, 61(7), 1919–1961. <https://doi.org/10.1177/00076503211053014>
- Stephan, U., Andries, P., & Daou, A. (2019). Goal Multiplicity and Innovation: How Social and Economic Goals Affect Open Innovation and Innovation Performance. *Journal of Product Innovation Management*, 36(6), 721–743. <https://doi.org/10.1111/jpim.12511>
- Storr, V. H., Haeffele, S., Lofthouse, J. K., & Hobson, A. (2022). Entrepreneurship during a pandemic. *European Journal of Law and Economics*, 54(1), 83–105. <https://doi.org/10.1007/s10657-021-09712-7>
- Stubbs, W., & Cocklin, C. (2008). Conceptualizing a “Sustainability Business Model.” *Organization & Environment*, 21(2), 103–127. <https://doi.org/10.1177/1086026608318042>
- Suchowerska, R., Barraket, J., Qian, J., Mason, C., Farmer, J., Carey, G., Campbell, P., & Joyce, A. (2020). An Organizational Approach to Understanding How Social Enterprises Address Health Inequities: A Scoping Review. *Journal of Social Entrepreneurship*, 11(3), 257–281. <https://doi.org/10.1080/19420676.2019.1640771>
- Sutherland, M., & Krige, K. (2017). Unjani “clinics in a container”: Social franchising in South Africa. *Emerald Emerging Markets Case Studies*, 7(1), 1–23. <https://doi.org/10.1108/EEMCS-06-2016-0151>
- Teasdale, S., & Dey, P. (2019). Neoliberal governing through social enterprise: Exploring the neglected roles of deviance and ignorance in public value creation. *Public Administration*, 97(2), 325–338. <https://doi.org/10.1111/padm.12588>
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tools*. Falmer Press.
- Thorgren, S., & Omoredede, A. (2018). Passionate Leaders in Social Entrepreneurship: Exploring an African Context. *Business & Society*, 57(3), 481–524. <https://doi.org/10.1177/0007650315612070>
- Turpin, A., Shier, M., & Scowen, K. (2021). Assessing the Social Impact of Mental Health Service Accessibility by a Nonprofit Social Enterprise: A Mixed--methods Case Study. *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research*, 12(1). <https://doi.org/10.29173/cjnser.2021v12n1a378>
- Van Der Scheer, W. (2007). Is the new health-care executive an entrepreneur? *Public Management Review*, 9(1), 49–65. <https://doi.org/10.1080/14719030601181217>
- Weaver, R., & Blakey, C. L. (2022). Winter always comes: Social enterprise in times of crisis. *Social Enterprise Journal*, 18(3), 489–502. <https://doi.org/10.1108/SEJ-11-2021-0087>
- Wei-Skillern, J. (2010). Peer Reviewed: Networks as a Type of Social Entrepreneurship to Advance Population Health. *Preventing chronic disease*, 7(6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995606/>

- Werber, L., Mendel, P. J., & Derosé, K. P. (2014). Social Entrepreneurship in Religious Congregations' Efforts to Address Health Needs. *American Journal of Health Promotion*, 28(4), 231–238. <https://doi.org/10.4278/ajhp.110516-QUAL-200>
- Windrum, P., Schartinger, D., Rubalcaba, L., Gallouj, F., & Toivonen, M. (2016). The co-creation of multi-agent social innovations: A bridge between service and social innovation research. *European Journal of Innovation Management*, 19(2), 150–166. <https://doi.org/10.1108/EJIM-05-2015-0033>
- Wu, L., Liu, H., & Zhang, J. (2017). Bricolage effects on new-product development speed and creativity: The moderating role of technological turbulence. *Journal of Business Research*, 70, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.08.027>
- Yin, R. K. (2001). Estudos de caso: Planejamento e métodos. Em *Bookman*.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5. edition). SAGE.
- Zahra, S. A., Gedajlovic, E., Neubaum, D. O., & Shulman, J. M. (2009). A typology of social entrepreneurs: Motives, search processes and ethical challenges. *Journal of Business Venturing*, 24(5), 519–532. <https://doi.org/10.1016/j.jbusvent.2008.04.007>
- Zollo, L., Rialti, R., Ciappei, C., & Boccardi, A. (2018). Bricolage and Social Entrepreneurship to Address Emergent Social Needs: A “Deconstructionist” Perspective. *Journal of Entrepreneurship, Management, and Innovation*, 14(2), 19–48. <https://doi.org/10.7341/20181422>
- Zott, C., & Amit, R. (2010). Business Model Design: An Activity System Perspective. *Long Range Planning*, 43(2–3), 216–226. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2009.07.004>

