

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

**A SAÚDE BASEADA EM VALOR E A METODOLOGIA ICHOM À LUZ DA
PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS* DA CADEIA DA SAÚDE**

CID RICARDO ABREU BUARQUE DE GUSMÃO

SÃO PAULO

2021

CID RICARDO ABREU BUARQUE DE GUSMÃO

**A SAÚDE BASEADA EM VALOR E A METODOLOGIA ICHOM À LUZ DA
PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS* DA CADEIA DA SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de
Administração de São Paulo da Fundação Getúlio
Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre
Profissional em Gestão para a Competitividade

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2021

Gusmão, Cid Ricardo Abreu Buarque de.

A saúde baseada em valor e a metodologia ICHOM à luz da percepção dos *stakeholders* da cadeia da saúde / Cid Ricardo Abreu Buarque de Gusmão. - 2021.

f.115

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Garantia de qualidade dos cuidados de saúde. 2. Avaliação de resultados (Cuidados médicos). 3. Cuidados médicos - Custo-benefício. 4. Stakeholders. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2

Ficha Catalográfica elaborada por: Isabele Oliveira dos Santos Garcia CRB
SP-010191/O

Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getulio Vargas - SP

CID RICARDO ABREU BUARQUE DE GUSMÃO

**A SAÚDE BASEADA EM VALOR E A METODOLOGIA ICHOM À LUZ DA
PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS* DA CADEIA DA SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas
de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Ana Maria Malik

Data de Aprovação

____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Ana Maria Malik
FGV-EAESP

Prof.^a Dr.^a. Laura Maria Cesar Schiesari
FGV-EAESP

Prof. Dr. Denizar Vianna Araújo
IMS/UERJ

“A doença é o lado noturno da vida, uma cidadania mais onerosa. Quem nasce tem a dupla cidadania, uma do reino da saúde, outra do reino da enfermidade. Preferimos usar o passaporte da saúde, mas somos obrigados, ao menos por um instante, a nos identificar como cidadãos daquele outro lugar.”

Susan Sontag
Illness as a metaphor

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Cid e Cora, hoje já falecidos, mas sempre presentes em todos os meus momentos.

A meus irmãos, Sérgio Augusto e Paulo Fernando, presença constante e diária, numa dinâmica própria de três irmãos que nunca conseguiram viver separados.

A meus filhos, João Pedro, Thiago e Luiza, razão de vida e motivo de alegria e orgulho.

A Cristiano Fernandes, colega de consultório e vida, pela paciência, apoio e contribuição nas discussões durante a elaboração deste trabalho, e sem o qual, com certeza, este não estaria formatado.

Aos professores da FGV pela paciência, carinho e ensinamentos. Em especial, a Profa. Isabela Curado, pelo privilégio de ter sido seu aluno e ser influenciado por uma grande educadora. Tivesse a conhecido mais cedo em minha vida e essa teria um desdobramento médico-profissional diferente.

Meu agradecimento especial a minha orientadora, Profa. Ana Maria Malik, pela paciência e dedicação ao ensinar. Acima de tudo, agradeço a amizade, a confiança, o privilégio e a honra concedida ao me aceitar como orientando.

Minha banca examinadora foi composta por um par que eu só poderia sonhar em reunir: Profa. Laura Maria Schiesari e Prof. Denizar Vianna Araújo. Ter este trabalho lido e comentado por ambos foi um privilégio e uma honra. Suas ponderações, críticas e elogios tornaram essa versão final a mais completa possível. Agradeço muitíssimo a ambos.

A todos os extraordinários colegas desta incrível turma de mestrado. Conhecê-los e aprender com vocês foi a melhor, e com certeza a mais alegre, parte desta jornada.

Aos entrevistados nesta pesquisa, sem os quais ela não existiria, muito obrigado.

Mais que tudo, agradeço a minha esposa, Mariana, companheira na vida e no amor, suporte e esteio, presença que define o que sou, somos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática da cadeia de valor da saúde	19
Figura 2 - Crescimento do Percentual do Gasto em Saúde frente ao Produto Interno Bruto...23	
Figura 3 - Percentual do Gasto em Saúde frente ao Produto Interno Bruto	24
Figura 4 - Financiamento da saúde.....	24
Figura 5 - Expectativa de vida vs Gasto em Saúde	25
Figura 6 – Conceitualização de desfecho por meio de hierarquia de dimensões	32
Figura 7 - Hierarquia de mensuração de desfechos	33
Figura 8 - Ecossistema do Cuidado da Saúde	37
Figura 9 - Percepção do Universo dos Stakeholders	54
Figura 10 - Percepção do Grupo Prestadores	55
Figura 11 Percepção Grupo Prestadores Clínicas/Hospitais	55
Figura 12- Percepção Grupo Prestadores Médicos.....	56
Figura 13 - Percepção Grupo Operadora.....	56
Figura 14 - Percepção Grupo Industria Farmacêutica	57
Figura 15 - Percepção Grupo Governo.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Definições de Qualidade	21
Tabela 2 - Dimensões da Qualidade	21
Tabela 3 - Pilares da Qualidade	22
Tabela 4 - Classificação do método utilizado.....	38
Tabela 5 - Fases da Pesquisa	41
Tabela 6 - Estruturação da Pesquisa de Campo.....	53

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BRICs	Brasil, Rússia, Índia e China
E.U.A.	Estados Unidos da América
FFS	Fee for Service – Pagamento por Serviço
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
IPU	Integrated Practice Unit - Unidade de Prática Integrada
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QALY	Ano de Vida Ajustado pela Qualidade
RWD	Real World Data – Dados de Mundo Real
RWE	Real World Evidence – Evidência de Mundo Real
TI	Tecnologia da Informação
VBHC	Value-based Health Care
WHO	World Health Organization

RESUMO:

O modelo Value-Based Healthcare (VBHC) propõe que é possível fornecer uma assistência de alta qualidade, racionalizando e reduzindo custos financeiros, por meio de um ecossistema de saúde alinhado e focado na estratégia competitiva baseada em valor, definida pela perspectiva do paciente e não pela do sistema de saúde. Essa estratégia apresenta desafios, pois requer mudanças culturais e organizacionais em toda a cadeia de valor da saúde. O presente trabalho buscou analisar a percepção dos *stakeholders* sobre o VBHC por meio de uma pesquisa qualitativa e exploratória, realizada com o método de estudo de caso e analisada utilizando o método da análise de conteúdo. Para tanto, em representação da cadeia de valor da saúde brasileira, foram entrevistados 32 *stakeholders* de nível sênior do governo, indústria farmacêutica, prestadores institucionais (hospitais e clínicas), operadoras de saúde e prestadores individuais (médicos). O trabalho verificou que os *stakeholders* percebem o VBHC como um modelo de atendimento à saúde, mas não como um modelo de estratégia competitiva. Por fim, o trabalho conclui que o conhecimento sobre a teoria do VBHC é heterogêneo no ambiente analisado e identificou a presença de equívocos conceituais nos discursos de diferentes *stakeholders*.

Palavras-Chave: value-based health care; patient reported outcomes measures; international consortium for health outcomes measurement (ICHOM); stakeholder; breast cancer; saúde baseada em valor; medidas de resultado; câncer de mama.

ABSTRACT

The Value-Based Healthcare model (VBHC) proposes that it is possible to provide high quality healthcare while rationalizing and reducing financial costs by means of a healthcare ecosystem aligned and focused on the value-based competitive strategy defined by the patient's perspective and not by the perspective of the health system. Such strategy presents challenges as it requires cultural and organizational changes throughout the healthcare value chain. The present paper sought to analyze the health chain stakeholders' perceptions about VBHC through a qualitative and exploratory research using the Case Study method and analyzed with the Content Analysis method. To address this issue, representing the Brazilian healthcare value chain, 32 senior level stakeholders from the government, pharmaceutical industry, institutional providers (hospitals and clinics), health plans, and individual providers (doctors) were interviewed. Our data verified that stakeholders perceive VBHC as a model for healthcare delivery but not as a competitive strategy model. Finally, the paper concludes that the knowledge of VBHC theory is heterogeneous in the analyzed environment and identified the presence of conceptual mistakes in the discourses of different stakeholders.

Keywords: value-based health care; patient reported outcomes measures; international consortium for health outcomes measurement (ICHOM); stakeholder; breast cancer

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	13
1.1.	CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.2.	QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVO	15
1.3.	ESTRUTURA DO TRABALHO	15
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1.	CADEIA DE VALOR NA SAÚDE.....	17
2.2.	QUALIDADE EM SAÚDE	20
2.3.	CUIDADO DA SAÚDE BASEADO EM VALOR (VBHC).....	23
2.4.	INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM SAÚDE	30
2.5.	VBHC E ICHOM EM ONCOLOGIA	34
3.	MÉTODO.....	38
3.1.	METODOLOGIA DE PESQUISA	38
3.2.	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	39
3.3.	FASES DA PESQUISA	40
3.4.	FASE DE PREPARAÇÃO DO ESTUDO	41
3.5.	FASE DE COLETA DE DADOS	43
3.6.	DEFINIÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i> E PERFIL DOS ENTREVISTADOS	43
3.7.	REALIZAÇÃO E TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	46
3.8.	FASE DE ANÁLISE DE DADOS.....	47
3.9.	CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO	49
3.10.	REVISÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO	50
3.11.	RELATÓRIO FINAL.....	50
3.12.	ESTRUTURAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO	50
4.	PESQUISA DE CAMPO: ACHADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	54
4.1.	ABORDANDO AS NUVENS DE PALAVRAS.....	54
4.2.	ABORDANDO AS CATEGORIAS E OS CÓDIGOS.....	61
4.2.1.	Benefícios globais e metodologias de mensuração por indicadores.	61

4.2.2.	Racionalização do uso-consumo e redução de custos-riscos financeiros	63
4.2.3.	Estímulo ao engajamento do paciente.....	64
4.2.4.	Determinantes para entrega de desfecho clínico positivo.....	66
4.2.5.	Obrigatoriedade de mensuração por indicadores	67
4.2.6.	Dados de mundo real	68
4.2.7.	Análise de Custo-Efetividade	70
4.2.8.	Custo Final	71
4.2.9.	Diretrizes Clínicas.....	72
4.2.10.	Fragmentação do cuidado	73
4.2.11.	Indicadores Chave.....	74
4.2.12.	Transparência e Divulgação de dados e resultados.....	75
4.2.13.	Responsabilidade, integração e análise de dados assistenciais e financeiros.....	76
4.2.14.	Fatores de sucesso para a implantação.....	77
4.2.15.	Uniformidade de objetivos.....	78
4.2.16.	Modelo de pagamento e impacto na implantação	79
4.2.17.	Simetria do Conhecimento.....	81
4.2.18.	Cultura Organizacional	82
4.2.19.	Regulamentação	83
4.2.20.	Adequação da Tecnologia da Informação.....	84
4.2.21.	Experiência do paciente e avaliação	85
4.2.22.	Apropriação do VBHC	87
4.2.23.	Uso Presente de Modalidade de Pagamento	88
4.2.24.	Análise consolidada de resultados assistenciais e financeiros	89
4.2.25.	Responsabilidade do setor do <i>stakeholder</i> perante o modelo de VBHC	89
5.	CONCLUSÃO	91
6.	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	96
	REFERÊNCIAS	97
	ANEXO A. Aprovação do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa.....	106
	ANEXO B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109
	ANEXO C. Roteiro de Entrevista.....	111

1. INTRODUÇÃO

O ano era 2006.

Neste ano, Michael Porter e Elizabeth Teisberg, ambos acadêmicos reconhecidos na área da administração e com várias publicações voltadas à estratégia competitiva e inovação, publicaram o livro *Redefining Health Care. Creating Value-based Competition on Results* (PORTER & TEISBERG, 2006). Desde então, valor e saúde baseada em valor tornaram-se palavra e conceito motivos de discussão nos mais diversos fóruns na área da gestão da saúde. Discussão esta, que parece longe de um fim, assim como o consenso a respeito de sua definição.

A cada dia, o envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crônicas e as inovações tecnológicas têm demandado os governos e sistemas de saúde. Com orçamentos limitados, os sistemas enfrentam hoje o desafio de incorporar intervenções eficazes, e custo-efetivas, na sua rotina. A pressão pela definição e obtenção de um consenso sobre o uso ideal de recursos é premente. Mantido o crescimento percentual dos gastos em saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) dos países e o aumento progressivo do custo per capita da assistência médica fornecida aos funcionários, quando considerada a contratação de planos de saúde pelos empregadores, o sistema aproximar-se-á da insustentabilidade (WHO,2019).

Torna-se necessária uma nova proposição sobre o significado de uso adequado de recursos, garantindo que estes sejam disponibilizados por meio de intervenções que se traduzam em valor para o paciente (efetividade)¹, ao invés de focar apenas em eficácia e custo-benefício, como forma de garantir a adequada alocação dos recursos.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Brasil, assim como os demais países, enfrenta o desafio estabelecido pelo hiato existente entre a necessidade da população por cuidado em saúde e os recursos disponíveis. É

¹ Eficácia: definida neste trabalho como propriedade intrínseca de uma intervenção médica-assistencial.

Efetividade: definida neste trabalho como o resultado da interação da intervenção com o ambiente em que ela está sendo aplicada

Eficiência: definida neste trabalho como otimização na aplicação de recursos em relação aos resultados alcançados

determinante, assim, dispor de uma definição de valor em saúde que racionalize a decisão e alocação dos recursos materiais, humanos e financeiros. O benefício entregue ao paciente, apesar dos desafios, é o objetivo primário e final, e deve ser o foco do sistema.

Conceitualmente, o cuidado da saúde baseado em valor (VBHC) está representado pela fórmula onde valor em saúde é o resultado da qualidade em saúde entregue relevante para o paciente dividida pelo custo incorrido em atingi-la. Aparentemente simples, a obtenção da uniformidade de conceituação, aplicação e mensuração do VBHC é complexa, no que diz respeito aos seus objetivos e análises, quando considerados os diferentes *stakeholders* participantes da linha de cuidados, a saber, usuários, prestadores, pagadores, reguladores e a sociedade.

Numa economia de livre mercado, a oferta e a demanda determinam o preço ou o valor de mercado de um objeto ou serviço. Definir o valor da saúde humana, porém, é mais complexo e requer um acordo entre todas as partes interessadas, e mesmo um consenso social.

Num cenário ideal, no qual os dados representantes dos desfechos esperados estariam estabelecidos, pactuados entre os *stakeholders* e transparentes, todos os agentes da cadeia de valor em saúde poderiam identificar as melhores práticas e auxiliar o usuário-paciente a se deslocar através de sua jornada do cuidado, de forma a alcançar os melhores resultados em termos de desfechos assistenciais e resultado financeiro.

