

INOVAÇÃO ORGANIZACIONAL NA GESTÃO EM SAÚDE NO SUS: FERRAMENTAS PARA QUALIFICAÇÃO DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS

Onayane dos Santos Oliveira¹; Jackeline Kerlice Mata Gonçalves²; Natalia Martinello Willemann³; Augusta Isabel Junqueira Fagundes⁴; Antônia Viviane Menezes Souza⁵; Karina Brasil Wanderley⁶; Lara Eduarda Silva Barbosa⁷; Marttem Costa de Santana⁸; Raquel Ariela Santana Gomes de Oliveira⁹; Ivana Jacob Ibrahim¹⁰

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. E-mail: onayane.santos.oliveira@gmail.com

² Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém, Pará, Brasil. E-mail: jackelinekerlice@gmail.com

³ UNESC, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. E-mail: nataliamartiw@unesc.net

⁴ Faculdade Santa Casa, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: profaugusta@gmail.com

⁵ UFF, Boa Vista, Roraima, Brasil. E-mail: viviane.menezes1@hotmail.com

⁶ UFRR, Boa Vista, Roraima, Brasil. E-mail: Karinawanderley2010@hotmail.com

⁷ UFFS, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: laraeduarda2920@gmail.com

⁸ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

⁹ Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC, Itabuna, Bahia, Brasil. E-mail: arielaeisabelly1@gmail.com

¹⁰ Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: Ivanaibrahim@gmail.com

CONSAUDE

RESUMO

A inovação organizacional tem adquirido relevância na gestão do Sistema Único de Saúde diante da necessidade de integrar tecnologias, planejamento, informação e práticas assistenciais em contextos marcados por desigualdades territoriais e diferentes capacidades institucionais. O capítulo objetivou analisar as principais ferramentas de inovação organizacional aplicadas à gestão em saúde e discutir suas contribuições para a qualificação dos processos assistenciais no SUS. Desenvolveu-se uma revisão narrativa, qualitativa e descritivo-interpretativa, com publicações de 2014 a 2026 localizadas na Scientific Electronic Library Online, Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico e portais institucionais, resultando na seleção de dez materiais. Os achados foram organizados em transformação digital, implementação de tecnologias, planejamento organizacional, segurança do paciente, gestão do conhecimento e integração entre formação e serviço. Os resultados mostraram que intervenções estruturadas reduziram quedas em 73% e ampliaram em 675% a adesão à lista de cirurgia segura em 35 hospitais. Na Bahia, a equipe de tecnologia passou de seis para 230 profissionais, com implantação de 231 sistemas e registro de mais de 84 milhões de atendimentos. Em contrapartida, somente 38,2% dos documentos federais sobre tecnologias abordavam sua implementação. Conclui-se que a inovação qualifica a assistência quando combina recursos tecnológicos, reorganização dos fluxos, capacitação, governança, planejamento regional e monitoramento contínuo, contribuindo para uma gestão estratégica mais integrada, segura e orientada por resultados.

Palavras-chave: Inovação organizacional; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Processos assistenciais; Gestão estratégica.

ABSTRACT

Organizational innovation has become increasingly relevant to the management of the Brazilian Unified Health System due to the need to integrate technologies, planning, information and healthcare practices within contexts marked by territorial inequalities and different institutional capacities. This chapter aimed to analyze the main organizational innovation tools applied to health management and discuss their contributions to improving healthcare processes within the Unified Health System. A qualitative, descriptive and interpretative narrative review was conducted using publications from 2024 to 2026 retrieved from the Scientific Electronic Library Online, the Virtual Health Library, Google Scholar and institutional portals, resulting in the selection of ten materials. The findings were organized into digital transformation, technology implementation, organizational planning, patient safety, knowledge management and integration between education and health services. The results showed that structured interventions reduced falls by 73% and increased adherence to the surgical safety checklist by 675% across 35 hospitals. In Bahia, the health technology workforce increased from six to 230 professionals, with 231 systems implemented and more than 84 million healthcare visits recorded. Conversely, only 38.2% of federal documents concerning health technologies addressed their implementation. It is concluded that innovation improves healthcare when it combines technological resources, workflow reorganization, professional training, governance, regional planning and continuous monitoring, contributing to more integrated, safer and results-oriented strategic health management.