8 APÊNDICE A – ARTIGOS UTILIZADOS COMO BASE PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Título do artigo	Autores	Ano	Revista	DOI
Nurturing Societal Values in and Through Health Innovations Comment on “What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address?”	Abrishami & Repping	2019	International Journal of Health Policy and Management	10.15171/ijhpm.2019.57
Managing resource mobilization dilemmas through Jugaad: A multi-method study of social enterprises in Indian healthcare	Agarwal et al.	2020	Strategic Entrepreneurship Journal.	10.1002/sej.1362
Using the social entrepreneurship approach to generate innovative and sustainable malaria diagnosis interventions in Tanzania: a case study	Allen et al.	2010	Malaria Journal	10.1186/1475-2875-9-42.
Innovative response initiatives in the European Union to mitigate the effects of COVID-19	Almeida	2021	Journal of Enabling Technologies	10.1108/JET-09-2020-0039.
Identifying social entrepreneurship competencies of managers in social entrepreneurship organizations in healthcare sector	Amini, Arasti & Bagheri	2018	Journal of Global Entrepreneurship Research	10.1186/s40497-018-0102-x.
The COVID-19 Virtual Idea Blitz: Marshaling social entrepreneurship to rapidly respond to urgent grand challenges	Bacq et al.	2020	Business-horizons	10.1016/j.bushor.2020.05.002.
Towards designing society 5.0 solutions: The new Quintuple Helix-Design Thinking approach to technology	Bartoloni et al.	2022	Technovation	10.1016/j.technovation.2021.102413
Exploring Stewardship as an Antecedent Behavioral Trait of Social Entrepreneurs	Basu & Sharma	2014	The Journal of Entrepreneurship	10.1177/0971355713513347
Toward an Understanding of Public Health Entrepreneurship and Intrapreneurship	Chahine, T.	2021	Frontiers in Public Health	10.3389/fpubh.2021.593553.
Understanding healthcare social enterprises: a new public governance perspective	Chandra, Shang & Roy	2022	Journal of Social Policy	10.1017/S0047279421000222
The top-down pattern of social innovation and social entrepreneurship. Bricolage and agility in response to COVID-19: cases from China	Crupi, A., Liu, S., & Liu, W.	2022	R&D Management	10.1111/radm.12499
Creating value from purpose-based innovation: Starting from frailty. Journal of Social	Cucino et al.	2023	Journal of Social Entrepreneurship	10.1080/19420676.2023.2263768
“I Believe More in the Ability of the Small Person to Make Big Changes”	Dopelt et al.	2023	Journal of Investigation in Health, Psychology and Education	10.3390/ejihpe13090130
Seeing parochially and acting locally: Social exposure, problem identification and social entrepreneurship	Dutta, S.	2019	Journal of Business Venturing	10.1016/j.jbusvent.2019.06.003

Título do artigo	Autores	Ano	Revista	DOI
Community health alliances as social enterprises that digitally engage citizens and integrate services: A case study in Southwestern Sydney (protocol)	Godinho, Narasimhan & Lyan	2020	Digital Health	10.1177/2055207620930118
Characteristics and Challenges for the Development of Nature-Based Adult Day Services in Urban Areas for People with Dementia and Their Family Caregivers	Hassink et al.	2019	International Journal of Environmental Research and Public Health	10.3390/ijerph16081337
Social Entrepreneurship in Communities Examining the collaborative processes of health Conversion foundations	Heinze, Holl & Babiak	2016	Nonprofit Management and Leadership	10.1002/nml.21198
Global Social Entrepreneurship Competitions: Incubators for Innovations in Global Health?	Huster et al.	2017	Journal of Management Education	10.1177/1052562916669965
Digital social entrepreneurship: the N-Helix response to stakeholders' COVID-19 needs	Ibáñez et al.	2021	The Journal of Technology Transfer	10.1007/s10961-021-09855-4
Toward a sustainable social healthcare enterprise development model. <i>International</i>	Ketprapakorn, & Kantabutra	2022	Journal of Productivity and Quality Management	10.1504/IJPQM.2022.124426
Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing	Kreizer et al	2015	Global Advances in Health and Medicine	10.7453/gahmj.2014.030
Exploring collective consumer innovation in health care: Cases and formal modeling	Lakomaa & Sanandaji	2021	Research Policy	10.1016/j.respol.2021.104210
What entrepreneurial skillsets support responsible value creation in health and social care? A mixed methods study.	Lehoux et al.	2023	Business Ethics, the Environment & Responsibility	10.1111/beer.12646
Challenges to the Development of Work Integration Social Enterprises in Latvia	Licite-Kurbe	2022	Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity	10.5947/jeod.2022.001
Business models for primary health care delivery in low- and middle-income countries: a scoping study of nine social entrepreneurs	Lokman & Chahine	2021	BMC Health Services Research	10.1186/s12913-021-06225-6.
Market mechanisms for newborn health in Nepal	Lunze et al	2019	BMC Pregnancy and Childbirth,	10.1186/s12884-017-1599-7
Social Enterprise, Health of the Population and Sustainability Development Goal 3: A public health point of view	Macassa	2021	Annals of global health	10.5334/aogh.3231
Analysing the Factors Influencing the Internationalisation of Social Entrepreneurship: A Study of Internationalised Social Businesses from Bangladesh	Misbauddin, Nabi & Dornberger	2022	Journal of Social Entrepreneurship	10.1080/19420676.2022.2143868
Measuring Social Return on Investment Lessons from organizational implementation of SROI In the Netherlands and the United States	Moody et al.	2015	Nonprofit Management & Leadership	10.1002 / nml.21145
Discovery Digital Health strategy: COVID-19 accelerates online health care in South Africa	Moore & Hawarden	2020	Emerald Emerging Markets Case Studies	10.1108/EEMCS-06-2020-0197