Uma das tentativas de estabelecer este alinhamento e uniformidade de métricas entre os agentes (pacientes, médicos, pagadores e reguladores) foi estabelecida pelo *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), metodologia que mensura dados de desfecho clínico, qualidade de vida reportada e experiência dos pacientes durante o ciclo de cuidado. Seu objetivo geral seria o de proporcionar serviços de saúde com melhor qualidade, maior segurança ao paciente, efetividade e eficiência. Este objetivo encontra-se alinhado ao conceito de cuidado centrado no paciente, conforme a estrutura proposta, em 2007, pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), conhecida como “*Triple Aim*” (BERWICK, NOLAN & WHITTINGTON, 2008). A estrutura proposta busca otimizar o desempenho do sistema de saúde por meio da abordagem simultânea de três dimensões: melhor experiência do paciente (englobando qualidade, segurança e satisfação); melhor saúde populacional e menor custo possível *per capita* do tratamento.

Os desafios aumentam em situações de maior complexidade, onde os indivíduos necessitam de apoio de diversos tipos de serviços. Na oncologia, considerada uma condição crônica complexa, a teoria do VBHC é amplamente discutida e abordada, motivo pelo qual

neste trabalho foi feita a opção de estudar o tema neste recorte, acrescentado o fato de o autor ser oncologista e proprietário de uma clínica da especialidade.

1.2. QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVO

Diante do contexto exposto, o presente trabalho, de natureza exploratória, buscou responder a seguinte questão principal: qual a percepção dos *stakeholders* da cadeia da saúde sobre a saúde baseada em valor e a metodologia de mensuração da ICHOM?

Frente a esta questão, o objetivo geral do estudo é analisar a percepção dos *stakeholders* da cadeia da saúde sobre a saúde baseada em valor nos moldes estabelecidos por Porter e Teisberg (2006) e a metodologia de mensuração proposta pela ICHOM (2020). Na literatura brasileira consultada, a percepção dos *stakeholders* é abordada em análises que consideram, de forma isolada um ou dois grupos de *stakeholders* simultaneamente, mas não a cadeia de forma mais abrangente. Da mesma forma, são abordadas percepções de aspectos pontuais referentes ao processo do VBHC, e não um panorama geral do tópico. Tendo identificado um *gap* na literatura, o trabalho procurou analisar a percepção considerando, de forma transversal, o universo dos *stakeholders* diretamente envolvidos nesta cadeia de cuidados e não apenas uma categoria desses grupos, analisando-os internamente e entre eles, como será detalhado no método. Em consonância com o objetivo geral, o estudo procura, também, analisar as principais necessidades e os desafios considerados pelos diferentes *stakeholders* para a implantação de um sistema de saúde baseado em valor.

1.3. ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente Trabalho Aplicado está desenvolvido em cinco blocos principais: introdução, revisão da literatura, método, pesquisa de campo e conclusões.

A Parte 1 (Introdução) compreende o capítulo que trata da contextualização e justificativa do tema. A Parte 2 (Referencial Teórico) está dividida em cinco capítulos que abordam a cadeia de valor da saúde, o conceito de qualidade em saúde, a teoria e conceituações de saúde baseada em valor, os instrumentos de mensuração em saúde. Por último são abordados o VBHC e a metodologia de mensuração proposta pela ICHOM no âmbito da oncologia, em vista do recorte do trabalho. Na Parte 3 (Método) são apresentados os procedimentos

metodológicos. A Parte 4 (Pesquisa de Campo) traz os achados da pesquisa de campo e consequentes análise e discussão. Por fim, a Parte 5 (Conclusão) e a Parte 6 (Limitações do Estudo) compreendem a conclusão, as considerações e potenciais implicações. As limitações do estudo atual, assim como sugestões para futuros estudos, são também, apresentadas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Muitas estratégias têm sido exploradas no intuito de melhorar o cuidado à saúde e, ao mesmo tempo, interromper o crescimento e reduzir os custos sociais e econômicos frente à pressão exercida pelo aumento da expectativa de vida, pelo crescimento populacional e pelas inovações tecnológicas. A pressão e o desafio se tornam maiores, em vista da demanda crescente por cuidado à saúde exercida pelo paciente e por uma sociedade mais bem informada.

Uma das estratégias exploradas é a saúde baseada em valor, ou *value-based health care* (VBHC), proposta por Porter (2006). De acordo com o proposto na teoria, o objetivo principal do cuidado à saúde seria maximizar os desfechos em relação ao custo financeiro dispendido para atingi-los.

Esta parte do trabalho dedica-se à discussão dos conceitos inseridos no problema de pesquisa, tendo por base pesquisa bibliográfica sobre estudos relevantes ao tema.

2.1. CADEIA DE VALOR NA SAÚDE

O termo cadeia de valor ganhou destaque após ter sido desenvolvido por Porter (1985). Segundo este, a cadeia de valor representa a sequência de atividades necessárias para desenvolver e entregar um produto ou serviço. Para ele, a percepção do cliente seria o direcionador a partir do qual deveriam ser analisadas e quantificadas as atividades. A visão exposta por Porter partia, à época, do pressuposto de atividades desenvolvidas por uma única organização.

Mais recentemente, o conceito de cadeia de valor passou a considerar o conjunto interligado de todas as atividades que criam valor, onde diversas organizações podem formar uma única cadeia de valor, estabelecendo um ecossistema de expansão. Esta expansão de limites, para além de uma única organização, é considerada como formadora de um sistema de valor onde o contexto da cadeia encontrar-se-á ampliado. Considerando os aspectos descritos, a cadeia de valor é, então, descrita como um sistema onde deve ser alcançada a satisfação do consumidor final (valor) e atendidos os objetivos dos demais *stakeholders* (PORTER, 2011).

Valor, porém, é um conceito de definição complexa. Três aspectos devem ser considerados na sua definição. Primeiro, seria a combinação escolhida de benefícios entregues menos o custo total de aquisição desta entrega. O segundo, valor relativo, seria a satisfação percebida obtida quando comparada com as ofertas alternativas. O terceiro aspecto a ser considerado seria a proposta de valor, considerada como a declaração sob de que forma o valor deva ser entregue ao cliente (WALTERS, 2000). Desta forma, o valor de qualquer produto ou serviço seria caracterizado pela capacidade de atender as prioridades do consumidor deste produto ou serviço. Neste contexto, a saúde pode ser considerada como produto, e como serviço.

O setor da saúde apresenta particularidades que o diferenciam dos demais, tornando complexa uma uniformização de valor, tendo em vista as interações entre os conceitos demanda e oferta, e o relacionamento destes com o conceito de necessidade (ARROW, 1963). Por sua vez, a cadeia de valor tem como objetivo a maximização do valor e a otimização do custo, sendo que esta otimização do custo é algo, por vezes, não factível na saúde.

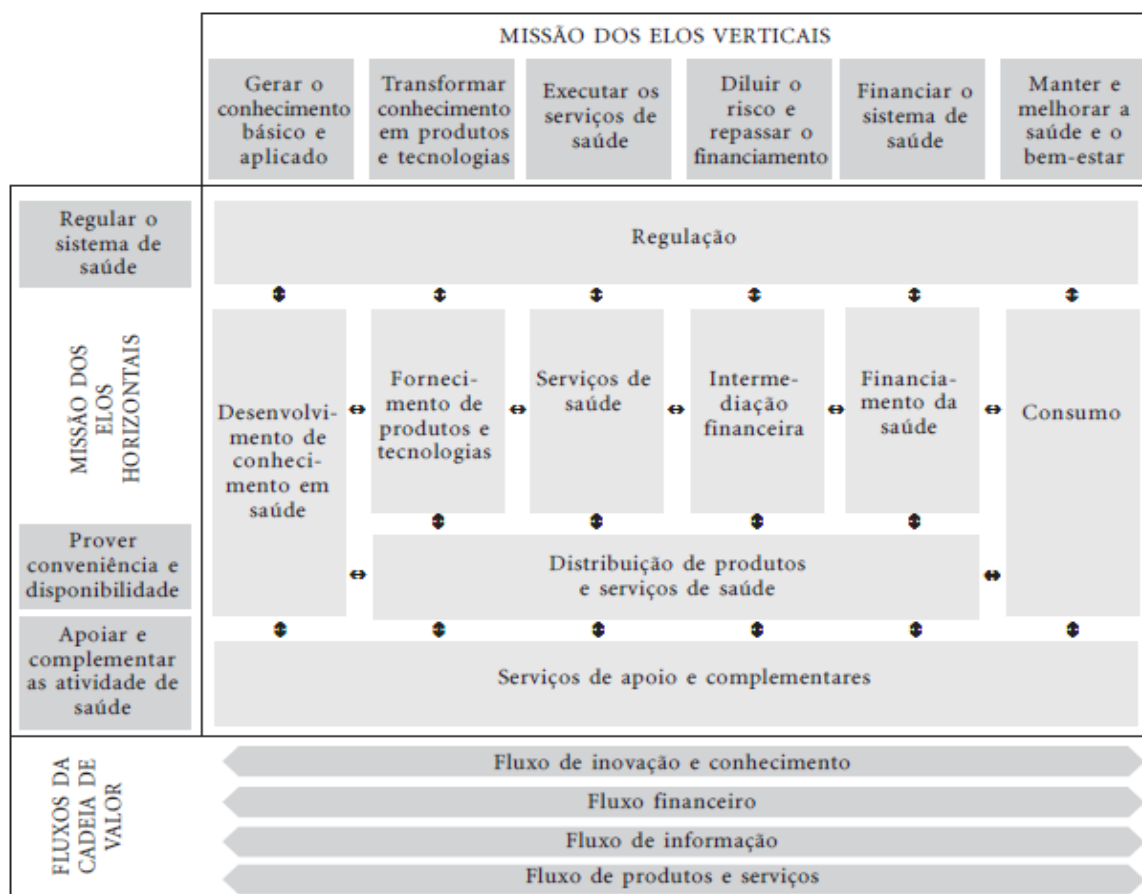
Assim como valor, saúde é também um termo de definição complexa. Na literatura, a definição de saúde abrange um escopo que vai do aspecto restrito, onde saúde é definida como ausência de doença (ALMEIDA, 2002), até o conceito amplo da Organização Mundial da Saúde (OMS) onde saúde é considerada um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1948). Esta visão positiva da saúde é ampliada na Constituição brasileira, onde a saúde é considerada como direito social e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Analisando as partes componentes da cadeia da saúde, pode-se identificar os *stakeholders* que fazem parte do escopo deste trabalho. Independente do modelo do sistema de saúde, e considerando o mercado de saúde brasileiro, seis principais grupos de *stakeholders* podem ser identificados: a) fonte pagadora (governo, indivíduo/pacientes, empresas); b) intermediários financeiros (operadoras de saúde); c) prestadores de serviço e provedores (médicos, equipes multiprofissionais, hospitais, laboratórios, farmácias); d) fabricantes (indústria farmacêutica, indústria de equipamentos e produtos médico-cirúrgicos); e) provedores de tecnologia de informação que

Os fluxos da cadeia de saúde discutidos por diversos autores, sejam de inovação e conhecimento, financeiro, informação, produtos e serviços, não são escopo deste trabalho. Uma significativa parte da literatura do setor está baseada na realidade estadunidense e, por vezes, não aborda a cadeia de valor na saúde de forma específica.

Pedroso & Malik (2012) descrevem sete características que demonstram as particularidades do setor de saúde no mercado brasileiro, e que justificam a análise do setor por meio de uma cadeia de valor específica. Estas características se afirmariam nos âmbitos do escopo; do consumo e seu impacto na vida; da relevância social e econômica; pelas características de ser um setor intensivo em conhecimento; e pela presença de fragmentação da cadeia de valor. Segundo os autores, estas características reforçariam o conceito da complexidade do setor, o qual demandaria um novo modelo de gestão estratégica adotado a partir de uma representação da cadeia de valor adequada à realidade brasileira, conforme representado na Figura 1.

Figura 1 - Representação esquemática da cadeia de valor da saúde



(Pedroso & Malik, 2012)

Nas duas últimas décadas, em decorrência da pressão estabelecida sobre os sistemas de saúde, fruto das mudanças epidemiológicas mencionadas, observam-se tendências na reorganização do sistema.

Queiroz & Barbosa (2003) refletem sobre a atuação dos principais *stakeholders* envolvidos e identificam sete tendências: 1) o controle das formas de financiamento, independente do modelo ser público ou privado; 2) o controle de qualidade dos serviços, avaliados pelos usuários, prestadores e administradores; 3) o monitoramento do parque de tecnologia e sua resolutividade; 4) a revisão do processo educacional dos profissionais da saúde; 5) a inserção do princípio da continuidade do cuidado dentro das formas de assistência terapêutica; 6) a introdução da mídia como formadora de opinião no setor; e 7) a redefinição do papel do poder público, mais focado na atuação reguladora entre os atores.

Freeman define *stakeholder* como “qualquer grupo ou indivíduo que é afetado ou pode afetar a realização dos objetivos de uma organização” (FREEMAN, 2010, p.45) De acordo com o autor, os *stakeholders* possuem fontes diversas de poder que os ajudam a influenciar as estratégias da organização.

Segundo a teoria geral dos sistemas (BERTALANFFY, 1977) e partindo-se do pressuposto da saúde como sendo um sistema, teríamos o sistema de saúde e sua cadeia de valor como um conjunto de partes coordenadas e não relacionadas, que interagiriam na busca por um objetivo comum (saúde), cujo resultado seria maior do que se as partes funcionassem de forma independente. Assim, a cadeia da saúde seria formada por um sistema organizado por elementos interdependentes envoltos por um mundo exterior, ou ambiente externo.

Compreender as diferentes expectativas e as potenciais reações dos *stakeholders* envolvidos é, assim, importante para alcançar o propósito estratégico de uma saúde baseada em valor.

2.2. QUALIDADE EM SAÚDE

Assim como valor, qualidade é um termo de definição complexa. Na saúde, o conceito apresenta diversas facetas e significados, especialmente quando atentamos para o número de *stakeholders* envolvidos e a consequente diversidade de pontos de vista e expectativas potencialmente representadas. Cada um destes atores tende a definir qualidade a partir de sua perspectiva, conceito, interesse e expectativa (SERAPIONI, 1999).

A lógica de conceituação geral de qualidade segue preceitos teóricos conforme os propostos por Garvin (1988), que estabelece definições de qualidade baseadas em atributos, descritos na Tabela 1, e dimensões de qualidade, descritas na Tabela 2.