Keywords: Organizational innovation; Health management; Unified Health System; Healthcare processes; Strategic management.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde organiza uma rede extensa, descentralizada e composta por diferentes níveis de atenção, exigindo articulação contínua entre gestão, planejamento, financiamento, informação e assistência. A diversidade territorial brasileira, somada às diferenças de infraestrutura, capacidade técnica e disponibilidade de recursos, torna a coordenação dos serviços uma tarefa complexa, especialmente diante do aumento das demandas assistenciais e da necessidade de oferecer cuidado integral, seguro e resolutivo à população (Oliveira *et al.*, 2024).

A incorporação de tecnologias, sistemas de informação, protocolos e novas formas de gestão tem ampliado as possibilidades de transformação dos serviços públicos de saúde. Entretanto, a inovação organizacional não se limita à introdução de recursos tecnológicos, pois envolve mudanças nos processos de trabalho, na comunicação entre equipes, na distribuição de responsabilidades, na tomada de decisão e na utilização das informações produzidas no cotidiano assistencial (Silva *et al.*, 2024).

O problema que orienta a discussão decorre da distância ainda existente entre a criação de ferramentas inovadoras e sua implementação efetiva nos serviços do SUS. Em diferentes contextos, sistemas pouco integrados, fragilidades no planejamento, insuficiência de capacitação e dificuldades de articulação entre gestores e profissionais podem reduzir os efeitos das iniciativas, mantendo fluxos fragmentados e limitações na continuidade do cuidado (Rodrigues *et al.*, 2025).

A transformação digital intensifica tal desafio, uma vez que a ampliação dos registros eletrônicos, dos sistemas de monitoramento e das plataformas de gestão precisa estar acompanhada por interoperabilidade, infraestrutura adequada e reorganização das rotinas. Quando introduzidas sem integração institucional, as tecnologias podem ampliar tarefas administrativas, duplicar registros e gerar novas exigências para os trabalhadores, sem produzir melhorias proporcionais na assistência (Brasil, 2024a; Rodrigues *et al.*, 2025).

A relevância do tema está relacionada à necessidade de qualificar a gestão pública em saúde por meio de estratégias capazes de aproximar planejamento, inovação e cuidado. Ferramentas voltadas à segurança do paciente, à gestão do conhecimento, ao acompanhamento de indicadores, à educação permanente e à integração das informações podem favorecer decisões mais consistentes e maior capacidade de resposta dos serviços, desde que sejam adequadas às necessidades institucionais e territoriais (Cordeiro *et al.*, 2024; Ranzi *et al.*, 2024).

A discussão também se justifica pela necessidade de compreender a inovação como processo organizacional contínuo, e não como intervenção pontual. A sustentabilidade das mudanças depende da participação das equipes, da definição de responsabilidades, do apoio institucional, da disponibilidade de recursos e da avaliação

periódica dos resultados, evitando que projetos inovadores permaneçam restritos à fase inicial de implantação (Santos *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024).

Parte-se da hipótese de que as ferramentas de inovação organizacional contribuem para a qualificação dos processos assistenciais quando são incorporadas de forma planejada, integrada e adaptada às condições dos serviços. Pressupõe-se, ainda, que os resultados tendem a ser mais consistentes quando a adoção de tecnologias é acompanhada por mudanças gerenciais, capacitação profissional, monitoramento e fortalecimento da governança.

Diante disso, o objetivo deste capítulo consiste em analisar as ferramentas de inovação organizacional aplicadas à gestão em saúde no SUS, discutindo suas contribuições para a qualificação dos processos assistenciais, bem como os desafios relacionados à implementação, à integração e à sustentabilidade dessas estratégias.

2 METODOLOGIA

CONSAUDE

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-interpretativo, desenvolvida com a finalidade de reunir e analisar publicações recentes sobre inovação organizacional aplicada à gestão em saúde no Sistema Único de Saúde. A escolha desse método permitiu integrar produções com diferentes delineamentos, incluindo investigações qualitativas e quantitativas, análises documentais, relatos de experiências, documentos normativos e manuais institucionais, favorecendo uma compreensão ampliada das ferramentas utilizadas para qualificar os processos assistenciais.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre julho e agosto de 2026, adotando-se como recorte temporal o período de janeiro de 2024 a agosto de 2026. A delimitação dos últimos três anos buscou contemplar discussões atuais sobre transformação digital, reorganização dos serviços, implementação de tecnologias, planejamento regional, segurança do paciente e gestão do conhecimento no SUS.