Título do artigo	Autores	Ano	Revista	DOI
Associations between culture of health and employee engagement in social enterprises: A cross-sectional study	Nekula & Kuub	2021	Plos one	10.1371/journal.pone.0245276
Reinventing social entrepreneurship leadership in the COVID-19 era: engaging with the new normal	Oberoio, Halsall & Snowden	2021	Entrepreneurship Education	10.1007/s41959-021-00051-x
The Hextol Foundation: Building a sustainable social enterprise business model	Pattinson, S.	2020	The International Journal of Entrepreneurship and Innovation	10.1177/1465750319879023
Impact of Entrepreneurship on the Quality of Public Health Sector Institutions and Policies	Rastoka, Petkovic & Radicic.	2022	International Journal of Environmental Research and Public Health	10.3390/ijerph19031569
Social entrepreneurship in medical education: Model to establish SinnoLABs (social innovation labs) for health sciences universities	Raut, & Joshi	2023	Journal of Family Medicine and Primary Care	10.4103/jfmpe.jfmpe 838 23
Provide and promote services health oriented by non-governmental organizations organizations: a qualitative study	Saber et al.,	2021	Journal of Education Health Promotion	10.4103/jehp.jehp 848 20
Social Non-profit Bioentrepreneurship: Current Status and Future Impact on Global Health	Sadeghi, et al.,	2021	Frontiers in Public Health	10.3389/fpubh.2021.541191
Social entrepreneurs in service: motivations and types	Samuelsson, P. & Witell	2019	Journal of Services Marketing	10.1108/JSM-08-2017-0274
Quali health: creating access to quality healthcare for South Africa's excluded majority	Saville et al.,	2020	Emerald Emerging Markets Case Studies	10.1108/EEMCS-10-2019-0253
Venturing into Venture Philanthropy: Is More Sustainable Health and Medical Research Funding Possible Through Venture Philanthropy and Social Entrepreneurship?	Scaife, W.	2008	Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing	10.1080/10495140802224902
CareCross health: private healthcare for workers	Scheer, R	2016	Emerald Emerging Markets	10.1108/EEMCS-10-2016-0277
Balancing Market Versus Social Strategic Orientations in Socio-tech Ventures as Part of the Technology Innovation Adoption Process – Examples from the Global Healthcare Sector	Scillitoe, Poonamallee., & Joy	2018	Journal of Social Entrepreneurship	10.1080/19420676.2018.1498378
Mask-making and entrepreneurial opportunity in the time of COVID-19.	Segares et al.	2022	Journal of the International Council for Small Business	10.1080/26437015.2021.1971581
Financing Social Enterprises: An Upper Echelon Perspective	Shahi & Parekh	2021	Business Review	10.1177/23197145211033092
The macro-level determinants of user entrepreneurship in healthcare: an explorative cross-country analysis	Shiavone et al.,	2021	Management Decision	10.1108/MD-10-2019-1427
Entrepreneurial ecosystems' readiness towards knowledge-intensive sustainable entrepreneurship: Evidence from Brazil	Siqueira et al.	2023	Technovation	10.1016/j.technovation.2023.102820
Are They Really a New Species? Exploring the Emergence of Social Entrepreneurs Through Giddens's Structuration Theory	Steiner et al.	2022	Business & Society	10.1177/00076503211053014

Título do artigo	Autores	Ano	Revista	DOI
Entrepreneurship during a pandemic	Storr et al.	2022	European Journal of Law and Economics	10.1007/s10657-021-09712-7
An Organizational Approach to Understanding How Social Enterprises Address Health Inequities: A Scoping Review	Suchowerska et al.	2019	Journal of Social Entrepreneurship	10.1080/19420676.2019.1640771
Unjani “clinics in a container”: social franchising in South Africa	Sutherland & Krige	2017	Emerald Emerging Markets Case Studies	10.1108/EEMCS-06-2016-0151
Passionate Leaders in Social Entrepreneurship: Exploring an African Context	Thorgren & Omerede	2018	Business & Society	10.1177/0007650315612070
Is the new health-care executive an entrepreneur?	Van der Scheer	2007	Public Management Review	10.1080/14719030601181217
Winter always comes social enterprise in times of crisis	Weaver & Blakey	2022	Social Enterprise Journal	10.1108/SEJ-11-2021-0087
Networks as a Type of Social Entrepreneurship to Advance Population Health	Wei-Skillern	2010	Public health research, practice, and policy	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995606/
Social entrepreneurship in religious congregations' efforts to address health needs	Werber, Mendel & Derosé	2014	American Journal of Health Promotion	10.4278/ajhp.110516-QUAL-200
The co-creation of multi-agent social innovations	Windrum et al.	2016	European Journal of Innovation Management	10.1108/EJIM-05-2015-0033

9 APÊNDICE B – PROTOCOLO E ROTEIRO PREVISTOS PARA AS ENTREVISTAS

O estudo realizado tem o título: Empreendedorismo e bricolagem sociais com participação de stakeholders na área da saúde. Sua participação é voluntária importante. Os resultados serão compartilhados com o(a) senhor(a) posteriormente e para auxiliar na transcrição da entrevista, ela será gravada, podendo ser interrompida a qualquer momento. A gravação será acessada somente pelos pesquisadores envolvidos neste processo, mantendo o sigilo dos nomes e empresas citadas. Após a transcrição da entrevista, será enviada para o senhor (a) que farão a validação.