Tabela 1 - Definições de Qualidade

Transcendência	Característica inerente e não mensurável da qualidade
Baseada no Produto	Variáveis passíveis de mensuração identificadas com a qualidade de produto
Baseada na Construção	Determinada pela procura pelo produto
Baseada no Valor	Relaciona qualidade utilizando quaisquer das medidas acima e relacionando-a com custo do produto

Fonte: Garvin, 1988

Tabela 2 - Dimensões da Qualidade

Performance	Características primárias operacionais do produto
Características Secundárias	Através das quais os produtos podem ser diferenciados
Confiança	Relacionada a probabilidade de funcionamento do produto
Conformidade	Grau de adesão do produto a padrões determinados
Durabilidade	Relacionado ao tempo de utilização
Manutenção	Relacionado a necessidade, facilidade, tempo, acesso, atendimento na necessidade de reparo
Estética	Mensuração baseado na opinião pessoal do consumidor
Percepção da Qualidade	Relacionada a percepção do consumidor e diretamente ligada a transcendência

Fonte: Garvin, 1988

De maneira geral, aceita-se que o objetivo de um sistema de qualidade, quando aplicado aos cuidados da saúde, deva ser o de maximizar a eficácia e eficiência dos serviços ofertados, melhorando a saúde e a satisfação dos indivíduos e da população, respeitando os custos que indivíduos e sociedade aceitem e suportem dispendir, de forma a atingir o objetivo almejado. Neste sentido, a qualidade do cuidado seria alcançada quando refletisse uma medida que incluísse o bem-estar do paciente, considerando-se o equilíbrio entre os ganhos e perdas esperados no curso do processo (DONABEDIAN, 1980).

A introdução da visão do usuário-paciente na avaliação ganha destaque a partir de 1983, com a publicação do Relatório Griffith. Entre diversas recomendações feitas no relatório referentes ao gerenciamento do sistema de saúde do Reino Unido pelo Sistema Nacional de Saúde (NHS), era introduzida a necessidade da coleta da experiência e percepção dos usuários do sistema (GRIFFITHS REPORT, 1983).

Donabedian (1990) amplia o conceito anterior de qualidade técnico-científica e considera a qualidade do cuidado de uma perspectiva mais abrangente. Ele propõe o que ficou

conhecido como os “sete pilares da qualidade”, ao definir sete atributos ligados à qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Tabela 3).

Tabela 3 - Pilares da Qualidade

Pilares	Conceito
Eficácia	Definida pela capacidade de produção de impacto potencial por determinada intervenção
Efetividade	Grau de melhoria em saúde atingido. Relaciona o impacto real produzido com o impacto potencial esperado
Eficiência	Capacidade de redução de custo sem comprometimento da melhoria obtida
Otimização	Relação entre melhorias obtidas e custo para alcançá-las
Aceitabilidade	Relação de conformidade entre expectativa e valores dos pacientes e familiares; acessibilidade; relação profissional de saúde-paciente
Legitimidade	Relação de conformidade com normas/preferências sociais, valores, leis e regulação
Equidade	Relação de conformidade com a distribuição equânime do cuidado

Fonte: Donabedian, 1990 (adaptação do autor)

Em 2001, o processo de conceituação da qualidade em saúde evolui com a publicação pelo Institute of Medicine (IOM) do texto *Crossing the Quality Chiasm: A New Health System for the 21st Century* (IOM, 2001). Neste texto, pela primeira vez, a segurança do paciente é introduzida como uma das dimensões da qualidade. Também é reforçado, por meio da introdução de forma textual e específica como dimensão, o cuidado centrado no paciente. As demais dimensões consideradas foram oportunidade, efetividade, eficiência e equidade. Este novo formato, proposto pelo IOM, com a inclusão dos atributos citados, teve ampla aceitação, pois uma vez cumprido o escopo previsto nas dimensões, o sistema de saúde teria melhores condições de responder às expectativas e necessidades dos pacientes e tornar a experiência do paciente mais segura, confiável, responsiva, integrada e disponível. Conforme posto pelo IOM,

...O cuidado deve ser prestado por sistemas que são cuidadosamente e conscientemente projetados para fornecer atendimento seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo. Esses sistemas devem ser projetados para atender às necessidades dos pacientes e para garantir que estejam totalmente informados, e que possam manter o controle e participar da prestação de cuidados sempre que possível, recebendo um atendimento que respeite seus valores e preferências. Tais sistemas devem facilitar a aplicação de conhecimento científico para a prática e fornecer aos médicos as ferramentas e o suporte necessário para entregar cuidados baseados em evidências de forma consistente e segura. (IOM. EXECUTIVE SUMMARY, 2001, p.7 – tradução livre).

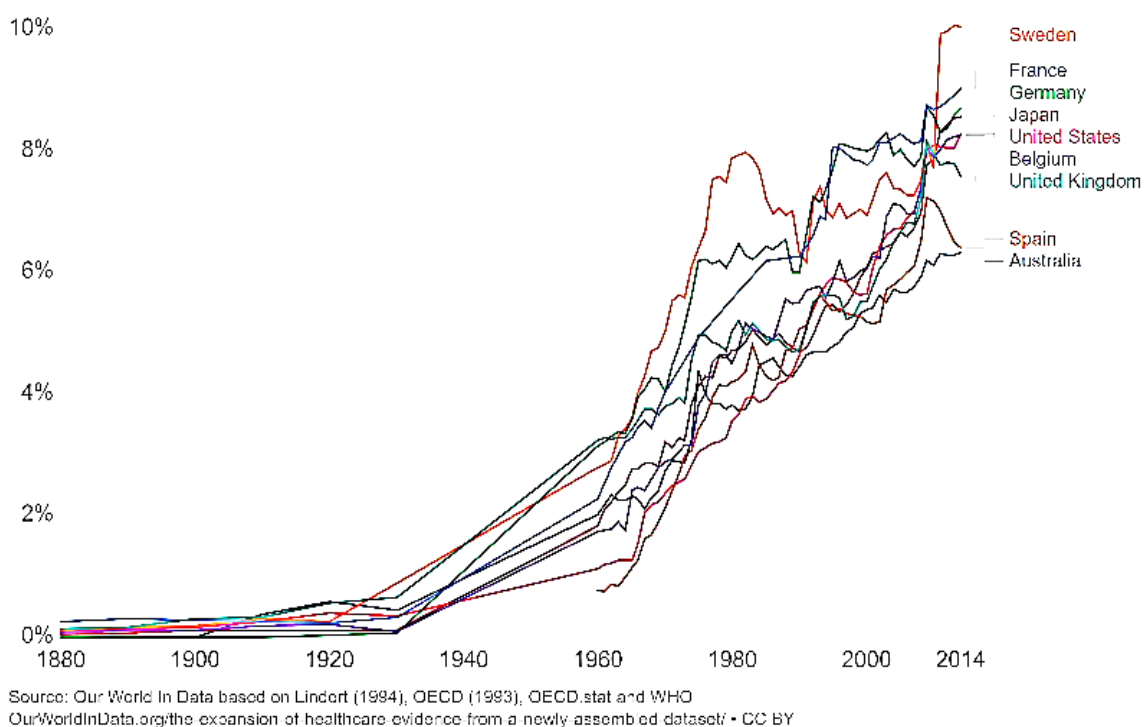
Como colocado por Donabedian (1980), as definições de qualidade continuarão dependentes das pessoas dos avaliadores e do contexto inserido. Encontrar um consenso na definição de qualidade é necessário para que possa ser realizada uma avaliação e mensuração. Especificar os componentes e resultados a serem avaliados, estabelecer padrões e critérios são definições necessárias para a etapa de mensuração (DONABEDIAN, 1988).

A teoria do cuidado à saúde baseado em valor (*value-based health care*) apropria-se dos conceitos abordados acima, e introduz, no cuidado à saúde, o elemento do valor baseado em competição.

2.3. CUIDADO DA SAÚDE BASEADO EM VALOR (VBHC)

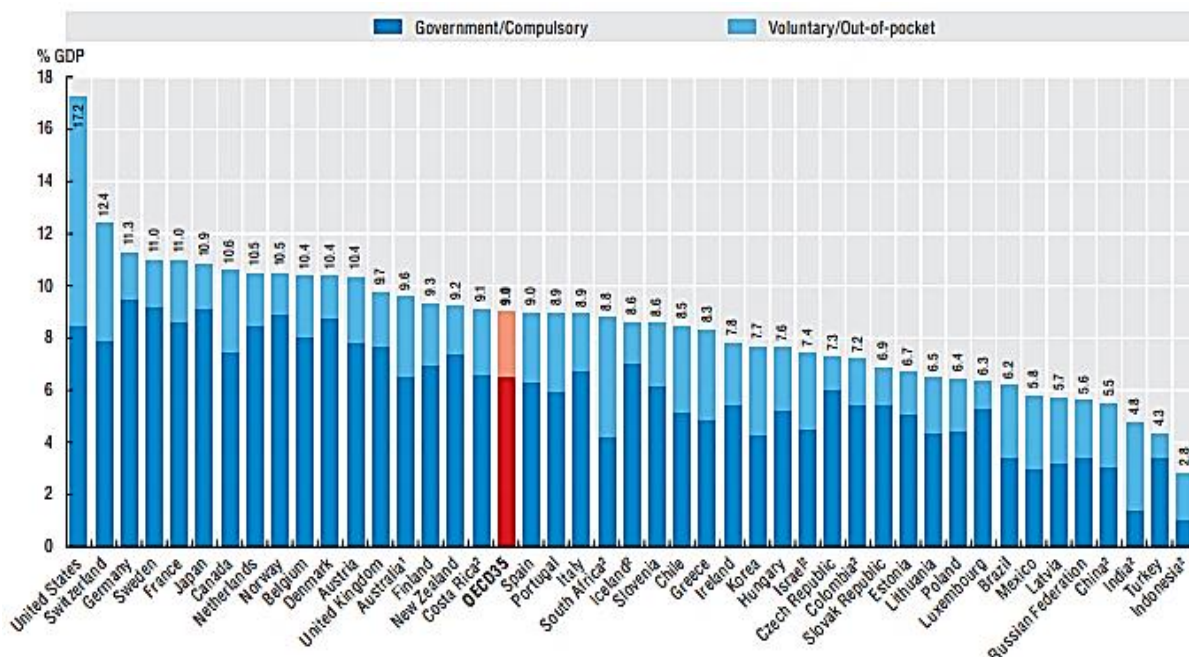
As últimas décadas têm se caracterizado por uma escalada global nos gastos em saúde (Figura 2). Os E.U.A. consumiram em saúde, em 2016, 17.2% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo o país com maior gasto em saúde em termos de percentual do PIB no mundo (OECD, 2017). No mesmo ano, o Brasil dispendeu 6.2% do PIB e os países da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) em média 9% (OECD, 2017) (Figura 3). É importante notar que, quando avaliado o percentual de gasto o público-compulsório e privado-voluntário, os países da Europa apresentam um predomínio de gasto público-compulsório na saúde, enquanto nos E.U.A e no chamados BRICs (Brasil, Rússia, Índia e China) o percentual do gasto privado-voluntário é bem mais significativo, chegando a suplantiar o gasto público (Figura 4).

Figura 2 - Crescimento do Percentual do Gasto em Saúde frente ao Produto Interno Bruto.



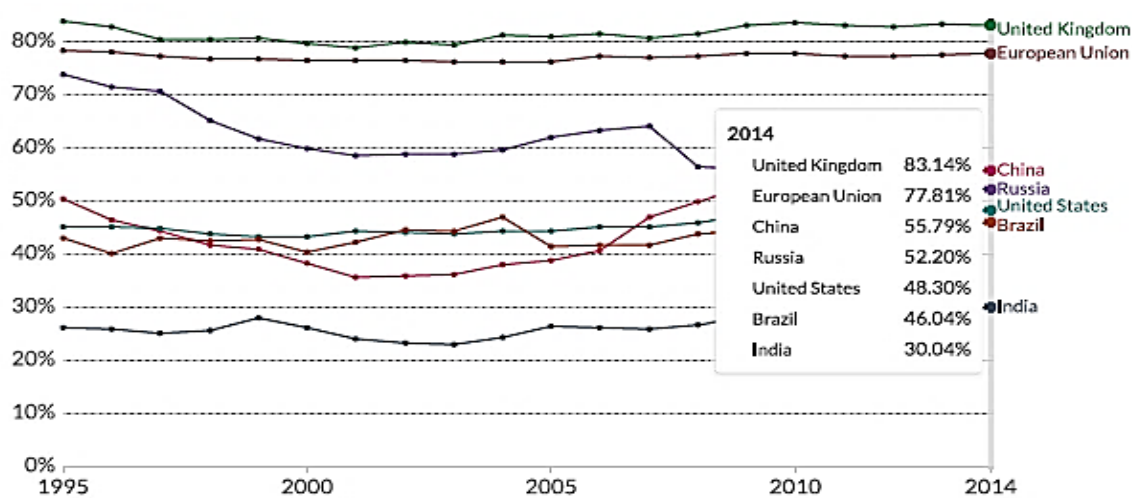
Fonte: Our World in Data. www.ourworldindata.org

Figura 3 - Percentual do Gasto em Saúde frente ao Produto Interno Bruto



Fonte: OECD Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database.