As buscas foram conduzidas na Scientific Electronic Library Online, na Biblioteca Virtual em Saúde e no Google Acadêmico. Também foram consultados os portais oficiais do Ministério da Saúde, do Diário Oficial da União e da Fundação Oswaldo Cruz,

considerando a necessidade de incluir documentos governamentais, portarias, manuais técnicos e publicações institucionais relacionadas às políticas recentes de inovação e saúde digital.

Para a definição da estratégia de busca, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde e termos livres relacionados ao objeto analisado: “inovação organizacional”, “gestão em saúde”, “Sistema Único de Saúde”, “processos assistenciais”, “inovação em saúde”, “transformação digital”, “gestão de tecnologias em saúde”, “planejamento em saúde”, “segurança do paciente”, “melhoria da qualidade”, “gestão do conhecimento” e “educação permanente em saúde”. A utilização conjunta de descritores controlados e termos livres buscou ampliar a identificação de materiais que abordassem a inovação sob perspectivas gerenciais, tecnológicas, educacionais e assistenciais.

Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, empregando-se os seguintes intercruzamentos: “inovação organizacional” AND “gestão em saúde”; “inovação organizacional” AND “Sistema Único de Saúde”; “inovação em saúde” AND “processos assistenciais”; “transformação digital” AND “SUS”; “gestão de tecnologias em saúde” AND “implementação”; “planejamento em saúde” AND “gestão regional”; “segurança do paciente” AND “melhoria da qualidade”; “gestão do conhecimento” AND “serviços de saúde”; e “educação permanente” AND “Atenção Primária à Saúde”. O operador OR foi utilizado entre termos equivalentes, ampliando a recuperação de publicações que empregavam diferentes denominações para fenômenos semelhantes.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: publicações divulgadas entre 2024 e agosto de 2026; textos disponíveis integralmente em português; artigos científicos, documentos normativos, manuais técnicos e relatos de experiências; materiais relacionados diretamente à gestão do SUS; e produções que apresentassem ferramentas, estratégias, resultados, experiências ou orientações referentes à inovação organizacional e à qualificação dos processos assistenciais. Também foram incluídos materiais que abordassem transformação digital, implementação de tecnologias, planejamento

integrado, segurança do paciente, gestão do conhecimento, educação permanente e reorganização dos processos de trabalho.

Foram excluídos documentos publicados antes do recorte temporal definido, registros duplicados, resumos de eventos, editoriais, notícias, cartas ao editor, produções sem acesso integral e materiais direcionados exclusivamente à inovação clínica ou ao desenvolvimento de equipamentos, medicamentos e procedimentos, sem relação com mudanças organizacionais, gerenciais ou assistenciais. Também foram retiradas publicações que abordavam sistemas privados de saúde sem articulação com o SUS e textos que apenas mencionavam inovação, sem apresentar discussão compatível com o objetivo do capítulo.

A seleção foi desenvolvida em três etapas. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos para verificar a relação com a inovação organizacional e a gestão em saúde. Posteriormente, os resumos foram examinados para identificar o contexto, as ferramentas analisadas e a aproximação com os processos assistenciais do SUS. Na terceira etapa, os textos completos foram lidos, permitindo confirmar sua pertinência, extrair os dados e excluir materiais que não atendiam integralmente aos critérios estabelecidos.

Devido ao caráter dinâmico do Google Acadêmico e dos portais institucionais, cujos resultados podem variar conforme a data, a localização e a atualização das plataformas, a quantidade bruta de ocorrências exibidas pelos mecanismos de busca não foi adotada como indicador de seleção. Após a leitura e a aplicação dos critérios de elegibilidade, dez materiais compuseram a amostra final, sendo oito artigos científicos, um documento normativo e um manual técnico institucional.

Para a organização dos dados, foi elaborado um instrumento de extração contendo autoria, ano de publicação, título, tipo de material, local ou contexto de realização, objetivo, delineamento metodológico, participantes ou documentos analisados, ferramenta de inovação, resultados quantitativos e qualitativos, limitações e contribuições para a gestão do SUS. Nos materiais normativos e institucionais, foram extraídas informações relacionadas aos eixos de atuação, etapas de implementação, responsabilidades dos entes federativos e mecanismos de planejamento, acompanhamento e avaliação.

A análise ocorreu de maneira descritiva e interpretativa, mediante leitura comparativa e síntese dos achados. Os resultados foram agrupados em quatro categorias: transformação digital e integração das informações em saúde; implementação de tecnologias e planejamento organizacional; ferramentas de melhoria da qualidade e segurança do paciente; e gestão do conhecimento, formação profissional e integração entre ensino e serviço. A categorização permitiu identificar aproximações, diferenças, resultados alcançados e dificuldades presentes nas iniciativas analisadas.