Dados do entrevistado e condições da entrevista:

Nome:

Cargo:

Formação:

Data da entrevista:

Local:

Duração da entrevista:

Roteiro de Entrevista

Unidade de Análise: Hospital

PERGUNTAS DE CONTROLE

Quanta experiência profissional você tem (em anos)?

Há quanto tempo você trabalha para esta organização (em anos)?

PERGUNTAS SOBRE EMPREENDEDORISMO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO CONCEITUAL

1. Descreva, por favor, os tipos de stakeholders externos que impactam o negócio?
2. Existe uma classificação ou caracterização feita por sua empresa para os stakeholders externos do serviço de saúde?
3. Há alguma ação em que seja necessário “virar-se com o que se tem” dos recursos que já se possui (Bricolagem social), principalmente em relação aos parceiros, para resolver os problemas?

PRÁTICA DE EMPREENDEDORISMO SOCIAL

1. Quais ações o empreendimento realiza com stakeholders externos para ajudar no acesso dos usuários aos serviços de saúde?
2. Sua empresa tem algum plano / estratégia estabelecida para fomentar novas parcerias com stakeholders externos?
3. Sobre os aspectos de capacitação dos stakeholders externos, o empreendimento promove ações de desenvolvimento desses recursos humanos?
4. O empreendimento estimula a participação colaborativa dos stakeholders externos através de alguma ferramenta digital?
5. Como vocês avaliam o desempenho dos stakeholders externos? Existe alguma ferramenta de avaliação?

Poderia comentar sobre as iniciativas já realizadas ou projetos em cursos onde o stakeholders externos contribuem com a gestão do empreendimento nas áreas tecnológicas, atendimento, gestão de pessoas entre outras?

VISÃO DE FUTURO PARA O EMPREENDEDORISMO SOCIAL

1. Existem outros aspectos importantes sobre a participação de stakeholders externos no empreendedorismo a ser considerado que não foi abordado nesta entrevista?

Este roteiro de entrevista foi adaptado a partir dos estudos de Chandra, Shang & Roy, 2021; Heinze, Banaszak-Holl & Babiak, 2016; Ibáñez et al., 2021; Turpin et al., 2021; Almeida, 2021; Chahine, 2021.

ACADÊMICO-CIENTÍFICA

Prezado(a) Senhor(a), _____

Solicitamos autorização para realização de uma pesquisa integrante da Tese de Doutorado do acadêmico Adriana Aparecida Honório dos Santos, orientado pela Dr. Edmilson de Oliveira Lima tendo como título **“Empreendedorismo e bricolagem sociais com participação de stakeholders em serviços de saúde”**.

O Objetivo geral da pesquisa é explicar como o empreendedorismo social e a bricolagem social com participação de stakeholders externos são aplicados na área da saúde, especificamente em hospitais filantrópicos e públicos, para atender as necessidades de prestação de serviços de saúde a população menos favorecida. Os objetivos específicos são:

a) Fazer levantamento de produção científica de empreendedorismo social com bricolagem social e participação de stakeholders usadas pelos gestores em empreendedorismo social para atender necessidades de saúde da população menos favorecida;

b) Identificar, na prática, ações de empreendedorismo social com bricolagem social e participação de stakeholders usadas para atender necessidades de saúde;

c) Construir uma síntese das relações entre bricolagem social com participação de stakeholders para as atividades instituições hospitalares estudadas para atender necessidades de saúde da população menos favorecida.

A coleta de dados será feita por meio de estudos de caso de sua organização, explicando como os gestores em empreendedorismo social na área da saúde usam a bricolagem social com participação de stakeholders para atender necessidades de saúde da população menos favorecida. Asseguramos que o nome da empresa não será revelado na publicação das informações.

A presente atividade é requisito para a conclusão do Curso de **Doutorado em Administração da Universidade Nove de Julho** vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA UNINOVE. Agradecemos a atenção e nos colocamos ao inteiro dispor para melhores esclarecimentos.