Figura 4 - Financiamento da saúde



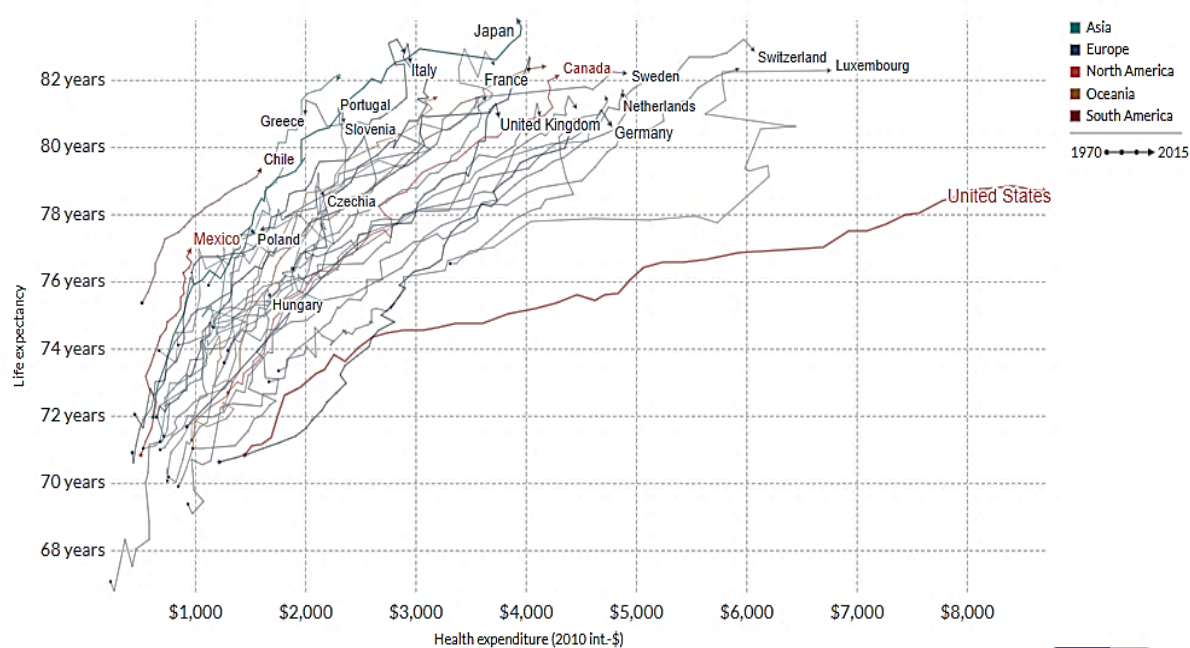
Fonte: Our World in Data. www.ourworldindata.org

Acompanhando o aumento de gastos, a maioria dos países tem mostrado ganhos nos desfechos em saúde, como a expectativa de vida. Em estudo que avaliou dados de 175 países, no período de 1995 a 2010, e agrupados de acordo com região e nível de renda, Jaba *et al* mostraram a ocorrência de uma relação direta entre o gasto em saúde e a expectativa de vida.

O estudo mostrou também, que existem diferenças entre os países e que as políticas de saúde devem ser orientadas no sentido de diminuir as iniquidades do sistema. (JABA, 2014).

Os E.U.A. representam um paradoxo e um ponto fora da curva. Apesar de, em relação ao PIB, gastar mais em saúde do que qualquer outro país, a expectativa de vida de sua população é inferior à de muitos países e sua curva de crescimento da expectativa de vida é também menos acentuada (Figura 5). Uma das explicações prováveis é a iniquidade presente no sistema de saúde estadunidense, onde é encontrado um aumento crescente do gasto em saúde, sem que ocorra um acompanhamento da expansão da cobertura (seguro) de saúde (BERCK, 2001). Os dados mostram, também, que o crescimento dos gastos em saúde não é acompanhado por um ganho seja em *performance*, qualidade, racionalização do cuidado ou acesso.

Figura 5 - Expectativa de vida vs Gasto em Saúde



Fonte: Our World in Data. www.ourworldindata.org

Para enfrentar o aumento progressivo dos gastos em saúde e tornar o sistema sustentável, os países têm estabelecido diversas estratégias. Todas as estratégias têm em comum, como objetivo, reduzir os gastos e melhorar a qualidade do cuidado (MOSSIALOS, 2015).

Em 2006, Porter introduziu o conceito da competição baseada em valor no cuidado da saúde, como uma estratégia responsável por modificar o panorama vigente (PORTER, 2006). O autor partia do princípio de que o problema maior no sistema de saúde não era a ausência de competição, mas a existência de uma competição errada, que chamou “*competição de soma*

zero”. Nela, a competição ocorreria por meio de transferência de custos, pelo aumento de poder de barganha, pela captura de pacientes e restrição de acesso e escolha e, por último, por ocorrer ao nível do prestador e não ao nível da condição clínica (PORTER, 2006, p. 35-45).

A teoria de Porter, saúde baseada em valor, está alicerçada em dois conceitos principais: (1) a competição levaria os prestadores a procurar entregar um cuidado de excelência ao menor preço possível; (2) a competição seria baseada em valor que, de acordo com a teoria, estaria definido pela equação onde os desfechos seriam relacionados aos custos (PORTER, 2006). Na visão do autor, a competição, como um fenômeno constituinte do mercado, inevitavelmente se traduziria em aumento de valor para o consumidor, sendo este, no caso do sistema de saúde, o paciente. Assim, o cuidado à saúde agregaria valor para os pacientes se resultasse em melhores desfechos frente aos custos necessários para alcançá-los.

Em resumo, o conceito de valor segundo Porter se refere à produção alcançada em relação ao custo incorrido, onde este resultado se traduziria em eficiência (PORTER, 2010). Segundo o autor, valor deveria ser a meta a ser alcançada, o que levaria a uma melhoria contínua, unindo os interesses do sistema de saúde:

... se o valor melhorar, pacientes, pagadores, provedores e fornecedores podem se beneficiar, enquanto melhora a sustentabilidade econômica do sistema de saúde... O valor abrange muitos dos demais objetivos já contemplados na área da saúde, como qualidade, segurança, centralização no paciente e contenção de custos, e os integra. Ele também é fundamental para alcançar outras metas importantes, como melhorar a equidade e expandir o acesso a custo razoável. (Porter, supplementary appendix 1 p.1, 2010 – tradução livre).

Porter (2006, cap. 1) justifica a importância da competição como fator de solução para os problemas da saúde enfocados, com base em três argumentos principais: (1) a competição pode ser encontrada em todos os campos de atividade da sociedade ocidental; (2) a competição, se baseada em valor, teria vantagens sobre outros mecanismos distributivos, recompensando a inovação, aumentando a eficiência, a capacidade de escolha e o acesso do consumidor; (3) a possibilidade de competição irrestrita, sem interferências, baseada em resultados, seria a “melhor e única cura real para os problemas de erros médicos, subtratamentos e super tratamentos” (PORTER, 2006, p. 102).

Corroborando a valorização da competição na saúde, Propper (2012) analisou em artigo os efeitos da competição e dos incentivos no sistema de saúde do Reino Unido:

... o apelo da competição é simples. A competição oferece maior produtividade no resto da economia e a escolha é geralmente avaliada pelos consumidores. Estender isto ao setor da saúde parece uma maneira lógica de melhorar a produtividade. A competição entre fornecedores incentivará a eficiência e elevará a qualidade, enquanto o aumento da escolha atenderá as demandas dos consumidores por um serviço mais

personalizado e, em casos em que há compartilhamento de custos, tornará os consumidores mais responsivos às diferenças de qualidade e preço. (PROPPER, 2012, p.33. tradução livre)

Apropriando-se do conceito de centralidade no paciente, um dos objetivos do ‘*Triple Aim*’ (IOM, 2008), a teoria da saúde baseada em valor (VBHC) estabelece que o objetivo central do cuidado é o valor para o paciente, onde os resultados estariam representados em termos de desfechos de saúde. Uma vez que não existiria um desfecho único que representasse o resultado do cuidado, este estaria representado em cada situação clínica por uma série de desfechos multidimensionais que, em conjunto, seriam capazes de traduzir o benefício (valor) ao paciente, considerado o ciclo completo do cuidado, de forma longitudinal e contínua, como: sobrevida, funcionalidade, qualidade de vida, tempestividade, intercorrências, acessibilidade e sustentabilidade (PORTER, 2016). No capítulo 5 deste trabalho serão abordados os instrumentos de mensuração.

Talvez seja mais importante entender “como” a competição pode ocorrer no cuidado em saúde do que entender o “porquê”. Porter elabora o “como” em três dimensões. Primeiro, a competição deveria ocorrer considerando-se condições clínicas (enfermidades, traumas e circunstâncias naturais, como a gravidez) ao redor das quais os provedores se organizariam de maneira coordenada, no que chamou de “unidade de prática integrada”. Esta incluiria todos os serviços necessários ao atendimento das necessidades desta condição clínica ao longo de todo o ciclo de cuidado, e não de forma pontual. O ciclo do cuidado seria a linha horizontal da jornada do paciente, que se iniciaria na prevenção e no rastreamento e terminaria no gerenciamento da condição clínica específica de forma a reduzir a recidiva da doença e/ou sua gravidade. Da mesma forma, esta organização do cuidado deveria ser estruturada regional, nacional ou mesmo internacionalmente, como forma de evitar o viés derivado do relacionamento interpessoal local (PORTER & TEISBERG, 2006, p. 120).

A segunda dimensão relaciona-se com a disponibilidade de informação referente aos resultados dos cuidados. Desta forma, as decisões do paciente, referenciadores, compradores e provedores estariam baseadas em dados de desfechos e consequentemente em valor (PORTER & TEISBERG, 2006, p. 122). Estas informações estariam distribuídas em quatro níveis hierárquicos, em importância crescente: (1) atributos do paciente (idade, sexo, comorbidades, por exemplo); (2) métodos (referentes aos processos, ou como os resultados foram alcançados); (3) experiência (referente a qualificação, habilidades e eficiência do prestador na condição específica); (4) desfecho (resultado para o paciente, ajustado para risco e custo do cuidado, considerando todo o ciclo do cuidado) (PORTER & TEISBERG, 2006, p. 122-129).

A terceira dimensão, cerne da teoria, estipula que a competição no cuidado da saúde deva ser baseada em resultados (desfechos). Porter coloca que três princípios devem ser observados na definição dos desfechos a serem mensurados: (1) englobar as condições de saúde relevantes ao paciente; (2) medir desfechos de saúde de curto e longo prazo; (3) ser ajustados para as condições clínicas iniciais e fatores de risco (PORTER, 2010). De acordo com a teoria proposta, a disponibilização dos resultados, de forma pública e ampla, estimularia o aprendizado e a melhoria da *performance* dos profissionais, e por conseguinte, incentivaria o encaminhamento dos pacientes à prestadores de melhor desempenho. Como resultado, estaria desencadeada a competição baseada em valor, onde os prestadores deverão demonstrar desfechos de saúde adequados a um preço competitivo de forma a atrair pacientes, estimulando de forma continuada a eficiência (PORTER, 2006). Ao final, se “o valor melhorar, pacientes, pagadores, provedores e fornecedores poderão se beneficiar, enquanto a sustentabilidade econômica do sistema de saúde aumenta” (PORTER, 2010, p. 2477).

Por motivos diversos e de formas variadas, vários países têm procurado implantar o VBHC. Nos E.UA. o maior motivador tem sido a busca pela mudança do modelo de pagamento vigente no país, onde majoritariamente se utiliza o modelo do *fee-for-service* (pagamento por procedimento). A Europa, onde a Medicina é predominantemente socializada, mostra uma estruturação de estratégias em torno da coordenação do cuidado, com enfoque nos processos de qualidade e pertinência do cuidado (KATZ, 2020). Em ambas as realidades, a estratégia empregada busca, no seu âmago, medir a eficiência e a eficácia comparativa em diversas condições médicas, aliada a uma análise de custo-benefício com foco no valor entregue ao paciente. Tudo isto, buscando evitar o modelo anterior de pagamento baseado em volume de serviços realizados.

Em alguns países observa-se estratégias de remuneração baseadas em *bundles*, onde o pagamento aos prestadores se dá em base do custo esperado para episódios definidos de cuidado e não pelos procedimentos realizados; ou estratégias baseadas em resultados de desfecho estabelecidos por métricas pré-definidas, como as estabelecidas pela ICHOM (ICHOM, 2020) ou sugeridas pela OECD (OECD, 2020). O Brasil, com um sistema misto, público e privado, mostra um baixo alinhamento com o VBHC. (THE ECONOMIST – INTELLIGENCE UNIT 2016).

Para ser implantado o VBHC necessita alinhar, em um objetivo comum, os interesses dos diferentes *stakeholders* da cadeia de saúde, que seja melhorar a qualidade e obter desfechos a custos mais adequados. Com base nestes princípios, os prestadores precisam coletar, mensurar e analisar uma miríade de dados para que conclusões acerca de valor em saúde possam ser

estabelecidas (PORTER, 2010). Entretanto, os *stakeholders*, ou alguns deles, podem entender que fatores além dos desfechos sejam parte do valor almejado, como por exemplo, o impacto social ou orçamentário. Para stakeholders que gerenciam a saúde pública, onde objetivos sociais podem suplantar o desejo individual, métricas que considerem resultados de saúde devam ser consideradas, como a de Ano de Vida Ajustado pela Qualidade (QALY) (VIANNA, 2003, ELIAS, 2014). Assim, a percepção de valor pode diferir entre os diversos *stakeholders*.

Em um cenário ideal, a equação de valor desenvolvida por cada *stakeholder* deveria ser estabelecida em colaboração com as demais partes interessadas que, sendo interdependentes, necessitam da existência de um entendimento mútuo para estabelecer estratégias e ações que beneficiem a todos os envolvidos. Caso contrário, podem ocorrer situações em que algum ou alguns destes *stakeholders* estabeleçam ações que estarão em conflito com os interesses dos demais, fazendo com que a equação de valor não se viabilize (YOUNG, 2001).

Esta ambiguidade na conceitualização e contextualização do VBHC encontrada na literatura foi analisada sob a forma do seu enquadramento discursivo, e do como este enquadramento proporcionaria divergentes estruturas e percepções de valor em saúde (STEINMANN, 2020). O estudo, conduzido na Holanda utilizando entrevistas semiestruturadas com *stakeholders* da cadeia de saúde do país, identificou quatro discursos, cada um com uma percepção distinta do propósito essencial do VBHC. O primeiro, retrata o VBHC como uma estrutura que busca fortalecer a participação do paciente em relação às decisões médicas tomadas (Discurso de Capacitação do Paciente). O segundo discurso privilegia o entendimento do objetivo do VBHC como uma ferramenta para orientação e regulação dos prestadores de cuidados à saúde em relação ao valor para o paciente (Discurso de Governança). No terceiro (Discurso de Profissionalismo), o VBHC tem por objetivo ser uma metodologia para organização e melhoria da prestação de cuidados à saúde. O quarto discurso identificado na pesquisa (Discurso de Crítica), caracterizava-se como uma forma específica de crítica a teoria, particularmente devido a ênfase dada por esta na mensuração e padronização, visto que no discurso identificado, o VBHC era entendido como um dogma de fabricabilidade, que falhava em reconhecer a complexidade do cuidado à saúde.