Os dados numéricos foram apresentados conforme descritos nas publicações originais, sem realização de metanálise ou combinação estatística, devido à heterogeneidade dos delineamentos, populações, contextos e indicadores utilizados. Os resultados qualitativos foram interpretados considerando suas contribuições para a reorganização dos fluxos, a integração das equipes, a tomada de decisão, a segurança assistencial e a continuidade do cuidado.

Por utilizar exclusivamente artigos, normas e documentos de acesso público, sem abordagem direta de participantes ou utilização de dados pessoais identificáveis, a revisão não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. A elaboração respeitou os princípios de integridade acadêmica, autoria e rastreabilidade das informações, mantendo a correspondência entre os dados apresentados, as citações no texto e as referências consultadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dez materiais demonstrou que a inovação organizacional na gestão do Sistema Único de Saúde vem sendo desenvolvida por meio de quatro frentes complementares: planejamento regional integrado, transformação digital, implementação orientada de tecnologias, gestão do conhecimento e aplicação de métodos sistemáticos de melhoria da qualidade. Embora as iniciativas apresentem diferentes níveis de maturidade, os resultados indicam que a qualificação dos processos assistenciais depende menos da adoção isolada de equipamentos e mais da combinação entre governança, monitoramento, capacitação profissional, integração de informações e reorganização dos fluxos de cuidado.

A criação do Programa SUS Digital representa uma mudança organizacional de alcance nacional, pois inseriu a transformação digital no planejamento compartilhado entre União, estados, Distrito Federal e municípios. A Portaria GM/MS nº 3.232/2024 estruturou o programa em três eixos: cultura de saúde digital, formação e educação permanente; soluções tecnológicas e serviços de saúde digital; e interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde. A organização em três eixos demonstra que a digitalização não foi limitada à aquisição de sistemas informatizados, abrangendo também mudanças culturais, formação dos trabalhadores e utilização estratégica das informações produzidas nos serviços (Brasil, 2024a).

O Manual Instrutivo do Programa SUS Digital estabeleceu igualmente três etapas sucessivas para sua execução. A primeira compreende o diagnóstico situacional, a aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital e a elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital; a segunda corresponde à implementação das ações previstas; e a terceira contempla o monitoramento e a avaliação dos resultados. A adesão deveria ser formalizada no prazo inicial de 30 dias, enquanto os planos seriam construídos por macrorregião de saúde, envolvendo municípios, estados e instâncias de pactuação. A estrutura sequencial contribui para evitar que os investimentos tecnológicos sejam realizados sem diagnóstico prévio, definição de prioridades territoriais ou mecanismos posteriores de avaliação (Brasil, 2024b).

Os resultados do projeto Territórios Integrados de Atenção à Saúde, desenvolvido em Campo Grande, demonstraram os efeitos da inovação organizacional vinculada à formação profissional e à integração entre ensino, serviço e comunidade. A experiência foi analisada durante três anos e meio de implementação, abrangendo ações de assistência, gestão, formação e participação social. A proposta integrou unidades da Atenção Primária à Saúde a programas de residência, apoio institucional e processos de educação permanente, produzindo mudanças na organização dos serviços e na capacidade de resposta das equipes. A continuidade por mais de três anos permitiu identificar que os ganhos organizacionais decorreram da aproximação entre formação e trabalho cotidiano, e não de intervenções educativas pontuais ou desvinculadas dos problemas territoriais (Ranzi *et al.*, 2024).

A experiência dos Territórios Integrados também demonstrou que a inovação depende da constituição de espaços coletivos de decisão. A reorganização territorial, a inserção de residentes, a atuação interprofissional e a aproximação entre serviços e instituições de ensino favoreceram a análise compartilhada dos problemas assistenciais. A formação em serviço passou a funcionar como ferramenta de qualificação dos processos, permitindo que dificuldades relacionadas ao acesso, à continuidade do cuidado e à coordenação das equipes fossem examinadas dentro das próprias unidades. A inovação organizacional mostrou-se, portanto, associada à construção de capacidades locais e à transformação das práticas de gestão, evitando a reprodução de modelos centralizados e pouco sensíveis às necessidades dos territórios (Ranzi *et al.*, 2024).