Divulgação:

Com anonimato

Sem anonimato

Representante da empresa concedente da pesquisa
Assinatura e carimbo

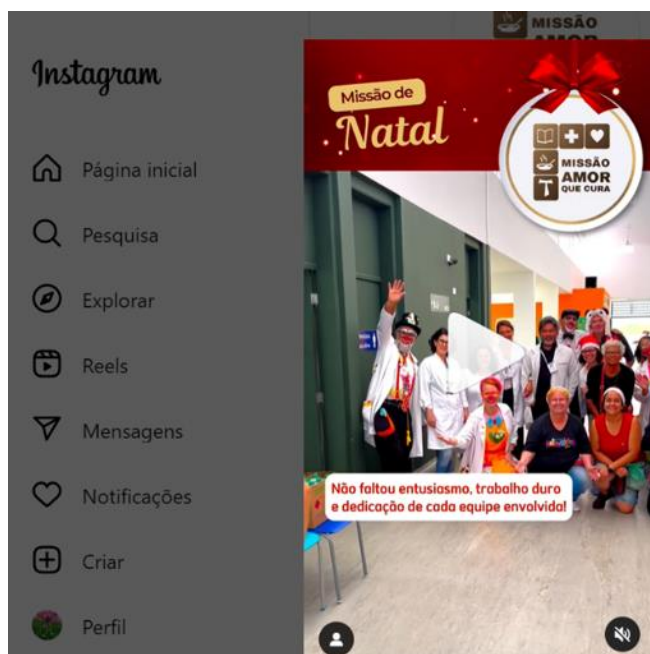
11 APÊNDICE D – EVIDÊNCIAS DOCUMENTAIS

Figura D1. Participação de voluntários (Comunidade local, pacientes e seus familiares)



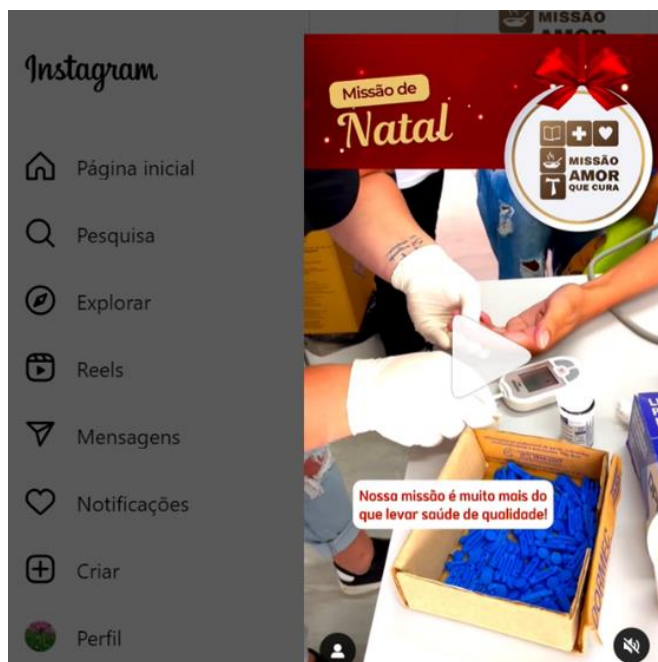
Fonte: Site do Hospital 1

Figura D2. Visista de natal de voluntários aos doentes



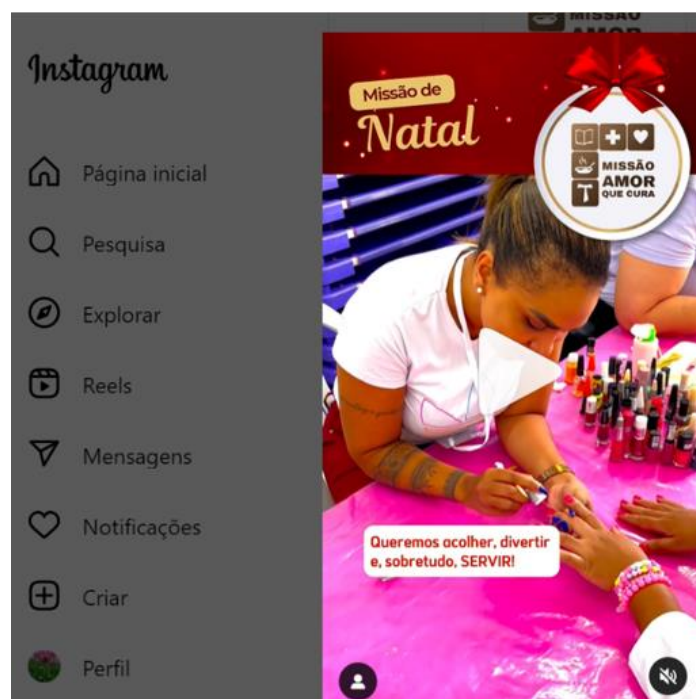
Fonte: Site do Hospital 1

Figura D3. Ajuda das Instituições de ensino para verificação de glicemia da comunidade local



Fonte: Site do Hospital 1

Figura D4. Ajuda de voluntários para atividades com os pacientes



Fonte: Site do Hospital 1

Figura D5. Ajuda de voluntários para visitas e atividades com pacientes no Hospital 2



Fonte: Site do Hospital 2

Figura D6. Campanha de prevenção ao câncer de mama, que contou com a ajuda de voluntários



Fonte: Site do Hospital 3

Figura D7. Palestra para pacientes e familiares com ajuda de Instituições de Ensino