Whitley (2016) propôs um conjunto de princípios para auxiliar na definição dos *stakeholders* e em sua identificação e análise. O primeiro princípio reconhece a importância do contexto, ao afirmar que o conjunto e o número dos *stakeholders* é dependente do contexto e do momento. O segundo estabelece que os *stakeholders* podem desempenhar diversos papéis, ou seja, ter uma ou mais identidades profissionais e sociais relevantes ao contexto estudado. O

terceiro princípio, de fundamental relevância pois auxilia na avaliação de um fenômeno complexo, coloca que diferentes *stakeholders* podem possuir valores e perspectivas diferentes. A possibilidade de mudança, papel e perspectiva dos *stakeholders* constitui o quarto princípio, pois uma vez modificado o contexto, novos papéis e perspectivas surgiriam como resposta à mudança ocorrida. O quinto princípio avalia que as relações e o poder dos *stakeholders* são importantes nas mudanças de seus papéis, alianças e percepções, caracterizando sua interdependência, suas apostas e relações com o fenômeno em estudo (WHITLEY, 2016). Os princípios são úteis para compreender os papéis, interesses, valores, apostas, discursos e inter-relações dos *stakeholders* e sua influência no contexto em que se inserem.

2.4. INSTRUMENTOS DE MENSURAÇÃO EM SAÚDE

A afirmação de que gestão requer mensuração é um dos axiomas da área de administração e negócios. Uma vez reconhecido que o propósito essencial do cuidado da saúde seja a melhoria da saúde dos indivíduos, é incontestável que o sistema de saúde deva mensurar os desfechos, assim como os custos incorridos.

Historicamente, já encontramos o conceito de melhoria da qualidade com base em evidências quando Florence Nightingale demonstrou, em 1850, a padronização de procedimentos de saneamento e higiene como capazes de reduzir a mortalidade durante o cuidado que prestava à soldados feridos na guerra da Criméia (KUDZMA, 2006).

O conceito de mensuração e desfechos na saúde foi proposto em 1934 por Codman, no livro *“The shoulder: rupture of the supraspinatus tendon and other lesions in or about the supracromial bursa”*. No prefácio, Codman discorre sobre mensuração de resultado, no que chamou de *“End Result Idea”* e a descreve como uma prática em que “cada hospital deve rastrear cada paciente com objetivo de verificar se o benefício máximo foi obtido e para descobrir se não, por que não...” (CODMAN, 1934 p. XII, tradução livre). Coloca, ainda, que os resultados devam ser constantemente analisados e que métodos de melhoria devam ser continuamente considerados. O autor expressa também, o desejo de tornar públicos os resultados dos tratamentos que os pacientes venham a receber, transformando o hospital “...em um exemplo da vantagem de uma organização com base em análises reais de eficiência dos resultados de tratamento...” (CODMAN, 1934, p. XV tradução livre).

Em 1966, Donabedian descreve e analisa métodos para a avaliação da qualidade do cuidado à saúde e estipula o termo *“outcomes”*, que traduzimos neste trabalho como resultados

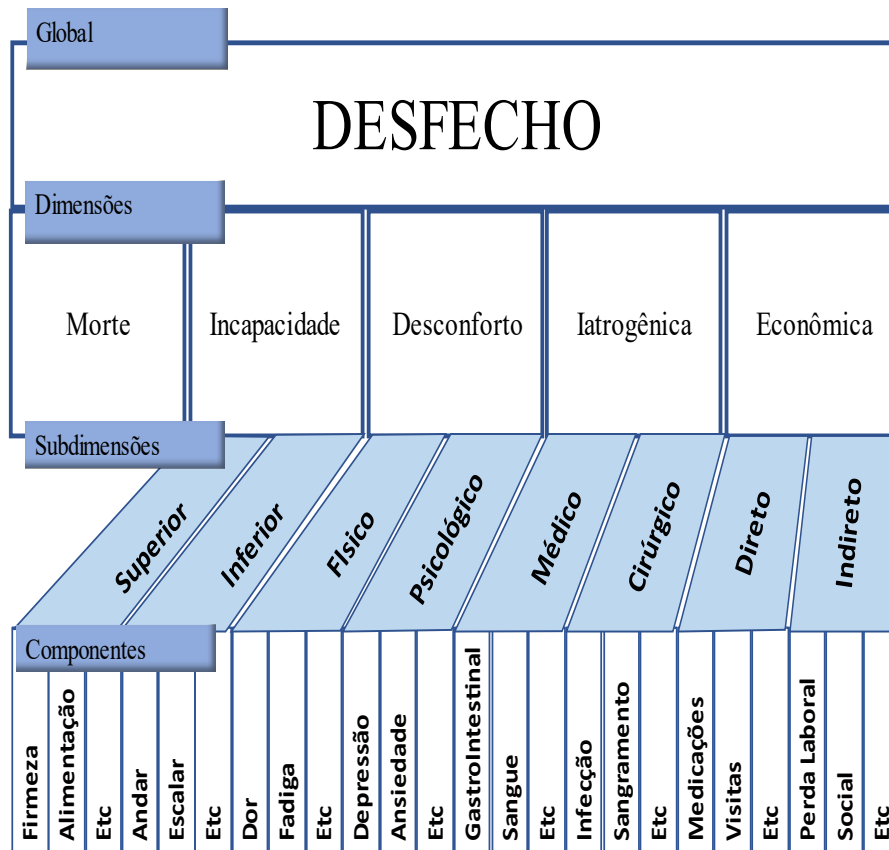
ou desfechos, em artigo em que discorre sobre a avaliação do processo do cuidado médico ao nível da interação médico-paciente e o desenvolvimento de padrões de mensuração (DONABEDIAN, 1966).

No artigo publicado em 1983, *“The assesement of disability: from first to future principles”*, Fries propõe um modelo de mensuração de desfechos em cinco áreas (Figura 6), onde a “avaliação dos desfechos procura mensurar os impactos de longo prazo da doença, no intuito de selecionar estratégias de gestão e políticas públicas que minimizem este impacto” (FRIES, 1983, tradução livre). Contextualizando com a definição de saúde posta pela OMS, de que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948), Fries coloca:

... o surgimento de doenças crônicas como as principais ameaças à saúde nas nações desenvolvidas exige também outro conceito: o da avaliação dos resultados a longo prazo. Obviamente, as medições de curto prazo não são suficientes para avaliar o impacto das doenças de longo prazo. Assim, outro dilema: não devemos apenas nos preocupar com o bem-estar físico, mental e social total, devemos de alguma forma integrar estes valores ao longo da vida do indivíduo. Mesmo que possamos aprender a medir a qualidade de vida, como podemos contabilizar a dimensão temporal do impacto da doença de longo prazo? A pesquisa de resultados, um campo relativamente novo que envolve as disciplinas da medicina, psicologia, sociologia, epidemiologia e pesquisa de opinião, está tentando responder a perguntas como essa... (FRIES, 1983, p.48. Tradução livre)

De acordo com o autor, no conceito de avaliação de desfechos está implícita uma mudança de medidas de processo para medidas que importam segundo a visão do paciente. Segundo ele, os pacientes desejam estar vivos o maior tempo possível, sem perda de função, livre de dor e outros sintomas físicos, psicológicos ou sociais, e sem a ocorrência de iatrogenias decorrentes do tratamento ou processo. As cinco dimensões elaboradas (morte, deficiência, desconforto, efeitos colaterais e econômica) definirão o desfecho do paciente (FRIES, 1983).

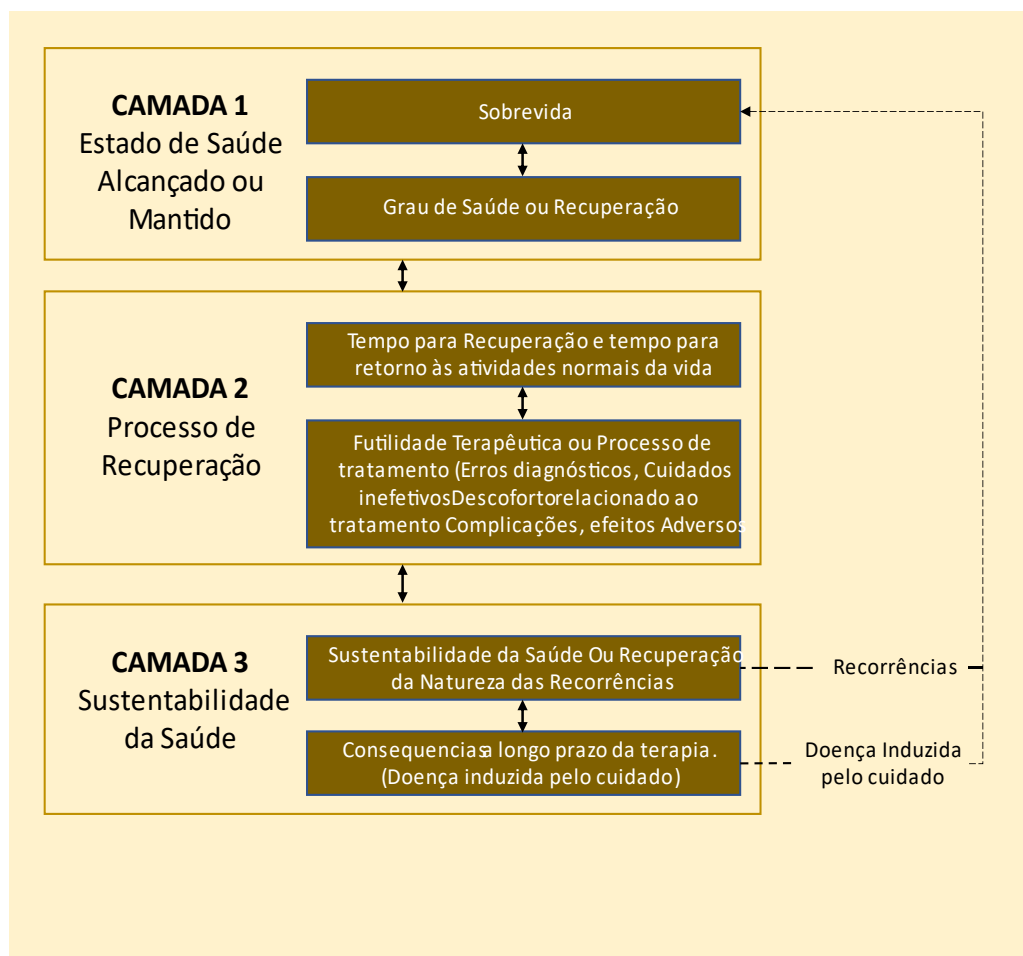
Figura 6 – Conceitualização de desfecho por meio de hierarquia de dimensões



Fonte: FRIES, 1983

Na teoria do VBHC, Porter (2010) propôs um modelo de mensuração que inclui três dimensões (camadas) de desfechos: (1) estado de saúde alcançado ou mantido; (2) processo de recuperação; e (3) sustentabilidade da saúde. Cada dimensão é subdividida em 2 subníveis. A figura 7 abaixo mostra as dimensões propostas por Porter (2010).

Figura 7 - Hierarquia de mensuração de desfechos



Tradução livre de: PORTER, M.E., 2010

No artigo em questão, Porter faz algumas afirmações importantes para a avaliação da teoria do VBHC e a escolha dos critérios de mensuração: (1) inclusão dos desfechos relevantes ao paciente obrigatoriamente dentro das dimensões propostas; (2) existência de uma hierarquia entre as dimensões, onde a dimensão 1 seria a mais importante em termos de desfecho; (3) imperativo de redução de custos na escolha de uma medida de mensuração por nível, que leve a uma melhoria no resultado; (4) existência de conexão causal entre os resultados.

Enquanto Donabedian propunha a divisão de indicadores entre aqueles de estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1966), o VBHC se caracteriza pelo foco em desfechos, colocando que estrutura e processos serão importantes na medida em que se traduzam em melhoria dos resultados (PORTER, 2016). É interessante notar que apesar de custo ser uma peça importante na teoria do VBHC, Porter não o considera como um desfecho e não o inclui na hierarquia de desfechos, afirmando: "... tratar o custo como um desfecho

apenas obscurecerá o valor ao confundir o processo de cuidado com os resultados do cuidado...” (PORTER, *Supplementary Appendix 1* p.3, 2010).

Até o momento não existe consenso na literatura referente a quais métricas devam ser utilizadas para mensuração de desfechos e custos. Em vista da dificuldade, a tendência encontrada é a de mensuração de intervenções que sejam de controle direto da equipe de saúde, ou daquelas que possam ser faturadas. Isto se reflete em métricas departamentalizadas, frutos da fragmentação organizacional do sistema de saúde, que acabam por não refletir o ciclo completo do cuidado. A resposta a este desafio seria a mensuração de um conjunto mínimo de resultados para cada condição clínica, realizada por meio de métodos bem definidos de coleta e ajustes para riscos para, então, padronizá-los em nível nacional e global (PORTER, 2016).

Em resumo, dentro do modelo proposto pelo VBHC, os desfechos de saúde precisariam ser mensurados tendo por parâmetro a condição clínica do paciente, juntamente com o custo incorrido. No modelo, os desfechos cobririam todo o ciclo do cuidado, seja no curto ou longo prazo, e incluiriam os cuidados agudos, complicações relacionadas, reabilitação, recorrências, e a qualidade de vida relacionada. Os resultados devem ser ajustados ao risco ou estratificados para a população e condição mensurada, e devem ser baseados em desfechos valorizados pelos pacientes. De forma a alinhar o processo do VBHC também seria necessária a padronização da mensuração dos desfechos considerando os custos *per capita* (PORTER, 2010).

O *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) foi criado no intuito de responder ao desafio de delinear conjuntos mínimos de desfechos padronizados e fatores de risco, utilizando um processo estruturado que visa alinhar prestadores, pagadores, pacientes e formadores de políticas de saúde em um caminho comum, mais eficiente (PORTER, 2016).

2.5. VBHC E ICHOM EM ONCOLOGIA

O câncer constitui hoje uma das grandes preocupações da saúde pública no mundo. No Brasil, é estimado que ocorram 685.960 novos casos de câncer em 2020 (INCA, 2020). A complexidade e o custo do tratamento do câncer, especialmente o custo dos medicamentos, tem exercido enorme pressão sobre os orçamentos da saúde (NEUMANN, 2015).

Em resposta ao contexto de aumento progressivo de gastos, aliado ao cenário de múltiplos *stakeholders*, diversas tentativas têm sido feitas para mensurar e comunicar o valor

de novas tecnologias, todas propondo instrumentos para o apoio nas decisões clínicas e nas decisões de incorporação de tecnologia. Estes instrumentos variam em termos de conceito de valor, público-alvo, metodologia e completitude do escopo. Na oncologia, sociedades médicas como a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), a *European Society for Medical Oncology* (ESMO), e organizações como o *Institute of Clinical and Outcomes Research* (ICER) e o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) têm publicado seus instrumentos e decisões (SCHRIPPER, 2016; CHERNY, 2015; ICER, 2017; NCCN, 2020). Cada um dos instrumentos apresenta limitações consideráveis, como definições arbitrárias na mensuração e ausência de considerações sobre o custo dos cuidados. Representam, de fato, diferentes abordagens, estruturadas na concepção de diretrizes incompletas, ao não abordarem o ciclo completo do cuidado e não considerarem as perspectivas dos pacientes. Na prática procedimentos padronizados não garantem resultados uniformes. Como ressalta Porter:

...Os esforços de mensuração proliferam rapidamente no cuidado à saúde, mas a maioria está focada em processos de medição e não desfechos. A atenção está no cumprimento com diretrizes externamente determinadas, ao invés de medir quão bem os pacientes estão realmente. Diretrizes baseadas em evidências podem melhorar o atendimento, mas a mensuração do processo apenas não é suficiente. Diretrizes são invariavelmente incompletas, não refletem todas as circunstâncias dos pacientes e são lentas para mudar... (PORTER, 2008, p.148).