Na área de segurança do paciente, Santos *et al.* (2024) avaliaram um projeto de melhoria desenvolvido em 35 hospitais públicos localizados em três regiões brasileiras. A intervenção ocorreu entre julho de 2021 e setembro de 2023 e contemplou seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, acompanhados por coletas quinzenais de indicadores. Os sete primeiros pontos de coleta foram utilizados como linha de base, possibilitando a comparação do desempenho antes e depois das intervenções. O emprego de séries temporais, metas definidas e acompanhamento contínuo diferenciou a iniciativa de ações tradicionais baseadas apenas na publicação de normas ou na realização isolada de treinamentos.

Depois da intervenção, os seis protocolos apresentaram melhoria em seus indicadores. A prevalência de quedas foi reduzida em 73%, enquanto a adesão à lista de verificação de cirurgia segura aumentou 675% no conjunto dos hospitais participantes. Os resultados quantitativos demonstram que ferramentas de melhoria da qualidade, quando combinadas com capacitação, apoio técnico, coleta periódica de dados e devolutivas às equipes, conseguem alterar práticas assistenciais concretas. A amplitude do crescimento observado na cirurgia segura também sugere que parte dos hospitais apresentava baixa adesão inicial, confirmando que a existência formal de protocolos não garante sua incorporação à rotina profissional (Santos *et al.*, 2024).

A implementação de tecnologias em saúde apresentou limitações semelhantes. Silva *et al.* (2024) identificaram 666 documentos federais relacionados à gestão de

tecnologias, dos quais 434 foram considerados elegíveis e 166, correspondentes a 38,2%, continham alguma referência ao processo de implementação. Entre as 18 normativas estruturantes analisadas, somente sete, equivalentes a 38,8%, mencionavam direta ou indiretamente ações de implementação. Nenhum documento, contudo, foi elaborado especificamente para orientar de maneira completa a aplicação das tecnologias nos serviços, revelando uma lacuna entre a decisão de incorporar uma inovação e sua utilização efetiva na assistência.

A análise incluiu ainda 298 portarias de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias, das quais apenas 109, correspondentes a 36,5%, apresentavam pelo menos uma condição para a conclusão da incorporação. As orientações relacionadas à implementação foram encontradas em 27,1% dos relatórios de recomendação e em 66,1% das diretrizes clínicas. Mesmo nos documentos em que estavam presentes, as recomendações concentravam-se nos recursos e nas ações necessárias para disponibilizar a tecnologia, apresentando menor detalhamento sobre adesão profissional, aceitabilidade, viabilidade, monitoramento, sustentabilidade e adaptação ao contexto organizacional. Os dados confirmam que a qualificação dos processos assistenciais requer a inclusão do planejamento da implementação desde as etapas iniciais de avaliação tecnológica (Silva *et al.*, 2024).

No campo da gestão regional, Oliveira *et al.* (2024) realizaram 29 entrevistas com gestores e representantes da Comissão Intergestores Regional e examinaram 103 documentos referentes à Região de Saúde de Vitória da Conquista, na Bahia. A matriz avaliativa indicou implantação incipiente do planejamento regionalizado, com somente três municípios situados em condição mais favorável dentro dos critérios empregados. A baixa institucionalização do planejamento comprometeu a continuidade das ações, a pactuação de responsabilidades e a integração entre os serviços municipais, demonstrando que a regionalização formal não assegura, por si mesma, uma gestão articulada da rede.

A combinação entre 29 entrevistas e 103 documentos permitiu verificar diferenças entre aquilo que estava registrado nos instrumentos de planejamento e o que efetivamente ocorria na gestão regional. Foram identificadas fragilidades na articulação interfederativa,

na disponibilidade de recursos técnicos, na continuidade das agendas e na utilização dos instrumentos de planejamento como base para decisões. A inovação organizacional, nesse contexto, precisa fortalecer as Comissões Intergestores Regionais, ampliar a capacidade técnica dos municípios e transformar os planos em instrumentos permanentes de negociação, monitoramento e organização dos fluxos assistenciais, evitando que permaneçam restritos ao cumprimento de exigências administrativas (Oliveira *et al.*, 2024).

A gestão do conhecimento apareceu como outra dimensão relevante para a qualificação dos serviços. Cordeiro *et al.* (2024) realizaram uma investigação qualitativa com 15 enfermeiros gestores de hospitais públicos e identificaram 42 ações inovadoras de compartilhamento do conhecimento. As práticas incluíram reuniões, treinamentos, discussão de casos, elaboração coletiva de protocolos, utilização de recursos digitais, acompanhamento de indicadores e circulação de informações entre gestores e equipes assistenciais. A quantidade de ações encontradas demonstra que os gestores não dependem de uma única ferramenta, mas articulam estratégias formais e informais conforme as necessidades organizacionais.