Fonte: Site do Hospital 3

Figura D8. Grupo de voluntários faz 40 anos



Fonte: Site do Hospital 4

Figura D9. Práticas integrativas com ajuda de Instituições de Ensino



Fonte: Site do Hospital 4

12 APÊNDICE E – RESUMO DE ANÁLISE INTERCASOS

Problemas enfrentados	Tipos de stakeholders	Como os stakeholders ajudaram?	Benefícios gerados pelos stakeholders	Como os gestores aproveitaram a participação de stakeholders na bricolagem social?
Falta de leito hospitalar	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Recebendo o paciente na falta de leitos hospitalar.	Criação de mais leitos com doações vindas dos stakeholders.	Cedendo leitos hospitalares, gerando parceria de confiança e reciprocidade; Aumentando a ajuda mútua, pois também emprestam ou doam seus materiais ou equipamentos, ou seja, aumentaram a reciprocidade.
	Legisladores e Políticos	Repassando emendas parlamentares (recursos do orçamento público), para a instuição.	Recebimento de verbas a partir de mudanças da legislação, portarias ou concessões especiais obtidas por políticos.	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Governos	Repassando verbas contratualizadas.	Recebimento de verbas	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Empresas doadoras	Repassando doação financeira (dinheiro em espécie) ou não financeira (equipamentos, materiais, reformas).	Recebimento de doação financeira ou não financeira (equipamentos, materiais, reformas).	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro, seja visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Gerando benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
Falta de equipamentos	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Emprestando ou doando equipamentos.	Os pacientes receberam os cuidados de saúde.	Aumentando a ajuda mútua, pois também emprestam ou doam seus materiais ou equipamentos, ou seja, aumentaram a reciprocidade.
	Hospitais particulares.	Doaram equipamentos como tablets.	Ajudaram no acompanhamento terapêutico do paciente; Ajudaram no treinamento dos funcionários, possibilitando maior interação com os profissionais. No caso dos tablets, foram usados nas rodas de conversa para diagnóstico aos pacientes ou em aulas ministradas pelos profissionais via online.	Elegendo indicadores estratégico no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa); Utilizando a mentoria para gestão e/ou ajuda para diagnóstico aos pacientes.

	Empresas doadoras	Ajudando não financeiramente com doação de alimentos ou de seus produtos para hospital (Exemplo: a empresa Bauduco doa seus produtos); Ajudando financeiramente.	Melhoraram os cuidados aos pacientes; Ajudaram a comprar equipamentos.	Aumentando canais de comunicação com parceiros, principalmente com a criação de um setor de acompanhamento e uso de ferramentas tecnológicas próprias; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas; Gerando benefícios para os pacientes (aumento da qualidade do serviço); Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação).
	Pacientes	Ajudando com mão de obra nos eventos beneficentes do hospital; Ajudando financeiramente.	Supriram alguma necessidade do hospital, como a compra de equipamentos; Ajudaram nos cuidados aos pacientes; Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital.	Envolvendo os familiares dos pacientes nos eventos (principalmente da comunidade local); Gerando benefícios para os pacientes, como o aumento da qualidade do serviço; Aumentando canais de comunicação com parceiros, principalmente com a criação de um setor de acompanhamento e uso de ferramentas tecnológicas próprias.
	Governo	Ajudando a renovar o parque tecnológico com a compra de equipamentos.	Ajudaram no cuidado aos pacientes (uso da tecnologia trouxe diagnósticos mais precisos e procedimentos menos invasivos); Melhoraram as condições de trabalho dos funcionários (rapidez e precisão).	Participando das reuniões municipais/estaduais/federais; Cumprindo os serviços pactuados; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas; Geraram benefícios para os pacientes, como o aumento da qualidade do serviço para o paciente.
Falta de dinheiro	Empresas médicas	Alugando algum setor do hospital para exames ou procedimentos; Encaminhando pacientes para internação hospitalar.	Aumentaram a receita do caixa; Ajudaram na precisão do diagnóstico e menos invasivos com procedimentos e/ou exames com tecnologia, Ajudaram na adequação física e ambiência; Ajudaram na fidelização do paciente com o encaminhamento para o hospital.	Buscando certificações de qualidade, como o processo de Acreditação Hospitalar (Normas internacionais de qualidade dos serviços); Utilizando auditorias internas e externas para acompanhamento de parcerias e busca de novas; Desenhando um fluxo de acompanhamento dos parceiros, com a inclusão no planejamento estratégico da Instituição; Proporcionando internamente espaços contínuos entre os gestores para discussão para melhorias.
	Instituições de ensino	Pagando pelo espaço físico utilizado (aluguel).	Ajudaram a suprir alguma necessidade de atendimento do paciente.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas.