No artigo, Porter (2008) coloca que a mensuração deve capturar o conjunto de resultados obtidos no cuidado da condição médica. Não haveria, desta forma, apenas um desfecho medido isoladamente, mas uma hierarquia de desfechos característica de cada condição médica.

A saúde representa um ecossistema de serviços que agrega múltiplos *stakeholders*, mais complexo do que o clássico modelo de relação médico-paciente, onde o paciente recebe passivamente os cuidados prestados. No VBHC, os pacientes são vistos como contribuintes ativos para seus resultados, e onde o modelo de cuidado envolve o cuidado à saúde planejado em torno das necessidades específicas do paciente, visando obter, como benefício, melhores desfechos de saúde e eficiência de custos (PORTER & TEISBERG, 2013).

Melhorar o valor para o paciente é o conceito central da teoria do VBHC (PORTER, 2006). A mensuração, a transparência e a divulgação pública dos resultados são propostas como mecanismos para aceleração da identificação e da adoção de cuidados de valor, seja por meio do compartilhamento de experiências, seja pela promoção de desfechos importantes para o paciente.

A ICHOM, instituição sem fins lucrativos fundada em 2012 pela Harvard University, pelo Boston Consulting Group e pelo Instituto Karolinska, da Suécia, e sediada nos E.U.A.,

procura promover a transição do modelo tradicional para a saúde baseada em valor. Tem entre seus objetivos gerar conhecimentos, proporcionar a comparação entre provedores regionais e globais, melhorar o desempenho clínico, obter desempenhos superiores e mudar o sistema de remuneração para modelos baseados em valor (ICHOM, 2020).

Para alcançar o proposto, seriam necessárias ferramentas e processos para a captura contínua de desfechos no cuidado da saúde, assim como o reporte e divulgação. O desenvolvimento de conjuntos de mensuração de desfechos padronizados individualizados para cada condição clínica, nomeados *Standard Sets*, foi a solução escolhida. Em 2020, contempla 28 *standards sets* cobrindo diferentes condições e populações específicas, abrangendo cerca de 60% da carga de doença global. Eles são desenvolvidos por meio de um processo de consenso que envolve especialistas na condição em estudo, provedores de saúde, especialistas em estatística, processos e pesquisa clínica, pacientes e representantes de pacientes. Os conjuntos (*standards sets*) incorporam itens de mensuração, como os PROMs (Patient Reported Outcomes Measures), e avaliam o ciclo completo do cuidado, abrangendo o controle geral da condição clínica, as complicações do tratamento e a qualidade de vida, conforme sugerido na teoria do VBCH.

Lusch & Vargo caracterizam um ecossistema de serviço como “um sistema relativamente autocontido e autoajustável de integração e recursos de entidades, que estão conectadas por lógicas institucionais compartilhadas e pela criação mútua de valor por meio da troca de serviços” (Lusch & Vargo, 2014, p.24).

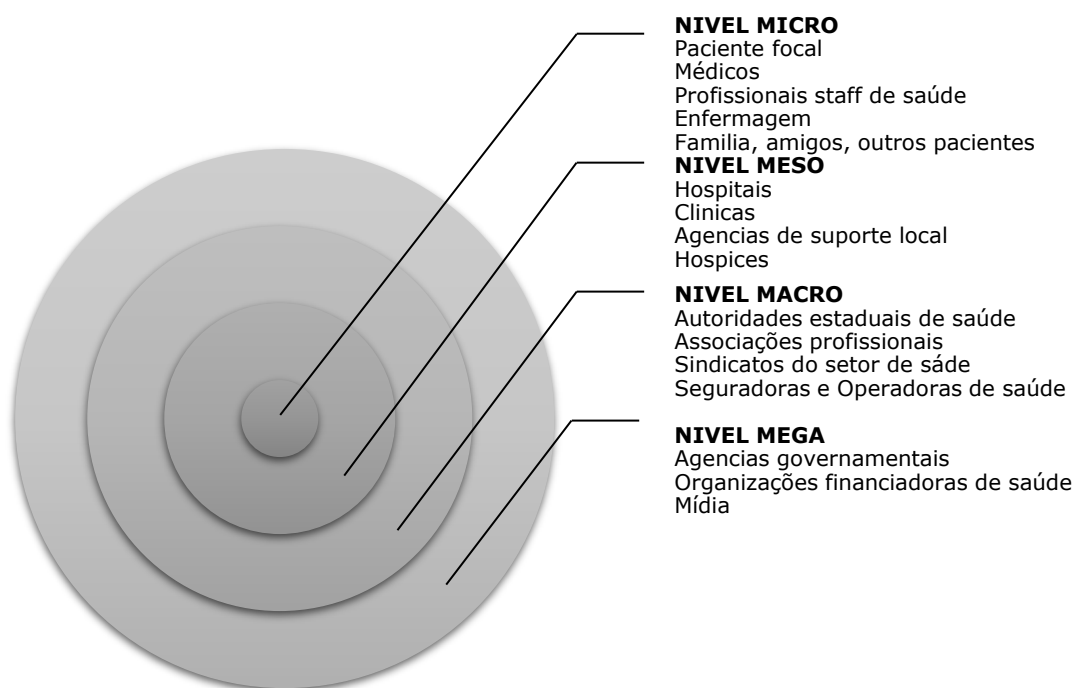
No cuidado da saúde, podemos entender a saúde como um bem (CHEN, 1999) e/ou como um serviço (KENAGY, 1999). Por analogia, pode-se argumentar que o modelo estabelecido pela ICHOM, como um processo de cocriação, segue a teoria de *Service Dominant (S-D) Logic*, onde para criar valor e viabilidade, os *stakeholders* se engajam em trocas de serviços interdependentes e reciprocamente benéficos, constituindo um processo de cocriação de valor (VARGO & LUSCH, 2008). Neste tipo de processo, o cliente-consumidor, juntamente com os fornecedores, provedores e demais prestadores se uniriam na criação de benefícios percebidos e desejados pelo cliente-consumidor durante o processo de consumo (VARGO, 2004). Conforme definido por Gummesson;

... os clientes não compram bens ou serviços: eles compram ofertas que prestam serviços que criam valor... A divisão tradicional entre bens e serviços está há muito ultrapassada. Não é uma questão de redefinir serviços e enxergá-los sob a perspectiva do cliente; atividades prestam serviços, bens prestam serviços. A mudança de foco para serviços é uma mudança dos meios e da perspectiva do produtor para a utilização da perspectiva do cliente. (Gummesson, 1995 p.250-251 apud VARGO, 2004 p.2)

Caracterizando-se como um ecossistema, a cocriação de valor em saúde fundiria a *expertise* dos profissionais da cadeia da saúde com as experiências dos pacientes no intuito de potencializar a saúde baseada em valor e a qualidade de vida (McCOLL-KENNEDY, 2012).

Na estrutura proposta por Frow (2016), a ICHOM se incluiria no nível Mega do ecossistema da saúde (Figura 8). De acordo com a lógica da cocriação, a ICHOM aglutina diferentes *stakeholders*, como médicos e profissionais de saúde, prestadores e provedores de saúde, gestores e instituições, com intuito de melhorar e alcançar desfechos de saúde de alta qualidade, tendo o paciente como centro no micro nível. De acordo com a visão de ecossistema proposta, as múltiplas interações que ocorrem no ambiente interno de cada nível, assim como as ocorridas entre os níveis devem ser consideradas. O valor cocriado, assim como o processo de integração decorrente, será dependente do envolvimento e das perspectivas e percepções dos *stakeholders*.

Figura 8 - Ecossistema do Cuidado da Saúde



Adaptado de: Frow, 2016

3. MÉTODO

Nesta parte são descritos os procedimentos metodológicos empregados na construção do trabalho aplicado. Primeiro, é apresentada uma breve contextualização, onde se procura demonstrar as características do objeto do estudo, seguida das técnicas empregadas para coleta e análise dos dados obtidos. Por fim, uma análise dos métodos empregados.

3.1. METODOLOGIA DE PESQUISA

Para a realização deste trabalho, a pesquisa foi de natureza aplicada, com objetivo exploratório e abordagem qualitativa. Optou-se pelo estudo de caso como estratégia. Quanto à técnica, foi empregada a coleta de dados por meio de entrevistas, tendo sido utilizada a análise de conteúdo como ferramenta para a análise dos dados. A tabela 2 sintetiza a classificação do projeto de pesquisa do trabalho.

Tabela 4 - Classificação do método utilizado

Classificação	Tipo
Quanto à natureza	Aplicada
Quanto à abordagem	Qualitativa
Quanto ao objetivo	Exploratória
Quanto à escolha da estratégia de estudo	Estudo de Caso
Quanto à técnica de coleta de dados	Entrevista
Quanto à técnica de análise de dados	Análise de Conteúdo
<i>Fonte: elaborado pelo autor (2020)</i>	

A pesquisa procurou adotar os preceitos do método científico, conforme explicitados por Velde (2004): objetividade, replicabilidade, publicabilidade, ética, assertividade e generalizabilidade.

Em relação à adequação às diretrizes éticas, o projeto foi submetido ao Comitê de Conformidade ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas – CEPH/FGV, sendo sido aprovada em 26 de outubro de 2020 conforme Parecer n.179/2020. (ANEXO A).

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa buscou compreender a percepção sobre o cuidado à saúde baseado em valor (VBHC) e estratégias de mensuração, como a ICHOM, por parte dos *stakeholders* definidos da cadeia de saúde, frente ao proposto na teoria do VBHC (PORTER & TEISBERG, 2006; CHRISTENSEN, 2009).

Considerando o objetivo da pesquisa, a escolha da abordagem qualitativa buscou permitir o entendimento sobre o tema dentro de seu contexto natural, a cadeia de valor da saúde, procurando melhor compreensão sobre o tema estudado. Não foi objetivo do trabalho estabelecer ou apresentar conclusões definitivas (FLICK, 2009), porém sim, expandir o conhecimento sobre o tema escolhido. Neste mesmo sentido, Triviños (1987, p.129) coloca que a pesquisa qualitativa busca seu significado por meio do uso dos dados, utilizando da percepção do fenômeno inserido no contexto em estudo, constituindo, portanto, uma análise de enfoque indutivo. O enfoque teórico na formulação do problema estudado é proposto de maneira fenomenológica, onde são destacadas as percepções dos sujeitos (entrevistados) e ressaltado o significado, para os sujeitos, do fenômeno estudado, a saúde baseada em valor.

Como benefício, o contexto exploratório permite maior familiaridade com o problema estudado e a flexibilização do planejamento e, desta forma, a consideração de diversos aspectos relacionados ao tema colocado (GIL, 1996). O estudo de caso do tipo exploratório foi considerado adequado frente ao problema de pesquisa analisado, pois almeja melhorar sua compreensão e o desenvolvimento de hipóteses e proposições pertinentes a questões adicionais (YIN, 2015).

Segundo Flick (2009), o pesquisador é parte integrante no processo da pesquisa qualitativa de natureza exploratória. Ele deve entender o impacto de sua presença na pesquisa de campo, assim como as potenciais interferências decorrentes de sua experiência anterior e capacidade de reflexão. Como tentativa de minimizar o impacto deste viés de parcialidade por parte do pesquisador no resultado da pesquisa, procurou-se detalhar o planejamento do processo de coleta e da análise de dados e, da mesma forma, o método escolhido para tratamento dos dados e das informações coletadas.

O estudo de caso, tipologia de pesquisa adotada, pode ser definido como “...uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente evidentes...” (YIN, 2015, p17), abordando questões

“como” e “por que” relativas ao fenômeno de interesse, no caso a saúde baseada em valor. No estudo de caso, o objeto de pesquisa é uma unidade analisada de forma aprofundada. Nesta pesquisa, a unidade é representada pelos *stakeholders* definidos da cadeia de saúde e, neste sentido, considerados como o ambiente micro etnográfico estudado. Eisenhardt (1989) descreve o estudo de caso como uma estratégia de pesquisa com foco no entendimento da dinâmica presente dentro de determinado cenário. Pode combinar métodos de coleta de dados (arquivos, entrevistas, questionários e observações), e a evidência pode ser coletada de forma quantitativa, qualitativa ou ambas. Em termos de objetivos, o estudo de caso pode fornecer descrições, testar ou gerar teorias (EISENHARDT, 1989).

Para a análise foi utilizado o método de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2016).

A entrevista semiestruturada foi escolhida pela característica de, a partir de perguntas apoiadas em teoria e hipóteses referentes ao tema estudado, permitir liberdade e espontaneidade ao entrevistado, trazendo assim, maior conteúdo à investigação. Quanto à tipologia (TRIVIÑOS, 1987), foram utilizadas perguntas de natureza explicativa, procurando identificar razões do fenômeno estudado (saúde baseada em valor e metodologia de mensuração); perguntas consequência, procurando identificar resultados futuros; e perguntas avaliativas, procurando estabelecer um juízo de valor sobre o fenômeno estudado.

3.3. FASES DA PESQUISA

A pesquisa foi dividida em quatro fases. A primeira compreendeu a preparação e o desenvolvimento dos protocolos de coleta, constituição da amostra e análise de dados. A segunda foi constituída pelo processo da realização de entrevistas, transcrição e organização dos dados. A terceira foi ocupada pelas etapas de codificação e categorização, e pelas fases de avaliação do processo e verificação de saturação dos dados. A quarta fprocurou confrontar a análise dos dados coletados com o referencial teórico, finalizando com a conclusão. As fases estão resumidas abaixo (Tabela 5).