As 42 ações identificadas também demonstraram que o conhecimento produzido no cotidiano pode contribuir para decisões mais rápidas e coerentes quando existem canais permanentes de comunicação. A experiência dos 15 gestores indicou que reuniões, atividades educativas e trocas entre profissionais favorecem a disseminação de soluções e reduzem a concentração das informações em determinados setores ou indivíduos. Entretanto, a permanência de práticas pouco sistematizadas pode dificultar a memória institucional e a continuidade das melhorias quando ocorre substituição de gestores ou trabalhadores. A adoção de repositórios, protocolos atualizados, registros de experiências e comunidades de prática constitui, portanto, uma estratégia relevante para consolidar o aprendizado organizacional no SUS (Cordeiro *et al.*, 2024).

A análise comparativa realizada por Rodrigues *et al.* (2025) entre Brasil e Portugal mostrou que a inclusão de tecnologias digitais modifica a divisão do trabalho, as formas de comunicação, a produção de registros e os mecanismos de controle dos processos assistenciais. Por se tratar de uma abordagem qualitativa e comparativa, o artigo não

apresentou percentuais de efetividade, concentrando-se nas mudanças organizacionais provocadas pela digitalização. Os resultados apontaram que os recursos digitais podem ampliar a integração das informações e agilizar algumas atividades, mas também podem gerar intensificação do trabalho, novas exigências de qualificação e dependência de sistemas cuja estrutura nem sempre corresponde às necessidades dos profissionais e usuários.

A comparação internacional reforçou que a transformação digital não deve ser avaliada somente pelo número de sistemas implantados. A qualificação dos processos depende da participação dos trabalhadores no desenvolvimento das ferramentas, da interoperabilidade, da proteção dos dados e da reorganização das atividades para impedir duplicidade de registros e aumento desnecessário da carga administrativa. Sistemas implantados sem integração podem transferir parte do tempo assistencial para o preenchimento de plataformas distintas, reduzindo o contato direto com os usuários. A inovação organizacional precisa, desse modo, manter a tecnologia subordinada às necessidades do cuidado, e não converter a assistência em uma atividade orientada predominantemente pelas exigências dos sistemas de informação (Rodrigues *et al.*, 2025).

A transformação digital da rede estadual da Bahia apresentou resultados quantitativos expressivos. Em 2015, a Coordenação Geral de Gestão de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde possuía somente seis profissionais e monitorava quatro sistemas internos, enquanto o diagnóstico apontava déficit aproximado de 8 mil computadores. Até o final de 2024, a equipe foi ampliada para 230 colaboradores, incluindo 45 desenvolvedores e 134 implantadores de prontuário eletrônico. No mesmo período, foram implantados 231 sistemas internos e 440 painéis de business intelligence, distribuídos em 700 abas de análise. A ampliação inicial do parque tecnológico envolveu mais de 10 mil computadores e 2 mil impressoras, além de servidores, tablets, notebooks, equipamentos de videoconferência e expansão da conectividade (Saavedra *et al.*, 2026).

O Indicador de Modernização Digital desenvolvido na Bahia avaliou conectividade, infraestrutura, suporte técnico e sistemas, atribuindo 25% a cada dimensão. Entre 38 unidades estaduais avaliadas, o índice médio de maturidade digital alcançou 76%. Os 19 hospitais apresentaram média de 72%, as quatro unidades de

emergência atingiram 65%, os oito centros de referência alcançaram 72% e as três maternidades registraram média de 77%. As 25 policlínicas regionais chegaram a 100% de modernização tecnológica, indicando melhor desempenho em unidades implantadas dentro de uma estratégia recente e regionalizada, enquanto estabelecimentos mais antigos apresentaram maior heterogeneidade estrutural (Saavedra *et al.*, 2026).

A Rede Estadual de Dados em Saúde estava presente em 53 unidades até 2024 e reunia 19.050 profissionais cadastrados. O repositório continha dados de 15.660.415 pacientes, 84.681.394 atendimentos, 139.003.174 procedimentos e 60.702.095 prescrições. O prontuário AGHUse, composto por 13 módulos assistenciais e sete módulos de gestão, encontrava-se implantado em 38 unidades. A dimensão dos registros mostra o potencial da interoperabilidade para apoiar a regulação, o acompanhamento da trajetória assistencial, o planejamento de recursos e a produção de indicadores, embora o artigo reconheça que a integração com a Atenção Primária ainda era parcial e que a infraestrutura permanecia desigual entre os estabelecimentos (Saavedra *et al.*, 2026).

O Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação foi analisado a partir de três instrumentos centrais: a Emenda Constitucional nº 85/2015, a Lei nº 13.243/2016 e o Decreto nº 9.283/2018. Ribeiro e Costa (2026) não conduziram uma avaliação quantitativa de serviços, mas compararam as mudanças introduzidas pelos três marcos jurídicos e identificaram maior possibilidade de cooperação entre instituições públicas, empresas, universidades e centros de inovação. A análise indicou avanços na digitalização, na cooperação intersetorial e na adoção de recursos como inteligência artificial, ao mesmo tempo que apontou dificuldades de harmonização regulatória e de distribuição equitativa dos benefícios tecnológicos.

A relevância da regulação torna-se ainda maior considerando que 71% dos brasileiros utilizam os serviços públicos de saúde como referência, dado mobilizado pelos autores para contextualizar a amplitude social das inovações. A flexibilização jurídica das parcerias pode acelerar o desenvolvimento e a transferência de tecnologias, porém necessita ser acompanhada por critérios de segurança, transparência, proteção dos dados e atendimento às prioridades sanitárias. Sem mecanismos de governança, a expansão das soluções digitais pode aprofundar diferenças entre territórios com maior capacidade

tecnológica e municípios que ainda enfrentam limitações de conectividade, infraestrutura e formação profissional (Ribeiro; Costa, 2026).

A síntese dos resultados mostra que as iniciativas com maior capacidade de qualificar a assistência combinaram tecnologia, reorganização dos fluxos e mudança organizacional. Nos 35 hospitais participantes do projeto de melhoria da segurança do paciente, as intervenções monitoradas reduziram a prevalência de quedas em 73% e ampliaram em 675% a adesão à lista de verificação de cirurgia segura, demonstrando que protocolos associados ao acompanhamento contínuo de indicadores podem produzir mudanças expressivas nas práticas assistenciais (Santos *et al.*, 2024).

Na Bahia, o crescimento da equipe de tecnologia de seis para 230 profissionais, a implantação de 231 sistemas internos e o armazenamento de mais de 84 milhões de atendimentos demonstraram expansão relevante da infraestrutura digital e da capacidade de gestão dos dados em saúde (Saavedra *et al.*, 2026). Em contraste, somente 38,2% dos documentos federais relacionados à gestão de tecnologias apresentavam orientações sobre implementação, revelando a permanência de lacunas entre a incorporação das inovações e sua aplicação efetiva nos serviços do SUS (Silva *et al.*, 2024).

A análise regional também identificou implantação incipiente do planejamento integrado e fragilidades na articulação interfederativa, limitando a organização dos fluxos e a continuidade das ações assistenciais (Oliveira *et al.*, 2024). A comparação revela que a disponibilidade de tecnologias precisa ser acompanhada por orientações de implementação, pactuação regional, educação permanente e indicadores capazes de mensurar as mudanças produzidas na qualidade, na segurança e na continuidade do cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise permitiu compreender que a inovação organizacional na gestão em saúde apresenta capacidade relevante para qualificar os processos assistenciais no Sistema Único de Saúde, principalmente quando articulada à transformação digital, ao planejamento regional, à segurança do paciente, à educação permanente e à gestão do conhecimento. As experiências examinadas demonstraram que os melhores resultados

ocorreram quando a incorporação de tecnologias esteve acompanhada pela reorganização dos fluxos, pela definição de responsabilidades, pelo monitoramento de indicadores e pela participação das equipes na implementação das mudanças.

Os materiais analisados mostraram avanços importantes na ampliação da infraestrutura digital, na integração de dados, na implantação de sistemas de informação e na aplicação de ferramentas de melhoria da qualidade. Também foram observadas mudanças mensuráveis na segurança assistencial, incluindo a redução de eventos adversos e o aumento da adesão a protocolos, indicando que intervenções planejadas, monitoradas e adaptadas às necessidades institucionais podem produzir resultados concretos nos serviços de saúde.