	Fornecedores	Ajudando financeiramente; Ajuda com doação de equipamentos.	Estendendo prazos e renegociando preços; Ajudaram a suprir alguma necessidade para cuidado do paciente.	Conseguindo maior abertura para renegociação e mantendo parceria de reciprocidade de ajuda, principalmente em crises (Pandemia da Covid-19 ou problemas internos); Negociando a nível de rede corporativa ou com outras instituições hospitalares para melhor precificação e condições; Buscando a excelência da gestão e inserindo no estratégico no planejamento o acompanhamento das parcerias; Oferecendo capacitação aos parceiros com temas relacionados ao controle de infecção, gestão de riscos e política interna da instituição; Utilizando mentoria para gestão. Conseguindo maior abertura para renegociação e mantendo parceria de reciprocidade de ajuda, principalmente em crises (Pandemia da Covid-19 ou problemas internos); Revisando a política interna de avaliação de fornecedores; Adotando um sistema tecnológico de avaliação de fornecedores (com acompanhamento de desempenho e controle dos contratos); Ofertando treinamento para parceiros e Negociando a nível de rede corporativa ou com outras instituições hospitalares para melhor precificação e condições; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente com doação (da parte da venda de seus produtos) para hospital.	Ajudaram com o melhor atendimento do paciente, suprimindo alguma necessidade; - Ajudaram na adequação física dos hospitais.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Pacientes	Ajudando com mão de obra nos eventos do hospital; Ajudando financeiramente.	Supriram alguma necessidade material no hospital; Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital.	Envolvendo os familiares dos pacientes nos eventos (principalmente da comunidade local); Gerando benefícios para os pacientes, como o aumento da qualidade do serviço; Aumentando canais de comunicação com parceiros, principalmente com a criação de um setor de acompanhamento e uso de ferramentas tecnológicas próprias.

	Comunidade local	Ajudando com a mão de obra nos eventos beneficentes do hospital; Ajuda financeira; Ajudando com a arrecadação de alimentos e materiais de higiene para pacientes; Ajudando com a doação de notas fiscais paulistas.	Supriram alguma necessidade material no hospital; Ajudaram no cuidado aos pacientes; Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital.	Criando mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Desenvolvendo outras ações sociais, principalmente com a comunidade local.
	Governo	Ajudando financeiramente com os convênios públicos; Ajudando com as emendas parlamentares. Ampliando a oferta de serviços.	Ajudaram a melhorar o cuidado do paciente; Ajudaram na compra de materiais para hospital; Ajudaram na compra de equipamentos tecnológicos; Ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários.	Participando das reuniões municipais/estaduais/federais; Cumprindo os serviços pactuados; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Gerando benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Grupos de voluntários	Ajudando financeiramente; Ajudando com a mão de obra em eventos para arrecadar recursos para hospital; Ajudando com a doação de materiais.	Ajudaram a suprir alguma necessidade do hospital; Ajudaram a suprir alguma necessidade para o cuidado aos pacientes.	Ajudando a criar sinergia entre a instituição e os voluntários (visitas ao hospital, entender como gostam de ajudar, formas de agradecer e divulgando o trabalho na mídia os trabalhos realizados pelos voluntários).
Falta de profissionais	Instituições de ensino	Ajudando com seus profissionais na avaliação e acompanhamento dos indicadores hospitalares; Ajudando com os estagiários, a suprir a mão de obra necessária na assistência aos pacientes; Dando a concessão de bolsas de estudos para os funcionários do hospital; Ajudando na capacitação e treinamento dos funcionários (reuniões, rodas de conversa); Ajudando com atuação de profissionais, como	Ofereceram seu conhecimento específico para o cuidado aos pacientes; Trocaram conhecimento e ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários do hospital; Ajudaram na formação dos profissionais com a concessão de bolsas de estudo; Melhoram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico.	Contratando os estagiários (dando oportunidades para os alunos e facilitando o processo de seleção para setor de recursos humanos); Criando mecanismos de melhor acompanhamento dos supervisores/professores/estagiários, com um profissional do hospital para monitoramento (como a alocação de uma pessoa específica para acompanhamento dessa parceria); Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa). Proporcionando contínuos espaços internos de discussão para melhorias das parcerias, com a criação de comitês internos.

		nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.		
	Hospitais particulares.	Ajudando com a mentoria (reuniões e rodas de conversa online) para cuidados aos pacientes e capacitação dos funcionários de hospitais filantrópicos ou públicos (PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, oferecido pelo Ministério da Saúde; Ofertando consulta online para pacientes, quando não se tem a especialidade.	Os pacientes foram atendidos com maior precisão do diagnóstico; Ajudaram no treinamento dos funcionários; Ofertando consultas online em diversas especialidades médicas.	Participando de programas oferecidos pelo governo federal a entidades filantrópicas e serviços públicos; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
	Outros hospitais públicos ou filantrópicos	Ajudando com mentorias em equipes multidisciplinares para auxílio no diagnóstico aos pacientes, principalmente na pandemia da Covid-19.	Os pacientes foram atendidos com maior precisão do diagnóstico; Ajudaram no treinamento dos funcionários.	Aumentando a ajuda mútua, pois também emprestam ou doam seus materiais ou equipamentos, ou seja, aumentaram a reciprocidade.
Falta de assessoria	Hospitais particulares.	Ajudando com a mentoria (reuniões e rodas de conversa online) para assessoria da gestão, principalmente com a ajuda no planejamento estratégico e capacitação dos gestores de hospitais filantrópicos ou públicos com a participação do PROADI (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), oferecido pelo Ministério da Saúde.	Ajudaram no equilíbrio dos indicadores de gestão; Ajudaram no treinamento dos funcionários; - Ajudaram na busca de práticas de qualidade, como o processo de Acreditação Hospitalar (Normas internacionais de qualidade dos serviços); - Ajudaram no cuidado de excelência aos pacientes.	Aproveitando das oportunidades de programas oferecidos pelo governo federal a entidades filantrópicas e serviços públicos; Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
	Governo	Oferecendo o programa PROADI aos hospitais filantrópicos e públicos, que realiza a mentoria de outras instituições hospitalares de	Melhoraram o cuidado do paciente; Melhoraram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico; Ajudaram na capacitação e treinamento dos funcionários.	Aproveitando das oportunidades de programas oferecidos pelo governo federal a entidades filantrópicas e serviços públicos; Cumprindo os serviços pactuados; Participando das reuniões municipais/estaduais/federais; Cumprindo os serviços pactuados;