Tabela 5 - Fases da Pesquisa

Fases	Etapas	Descrição
Fase 1: Preparação do estudo	Construção do referencial teórico	Identificação de lacunas teóricas por meio de pesquisa bibliográfica e discussão de conceitos sobre o tema estudado
		Definição do problema de pesquisa tendo por base o referencial teórico e a identificação da lacuna teórica
	Desenvolvimento dos protocolos de coleta e análise de dados	Detalhamento dos procedimentos
		Elaboração do roteiro de entrevistas
		Redação do Termo de Consentimento
	Escolha dos <i>softwares</i> de Transcrição e Análise de Dados	
Fase 2: Coleta de dados	Definição de critérios de seleção de amostra	Definição de critérios utilização para seleção de participantes
		Escolha dos participantes segundo critérios de seleção definidos
	Realização e transcrição de entrevistas	Entrevistas e gravação
		Transcrição das entrevistas
	Organização dos dados	Inclusão dos dados textuais (transcrição) em <i>software</i> de análise
Fase 3: Análise de dados	Codificação	Ciclo 1: codificação com base nas dimensões pré-estabelecidas
		Destaque das contradições identificadas e registros de percepções
	Categorização	Ciclo 2: agrupamento dos códigos descritivos identificados dentro das dimensões pré-estabelecidas
		Ciclo 3: releitura e recodificação de acordo com códigos analíticos criados
	Revisão da qualidade do processo de pesquisa	Revisão da construção dos códigos no <i>software</i> de análise
		Revisão de todas as atividades
		Revisão do rigor de aplicação dos protocolos empregados
Fase 4: Relatório final	Análise com referencial teórico	Análise dos aspectos identificados com a literatura do referencial teórico
	Conclusão	Redação final e apresentação de limitações e sugestões para futuras pesquisas
Fonte: (elaborado pelo autor)		

3.4. FASE DE PREPARAÇÃO DO ESTUDO

A construção do referencial teórico foi a primeira etapa na elaboração deste trabalho aplicado. Procurou-se fundamentar o racional teórico por meio da realização de revisão bibliográfica, com o objetivo de selecionar estudos relevantes relacionados à temática estudada. A lógica da construção do referencial teórico buscou selecionar conceitos e teorias consolidadas sobre o tema e identificar a lacuna teórica. A seguir, foi organizado o material levantado e realizada análise crítica a respeito (FLICK, 2012). O referencial teórico procurou auxiliar a

definição da questão de pesquisa e a discussão dos conceitos referentes ao tema. Forneceu, também, parâmetros para a estruturação dos argumentos, análise dos dados encontrados e para a redação das conclusões.

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados BVS, COCHRANE, EBSCO, EPISTEMONIKOS, PROQUEST, PUBMED, SCIELO, SCIENCE DIRECT, SCOPUS, SPRINGER, WEB OF SCIENCE. Teses e Dissertações foram pesquisadas na BDTD (Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações) e na Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getúlio Vargas. Livros foram também utilizados como fonte de referências. O período de busca de artigos publicados em periódicos relacionado ao objetivo do trabalho compreendeu os anos de 2006, ano da publicação original de Porter (2006), a 2020.

Como descritores de assunto foram utilizados os seguintes termos: *value-based health care*; *patient reported outcomes measures (PROMS)*; *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*; *stakeholder*; *breast cancer*; saúde baseada em valor; medidas de resultado; câncer de mama.

Definidas a questão de pesquisa e a lacuna a ser preenchida, conforme descrito na delimitação do tema e definição do problema, foram estabelecidos protocolos de coleta e análise de dados. Nesta fase, foi elaborado o roteiro de entrevista com os *stakeholders* (ANEXO 3). Ele é constituído por um questionário semiestruturado com maioria de perguntas abertas. O roteiro foi revisado após a realização de duas entrevistas de pré-teste, uma com um gestor executivo não médico e outra com um gestor executivo médico, ambos de organizações de saúde. O roteiro de entrevistas aprimorado após o pré-teste foi utilizado nas entrevistas, servindo como guia ao pesquisador na condução destas.

O questionário foi construído tomando-se como base a revisão bibliográfica, na forma de perguntas abertas. Tendo em vista o caráter exploratório da pesquisa, teve como objetivo obter a percepção dos entrevistados sobre o tema. Ele foi desenhado sob a forma de 4 blocos de perguntas, cada um com um objetivo específico, totalizando 27 perguntas. Os blocos têm por objetivo: a) entender a percepção dos *stakeholders* quanto aos benefícios para do cuidado da saúde baseado em valor e de metodologias de mensuração, em específico a ICHOM, para o paciente e *stakeholders*; b) entender a percepção dos entrevistados sobre a mensuração e divulgação de dados e indicadores relacionados aos desfechos assistenciais e financeiros, um dos pressupostos da teoria do VBHC; c) identificar a percepção dos entrevistados referente às limitações e barreiras à implantação do VBHC e metodologias de mensuração e d) identificar a experiência do entrevistado com a prática de modalidades do VBHC.

Ainda na fase de preparação, foi desenvolvido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2), por meio do qual era formalizado o aceite do entrevistado em participar da entrevista e permissão do uso das informações fornecidas. O Termo registra o objetivo e os procedimentos relacionados à pesquisa, tendo sido a gravação das entrevistas e o aceite do entrevistado realizado por meio da plataforma de realização de reuniões virtuais Zoom (*Zoom Video Communications, Inc.*). O Termo permite garantir a ética e o respeito aos entrevistados durante a sua participação na pesquisa, estipulando o sigilo e autorizando a publicação dos resultados.

Na fase de pesquisa de campo, uma vez identificados e selecionados, por critério de intencionalidade, os entrevistados, foi enviado e-mail do qual constava o convite para participação na pesquisa. Como arquivos anexados ao e-mail eram enviados o Termo de Consentimento e um texto do qual constava o objetivo de alinhamento teórico ao tema pesquisado (ANEXO 3 Parte 2 - Introdução e Alinhamento do processo da entrevista).

Finalizando a fase de preparação da pesquisa, foi definido o *software* a ser utilizado para análise dos dados, sendo realizada comparação das características dos principais programas disponíveis (GIBBS, 2009). Foi feita a opção pelo *software* ATLAS.ti (ATLAS.ti *Qualitative Data Analysis*), pois ele permite o gerenciamento de informações, criação de lista e agrupamento de códigos, categorização dos dados e organização dos aspectos identificados para elaboração da análise final.

3.5. FASE DE COLETA DE DADOS

A fase de coleta de dados foi iniciada pela definição dos critérios de seleção da amostra de participantes. Os critérios determinavam os requisitos para a seleção dos participantes a entrevistar, procedimento padrão e necessário para manter o rigor científico e estabelecer a transparência nas decisões (FLICK, 2009b). O critério de seleção teve como premissa a relação do entrevistado com o objeto estudado (FLICK, 2009a).

O método escolhido para a definição da amostra foi o de amostra não probabilística intencional, onde a seleção da amostra foi definida previamente pelo autor.

3.6. DEFINIÇÃO DOS *STAKEHOLDERS* E PERFIL DOS ENTREVISTADOS

O primeiro procedimento foi a definição, na cadeia de valor de saúde do Brasil, dos *stakeholders* participantes da pesquisa. Como a proposta de estudo foi analisar e compreender a percepção do cuidado da saúde baseado em valor (VBHC) e da metodologia de mensuração (ICHOM) por parte dos *stakeholders* da cadeia de saúde dentro do contexto da oncologia, foram definidos pelo autor como critérios de categorização a população de *stakeholders* e tipo de organização/órgão aos quais pertenciam. As organizações foram divididas segundo as modalidades: operadora de saúde, prestadores de saúde, órgão governamental ligado a saúde, indústria farmacêutica.

Os critérios de perfil da amostra de *stakeholders* a serem entrevistados foram definidos pelo autor como pessoas físicas categorizadas como *líderes estratégicos*, com responsabilidade pela formulação, implantação, gerenciamento e/ou condução de políticas e/ou processos relacionados à saúde baseada em valor, ocupando a posição hierárquica de gestor sênior C-level, superintendência ou diretoria, de formação médica ou não médica. Os entrevistados tinham como característica serem gestores sênior de formação não médica, gestores sêniors de formação médica ou médicos assistentes diretos ao paciente com mais de 15 anos após o término da especialização médica. No total foram entrevistados 32 *stakeholders*.

A escolha das categorias de *stakeholders* pesquisadas foi definida de acordo com a categorização estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2020). As categorias foram estipuladas respeitadas as seguintes características:

(1) Prestadores de saúde

Médicos prestadores: foi definida como especialidade médica exclusiva a oncologia clínica. Justificativa: o escopo do trabalho contempla a análise da percepção do médico frente ao método de mensuração proposto pela ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) na modalidade câncer. Os médicos foram divididos em cinco categorias: oncologista clínico independente; oncologista clínico ligado a grupo hospitalar; oncologista clínico ligado a grupo consolidador; oncologista clínico ligado a instituição pública; oncologista clínico ligado a rede verticalizada.

Foram entrevistados 7 médicos no total, tendo sido contempladas todas as categorias.

Hospitais: definidos como empresas cuja atividade principal é a prestação de serviços médicos em regime de internação hospitalar. Os hospitais deveriam ter como característica serem considerados como de alta complexidade e prestarem atendimento de alta complexidade em oncologia. Conforme definido pelo Sistema Único de Saúde

(SUS), alta complexidade é o conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo (CONASS, 2007). Os hospitais foram classificados nas categorias: hospital com fins lucrativos; hospital sem fins lucrativos ligado ao PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde); hospital sem fins lucrativos; hospital público classificado como Centro de Referência de Assistência em Alta Complexidade em oncologia. No total foram entrevistados 6 gestores, tendo sido contempladas todas as categorias.

Clínicas prestadoras: foram selecionadas clínicas que tinham como característica definida prestarem atendimento ambulatorial em oncologia, em caráter multidisciplinar, no segmento da saúde suplementar. As clínicas foram categorizadas em dois tipos: clínica ligada a grupo consolidador e clínica isolada. No total foram entrevistados 3 gestores, tendo sido contempladas todas as categorias.

(2) Órgão Governamental

Foi estabelecido como *stakeholder* órgão governamental para a pesquisa, o órgão ou instância ligada ao poder executivo, estadual ou federal, cuja atividade fim está voltada diretamente à saúde. Assim, foram definidos como categorias:

Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo: Foi entrevistado 1 gestor.

Ministério da Saúde: Foi entrevistado 1 gestor.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): Foi entrevistado 1 gestor.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC): Foi entrevistado 1 gestor.

(3) Operadoras de Saúde

A Lei 9.656/1998 dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A Lei estabelece Operadora de Plano de Assistência à Saúde como a pessoa jurídica constituída sob a forma de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecidos, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir a assistência à saúde. De acordo com a tipologia definida em Lei, foram selecionadas as seguintes modalidades de operadoras:

Autogestão: caracterizada como pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que opera plano de saúde, criada por empresas com objetivo de prestar

assistência à saúde exclusivamente aos seus empregados e dependentes de grupo familiar. Foram definidas duas autogestões, por possuírem cobertura nacional de forma direta ou indireta. Foram entrevistados 2 gestores e a categoria contemplada.

Cooperativa Médica: caracterizadas de acordo com a Lei 5.764/71 como sociedade sem fins lucrativos, formada por pessoas que se unem em uma sociedade coletiva e de interesse comum. Foi selecionada uma cooperativa de abrangência nacional. Entrevistado 1 gestor, sendo a categoria contemplada

Seguradora Especializada em Saúde: caracterizada como operadora que não possui rede própria e é obrigada a prover livre escolha. Foram selecionadas 2 seguradoras, por possuírem cobertura e abrangência nacional. Entrevistados 3 gestores (gestor executivo, comercial e médico) e a categoria contemplada.

Medicina de Grupo: caracterizada como empresa que comercializa planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas, onde o beneficiário faz uso de estrutura própria da operadora e/ou contratada pela operadora. Foram selecionadas duas operadoras, por ambas possuírem abrangência nacional. Entrevistados 3 gestores (gestor executivo, comercial e médico) e a categoria contemplada.

Administradora de Benefícios: dentro da tipologia estabelecida, foi selecionada para a pesquisa pessoa jurídica que presta serviço para pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde no tocante a apoio técnico, como negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação e alteração de rede assistencial. Foi selecionada uma operadora na modalidade. Entrevistado 1 gestor e a categoria contemplada.

(4) Indústria

Industria Farmacêutica: como indústria farmacêutica, a pesquisa definiu a indústria pertencente ao ramo de produção dedicado à pesquisa, desenvolvimento, fabricação e distribuição de remédios voltados ao tratamento do câncer. Foram estabelecidas duas categorias: indústria multinacional, caracterizada por ter a matriz em país diferente do Brasil; e nacional, cuja matriz está localizada no Brasil. Ambas as categorias deveriam participar da etapa de desenvolvimento de medicamentos. Foram entrevistados 2 gestores e as categorias contempladas

3.7. REALIZAÇÃO E TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A realização das 32 entrevistas finalizou a fase de Coleta de Dados. As entrevistas ocorreram por meio da plataforma digital de reunião virtual Zoom (*Zoom Video Communications, Inc.*). As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador, totalizando 1546 minutos de gravação (ou 26 horas e 16 minutos), com a duração média de 48 minutos. A duração mínima das entrevistas foi de 34 minutos e a máxima de 100 minutos. As entrevistas foram transcritas utilizando-se o *software* de transcrição Reshape (*Reshape Ltda*) e posteriormente introduzidas no *software* de auxílio para análise dos dados ATLAS.ti referido acima. Com vistas a garantir fidedignidade, todas as transcrições foram conferidas com a gravação fonte original.

3.8. FASE DE ANÁLISE DE DADOS

Para um estudo de caso, a pesquisa deve estar solidamente estruturada nos aspectos referentes a validade, confiabilidade e generalização. Neste sentido, Järvensitu e Törnroos (2010) definem que a validade da pesquisa está estabelecida quando as afirmações se encontram embasadas por fatos; quando os argumentos interligados são aceitos pela comunidade científica e quando esta determina que a validade está caracterizada na observância das normas. Para Yin (2015), a qualidade da pesquisa, em se tratando da pesquisa exploratória, pode ser avaliada pela presença de três parâmetros: a validade do constructo, a validade externa e a confiabilidade.