Apesar dos avanços identificados, permaneceram desafios relacionados à desigualdade estrutural entre os territórios, à fragilidade do planejamento regional, à integração limitada entre sistemas, à insuficiência de orientações operacionais para implementação e à necessidade de qualificação contínua dos profissionais. A disponibilidade de tecnologias não assegura, de forma isolada, a melhoria da assistência, especialmente quando persistem dificuldades de conectividade, financiamento, manutenção da infraestrutura, interoperabilidade e acompanhamento dos resultados.

Entre as limitações da análise, destaca-se a heterogeneidade metodológica dos materiais selecionados, que incluíram artigos qualitativos, análises documentais, relatos de experiências, documentos normativos e avaliações quantitativas. Tal diversidade dificultou a comparação direta dos resultados e impossibilitou a realização de uma síntese estatística conjunta.

Também foi observada concentração de experiências em determinados estados, instituições e serviços, reduzindo a possibilidade de generalização para todas as regiões do país. Além disso, parte das publicações apresentou resultados referentes à estruturação ou à implementação inicial das iniciativas, sem acompanhamento prolongado suficiente para avaliar sua sustentabilidade e seus efeitos permanentes sobre a qualidade assistencial.

Mesmo diante dessas limitações, considera-se que o objetivo proposto foi alcançado, pois foi possível analisar as principais ferramentas de inovação organizacional

utilizadas na gestão em saúde e identificar suas contribuições para a qualificação dos processos assistenciais no SUS. Os resultados permitiram reconhecer que a transformação digital, os métodos de melhoria da qualidade, a gestão do conhecimento, o planejamento integrado e a reorganização dos serviços constituem estratégias relevantes, desde que acompanhadas por governança, capacitação, monitoramento e adaptação às realidades territoriais.

Conclui-se que a inovação organizacional deve ser compreendida como um processo contínuo de transformação das estruturas, das práticas e das relações de trabalho. Sua efetividade depende da combinação entre tecnologia, gestão qualificada, integração das equipes, financiamento adequado e avaliação sistemática, favorecendo maior segurança, resolubilidade, continuidade e qualidade no cuidado oferecido à população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Programa SUS Digital**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-instrutivo-do-programa-sus-digital>. Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o Programa SUS Digital. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.232-de-1-de-marco-de-2024-546278935>. Acesso em: 5 ago. 2026.

RANZI, Dinaci Vieira Marques *et al.* Territórios Integrados de Atenção à Saúde: potencialidades de inovações para a qualificação da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, e04432024, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242911.04432024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nbjsSh7J8nCFRXmH66zh4dM/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

RIBEIRO, Mariana Hamú; COSTA, José Rafael Cutrim. O Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação e seu papel na transformação digital do Sistema Único de Saúde. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 15, e2026002, 2026. DOI: 10.17566/ciads.e2026002. Disponível em: <https://periodicos.fiocruz.br/pt-br/o-marco-legal-de-ciencia-tecnologia-e-inovacao-e-seu-papel-na-transformacao-digital-do-sistema>. Acesso em: 5 ago. 2026.

RODRIGUES, Paôlla Layanna Fernandes *et al.* Organização do trabalho em saúde e as transformações digitais: uma perspectiva comparada entre o Brasil e Portugal. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 23, e03078285, 2025. DOI:

10.1590/1981-7746-ojs3078. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/bWbmsFwfB8YqGTSZxCSWFhb/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SAAVEDRA, Ramon da Costa *et al.* Transformação digital na saúde da Bahia, Brasil: uma década de modernização e integração de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, e23942025, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026315.23942025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WfhjdY9R6hXwk5kCNMhq6Bv/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SANTOS, Adriano Maia dos *et al.* Gestão e planejamento integrado em saúde no SUS: análise da capacidade governamental em região de saúde da Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34052, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434052pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/bXRv3ZcF7BB38LFs8CXqqYN/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SANTOS, Daniela Cristina dos *et al.* Compartilhamento do conhecimento: práticas de gestores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 77, n. 5, e20230287, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0287pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cTZmc8D74P5wBfnNss3pJ9c/>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SANTOS, Daniela Cristina dos *et al.* Implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: projeto de melhoria da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 45, esp. 1, e20230312, 2024. DOI: 10.1590/1983-1447.2024.20230312.pt. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/141841>. Acesso em: 5 ago. 2026.

SILVA, Simone Nunes da *et al.* Implementação de tecnologias em saúde no Brasil: análise de orientações federais para o sistema público de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e00322023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024291.00322023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ghL9xMBkVnSLgxKKmyHxWCP/>. Acesso em: 5 ago. 2026.