		excelência para capacitação e treinamento dos funcionários; no cuidado do paciente e acompanhamento dos indicadores estratégicos.		Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
Falta de adequação física	Empresas doadoras	Ajudando financeiramente para adequação física	Melhoraram o acompanhamento do paciente, suprimindo alguma necessidade o cuidado; Ajudaram com adequação física do hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
	Governo	Repassando verbas contratualizadas.	Recebimento de verbas	Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
	Empresas médicas	Alugando algum setor do hospital para exames ou procedimentos; Encaminhando pacientes para internação hospitalar.	Ajudaram no tratamento do paciente; Ajudaram na reforma ou construção de adequação física; Ajudaram a construir uma ambiência agradável para pacientes e funcionários; Otimizaram custos.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos.
Falta de interação com os pacientes	Pacientes	Ajudando com a mão de obra nos eventos beneficentes do hospital; Ajudando financeiramente para os eventos no hospital; Participando nas reuniões do Conselho de saúde local e do comitê de ética e pesquisa do hospital.	Supriram alguma necessidade para os cuidados aos pacientes; Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Geraram benefícios para os pacientes (aumento do número de leitos e aumento da qualidade do serviço).
Falta de membro da comunidade para compor o comitê de ética em pesquisa	Comunidade local	Participando no comitê de ética do hospital.	Mantiveram o envolvimento e interação com o Hospital; Como membros do comitê de ética, ajudaram a resguardar os interesses, a integridade e dignidade das pessoas nas pesquisas.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Desenvolvendo outras ações sociais, principalmente com a comunidade local.

Falta de capacitação e treinamento	Instituições de ensino	Cedendo o espaço da Universidade para capacitação e treinamento; Disponibilizando equipamento com simulação realística de cuidados para o paciente; Ajudando na capacitação e treinamento dos funcionários, com troca de conhecimento; Cederam bolsas de estudo para funcionários; Ajudando com seus profissionais na avaliação e acompanhamento dos indicadores hospitalares.	Trocaram conhecimento com as reuniões multidisciplinares, capacitação e treinamento; Ajudaram na precisão do diagnóstico aos pacientes e seus cuidados; Ajudaram na formação dos funcionários (bolsas de estudo); Melhoram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
	Governo	Ajuda financeira através de contratos pactuados com Secretaria municipal de saúde; Oferecendo apoio com o Programa PROADI-SUS de capacitação para hospitais que atendem ao sistema público de saúde.	Trocaram conhecimento com as reuniões multidisciplinares, capacitação e treinamento; Ajudaram na precisão do diagnóstico aos pacientes e seus cuidados; Melhoram a gestão e acompanhamento do planejamento estratégico.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
Falta de espaço físico	Instituições de ensino	Cedendo o espaço físico da Universidade para capacitação e treinamento.	Ajudaram a resolver o problema de espaço físico no hospital.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).
Falta de cuidados no tratamento pós alta aos pacientes	Instituições de ensino	Encaminhando o paciente pós alta para continuidade do tratamento nas universidades (serviço de atenção básica aos pacientes - pactuado com o município).	Ajudaram a dar continuidade do tratamento pós alta; Ajudaram a otimizar custos do hospital, pois o paciente não retorna para internação hospitalar – não tendo ônus para o hospital; Melhoraram a qualidade de vida para paciente, com o cuidado domiciliar necessário.	Criando indicadores estratégicos no planejamento hospitalar para acompanhar parcerias e gerar novas; Mantendo o comprometimento ético e transparência na prestação de contas, bem como respeito aos prazos estabelecidos; Proporcionando espaços de troca de conhecimento e interação entre os parceiros e Instituição (reuniões, rodas de conversa).

Falta de materiais	Grupos de voluntários	Apoiando financeiramente e não financeiro com doação de materiais para hospital; Apoiando com a mão de obra em eventos para arrecadar recursos para hospital.	Ajudaram a suprir alguma necessidade do hospital; Ajudaram a suprir alguma necessidade para o cuidado aos pacientes.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação).
Falta de apoio aos pacientes	Grupos de voluntários	Visitando os doentes (levando motivação)	Ajudando no apoio motivacional aos pacientes.	Desenvolvendo mecanismos de sinergia com o parceiro (visitando os parceiros; criando formas de agradecer, convidando para visitas ao hospital, entendendo como os parceiros gostam de ajudar; realizando pesquisa de satisfação); Oferecendo capacitação aos parceiros com temas relacionados ao controle de infecção, gestão de riscos e política interna da instituição.