Na pesquisa qualitativa, é necessária congruência entre os conceitos teóricos que fundamentaram a escolha do objeto, a estruturação do problema estudado e os métodos empregados na abordagem da realidade experimental em análise. Assim, a amostragem não probabilística, característica da pesquisa qualitativa, deve ser orientada pela homogeneidade presente na amostra, homogeneidade esta, considerada fundamental e alcançada por meio da definição dos atributos considerados como essenciais, presentes nas características dos componentes amostrais (MINAYO, 2017). Dentre as diversas questões a serem abordadas na fase de estruturação da amostra de uma pesquisa, dois questionamentos mostram-se críticos: primeiro, como garantir uma amostra suficiente e fidedigna; e, segundo, quando parar de buscar mais dados. Conforme sugerido por Minayo (2017), para responder o primeiro questionamento, o trabalho procurou: 1) garantir um número suficiente de entrevistados que propiciasse consistência e complementaridade das informações; 2) compreender e declarar as homogeneidades e diferenciações internas dos grupos pesquisados; 3) privilegiar entrevistados detentores dos atributos a serem analisados pelo pesquisador; 4) certificar-se de que o ambiente

empírico da pesquisa estivesse mapeado e entendido; 5) confrontar os achados da pesquisa de campo com as teorias que caracterizam o objeto estudado; 6) prever e utilizar triangulação de técnicas para a análise dos achados.

Uma vez abordada a questão primeira, procurou-se definir a conceituação de saturação, de forma a estabelecer parâmetro de resposta ao segundo questionamento, o término de coleta de dados. Optou-se, como parâmetro, pela definição na qual saturação é entendida como o momento na pesquisa de campo onde a coleta de novos dados não traria maiores esclarecimentos ou contribuições ao objeto em estudo (GLASER, 1967).

Segundo Bardin (2016, p.48) a análise de conteúdo, método utilizado neste trabalho, compreende um conjunto de técnicas que tem por objetivo a análise da comunicação por meio de descrição objetiva e sistemática dos conteúdos indicadores, sejam estes quantitativos ou não, permitindo a inferência do conteúdo manifesto na mensagem. Ainda segundo a autora, o objeto da análise de conteúdo é a fala, considerando as significações, forma e a distribuição dos conteúdos e formas. Assim, o trabalho procurou definir classes de equivalência (categorias e códigos) *a priori*, tendo por base a teoria do VBHC, e num segundo momento foi realizada a contagem destas categorias e códigos e a construção de tabelas para sistematização da análise.

A comunicação de conhecimento científico e conteúdo traz consigo a possibilidade de interpretações, as quais podem se traduzir em múltiplos significados para diferentes grupos de indivíduos. A representação de dados abstratos do discurso em gráficos e imagens pode ser útil para tornar a compreensão de seu conteúdo mais fácil (WEBER, 2020). Com este propósito, foi utilizada como auxílio gráfico, a Nuvem de Palavras.

O método de nuvem de palavras foi utilizado como ferramenta de análise lexical, entendendo como léxico o conjunto de palavras que compõe determinado texto (RIVADENEIRA, 2007). O método caracteriza-se por ser a representação visual de um conjunto de palavras, onde o tamanho, disposição ou cor atribuída podem ser utilizados para representar características, como a frequência. Como método de organização gráfica, a nuvem de palavras permite a avaliação pictórica dos conceitos do entrevistado referente ao tema pesquisado, assim como avaliar as interrelações dos conceitos individuais, possibilitando ao entrevistador a construção de interrelações, a realização de inferências, a construção e testagem de hipóteses, permitindo, desta forma, suporte às conclusões (JOYCE, 2017). O método, ao permitir a identificação de vocábulos, possibilita quantificá-los em relação à frequência e submetê-los a cálculos estatísticos para análise, tendo sido utilizado no trabalho como complementar à análise temática. Para a produção da nuvem foram retiradas as palavras comuns do português, e buscou-se evidenciar palavras que contivessem sentidos e significados

relevantes a temática do estudo. A escolha foi baseada na possibilidade oferecida pelo método de proporcionar um escrutínio isento do envolvimento ou a legitimação de pressupostos por parte do investigador.

3.9. CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO

A fase de análise dos dados foi dividida em três macro etapas, tendo sido utilizada a técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016).

A codificação compreendeu a primeira etapa, quando foi realizada a leitura das entrevistas transcritas e identificados os códigos cabíveis, tendo como base os conceitos elencados no referencial teórico. Nesta etapa, procurou-se também identificar aspectos relevantes ao tema estudado não abordados em pesquisas anteriores. Os excertos das transcrições eram identificados, selecionados e incluídos dentro dos códigos estabelecidos, tendo por base as respostas às perguntas do roteiro de entrevistas elaborado. Esta identificação permitia a análise, uma vez que os excertos selecionados eram relacionados às dimensões relacionadas à temática pesquisada. Neste momento, a ferramenta *links* do *software* ATLAS.ti possibilitou o relacionamento dos aspectos analisados, assim como a identificação discrepâncias no discurso dos entrevistados. O *software* também permitia a anotação de *insights* (percepções) pelo pesquisador, que eram rotulados como códigos. Os códigos correspondiam a definições relacionadas com a temática principal.

A segunda etapa da análise corresponde à elaboração da categorização, onde, por similaridade, é realizado o agrupamento de códigos relacionados. A codificação pode ser entendida como o processo por meio do qual dados brutos são agregados de forma sistemática em unidades que possibilitam a descrição acurada das características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 2016). Esta fase é de fundamental importância, pois possibilita a transformação dos códigos em conceitos, tendo por base a análise dos trechos codificados das transcrições. O processo permite, assim, visualizar dados que suportam a percepção dos *stakeholders* entrevistados em relação às dimensões pesquisadas, correlacionando-a com a literatura.

A literatura estabelece que os indivíduos processam as informações de maneira ineficiente, estabelecendo conclusões baseadas em dados limitados, impressões, influências externas ou sem respaldo estatístico. Desta forma, o pesquisador poderia ser levado a conclusões prematuras ou falsas (EINSENHARDT, 1989). Segundo a autora, uma das formas de minimizar o risco do viés do processamento da informação seria selecionar as categorias-

dimensões e proceder à análise por meio do enfoque das similaridades intragrupo pareadas as diferenças intergrupo. A pesquisa segue a lógica da análise inter e intragrupo, de forma a proporcionar uma maior acurácia e fidedignidade. A estratégia permitiria, ainda, aumentar a probabilidade de identificar novos achados (EINSENHARDT, 1989).

3.10. REVISÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO

A terceira e última fase da análise dos dados tem por função manter a qualidade e o rigor do processo (FLICK, 2009b). A primeira providência foi a revisão das anotações e recodificação de trechos que exemplificavam os códigos analíticos, conforme descrito por Gibbs (2009). A avaliação da qualidade do processo é realizada na sequência, sendo avaliadas as fases anteriores, com intuito de identificar possíveis falhas ou erros de processo, da mesma forma que o rigor na execução dos protocolos estabelecidos na pesquisa.

3.11. RELATÓRIO FINAL

O relatório final tem início com a correlação entre os achados identificados na pesquisa de campo e os aspectos descritos no referencial teórico (GIBBS, 2009). A comparação objetiva procura encontrar dados que correlacionam aspectos apontados na literatura, identificando a percepção dos *stakeholders* sobre o VBHC e a metodologia de mensuração da ICHOM nas dimensões estudadas. Os achados são alocados nas dimensões específicas, analisados de forma crítica; a seguir a discussão e análise dos resultados da pesquisa são apresentadas. Ao final, as limitações do estudo são apresentadas e analisadas, sendo ainda feitas sugestões para futuras pesquisas, com base nos resultados encontrados (FLICK, 2009a).

3.12. ESTRUTURAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO

O trabalho foi construído tendo por lógica o conceito de análise de conteúdo, por meio de entrevistas com intuito de analisar a percepção do VBHC e a metodologia de mensuração ICHOM no grupo de stakeholders, pré-definidos pelo autor, da cadeia da saúde. Krippendorff (1980) descreve a análise de conteúdo como uma técnica de pesquisa para fazer inferências

replicáveis e válidas de dados para seu contexto. O trabalho procurou se ater ao conteúdo manifesto ou explícito, formulado pelos entrevistados, priorizando-o, de forma que refletissem os objetivos da pesquisa. O ponto de partida foram as entrevistas realizadas, que tinham por objetivo final a produção de inferências sobre o tema estudado. As categorias a serem analisadas foram definidas de maneira apriorística, e as unidades de análise (objetos) classificadas dentro das categorias pré-definidas. As unidades de registro foram estruturadas dentro de temas, por melhor se adequarem a estruturação no formato de questões abertas do questionário de pesquisa. Por último deu-se a análise por meio da produção de inferências, procurando embasá-las com os pressupostos teóricos da teoria do VBHC. A Tabela 6 sumariza a estruturação da pesquisa de campo.

Como objeto de análise procurou-se compreender os papéis, interesses, valores, discursos dos *stakeholders* referentes ao tema do trabalho. As percepções dos entrevistados frente ao VBHC e o método de mensuração proposto pelo *ICHOM* foram analisadas nos grupos de categorias de *stakeholders* conforme descrito no capítulo método. As representações gráficas dos achados por grupo de *stakeholders* estão demonstradas nas nuvens de palavras abaixo (figuras 9,10,11 e 12).

Nos últimos anos, como já anteriormente comentado neste trabalho, têm se colocado que o sistema de saúde se encontra disfuncional sob os mais diversos aspectos. Porter & Lee (2013) apresentam o VBHC como a estratégia que “consertaria” o cuidado à saúde e diferenciam o VBHC das tentativas de solução anteriores, pois estas não abordavam de forma eficaz os problemas estruturais e estratégicos que competiriam negativamente na entrega de valor ao paciente.

Em linhas gerais, o cuidado centrado no paciente e focado no valor para o paciente, conforme proposto por Porter & Teisberg (2006), traria como benefícios uma definição comum para valor sob a ótica do paciente; uma linguagem universal para a definição e alcance de valor compreendida por todos os agentes da cadeia de saúde; o foco em resultados de saúde mensuráveis que facilitariam os ganhos em qualidade, segurança, processos e resultados (assistenciais e financeiros); e na experiência do paciente durante todo a jornada do cuidado. Sendo assim, o trabalho procurou analisar, primeiro, a percepção dos *stakeholders* definidos sobre os benefícios propostos pela teoria do VBHC sob a ótica da metodologia de mensuração proposta pela *ICHOM*, a racionalização do uso e consumo, a redução de custos e riscos financeiros, o estímulo ao engajamento do paciente e os determinantes para entrega do desfecho clínico positivo.

Em segundo, foi analisada a percepção quanto a criação e estabelecimento de métricas, indicadores e divulgação dos dados, resultados e desfechos, conforme proposto na teoria do VBHC. O enfoque abordava: a obrigatoriedade da implantação de indicadores; o impacto e presença do conhecimento de dados do mundo real; análise de custo efetividade; custo final da jornada; diretrizes clínicas; fragmentação do cuidado; indicador chave para avaliação; transparência e divulgação de dados e resultados de desfecho; a responsabilidade pela integração e análise dos dados do processo de cuidado; e os fatores determinantes para implantação.

O terceiro foco de análise procurou entender a percepção quanto as limitações e barreiras para a implantação do VBHC e metodologia de mensuração, em especial referente a uniformidade de objetivos, modelos de pagamento, simetria de conhecimento sobre o VBHC, presença de cultura organizacional voltada ao VBHC, necessidade de regulamentação para a implantação do VBHC, a adequação dos sistemas de tecnologia de informação existentes, o entendimento sobre o significado de experiência do paciente e existência de avaliação da experiência do paciente no meio ambiente do *stakeholder*, e, por fim, a inserção do VBHC no sistema de saúde brasileiro.

Por último, o quarto enfoque procurou analisar a experiência do *stakeholder* com a prática de modalidades de pagamento utilizadas no VBHC, finalizando com o entendimento pelo entrevistado da responsabilidade do seu setor perante o cuidado da saúde baseado em valor.

Tabela 6 - Estruturação da Pesquisa de Campo

Categoria	Objetivo	Objetos	Unidade de Contexto
Benefícios	Entender a percepção dos stakeholders quanto aos benefícios globais do VBHC e o uso de metodologia de mensuração	1.Benefícios globais do VBHC e metodologia de mensuração – ICHOM	
		2.Racionalização do uso e consumo	
		3.Redução de custos e risco financeiro	
		4.Estímulo ao engajamento do paciente	
		5.Determinantes para entrega do desfecho clínico	
Métricas e Indicadores	Entender a percepção dos <i>stakeholders</i> quanto a criação/estabelecimento de métricas, indicadores, publicização de dados, resultados, desfechos e <i>benchmark</i>	6.Obrigatoriedade	
		7.Dados de mundo real	
		8.Análise custo-efetividade	
		9.Custo final	
		10.Diretrizes clínicas	
		11.Fragmentação do cuidado	
		12.Indicador chave	
		13.Transparência e publicização de dados e resultados	
		14.Responsabilidade sobre integração e análise de dados	
		15.Fatores de sucesso para implantação	
		16.Uniformidade de objetivos	
Limitações e Barreiras	Entender a percepção dos <i>stakeholders</i> quanto as limitações do VBHC e a barreiras para implantação	17.Modelo de pagamento e impacto na implantação	
		18.Simetria de conhecimento	
		19.Cultura organizacional	
		20.Regulamentação	
		21.Tecnologia da informação	
		22.Experiência do paciente	
		23.Avaliação da Experiência	
		24.Apropriação do VBHC	
Experiência com modelos de pagamento no VBHC	Entender a experiência dos <i>stakeholders</i> com a prática de modelos de pagamento no VBHC	25.Uso presente de modalidade de modelo de pagamento	
		26.Existência de prática de consolidação de resultados assistenciais e financeiros	
		27.Responsabilidade do setor do <i>stakeholder</i> perante o modelo VBHC	

(elaborado pelo autor)

conforme pode ser visto analisado os achados das nuvens de palavras, como será apresentado a seguir.

Analisadas as nuvens, seja aquela engloba o universo total de *stakeholders*, sejam as nuvens específicas a cada grupo de *stakeholder* definido, pode-se notar que os princípios da saúde baseada em valor (VBHC) encontram-se presentes nos vocábulos identificados, da mesma forma que as dificuldades encontradas.

Para se alcançar o objetivo do cuidado à saúde baseado em valor, seria necessária, segundo a estratégia proposta por Porter (2016), a reorganização do cuidados levando-se em consideração as condições de saúde dos pacientes; a integração das *expertises* dos profissionais; a definição de modelos de pagamento baseados em valor; o estabelecimento de jornadas de cuidado; a divulgação de melhores práticas para a produção de conhecimento e de excelência; e a criação de ferramentas de informação para coleta de dados. Todos os tópicos puderam ser identificados nas nuvens de palavras, sendo assim, percebidos por todos os stakeholders como significativos.

Aparece com clareza nas nuvens de palavras a percepção do entendimento e importância dada, pelos agentes da cadeia da saúde, da teoria do VBHC como um modelo potencial de cuidado à saúde.

Historicamente, já havia a percepção de que você tem que investir em um modelo eficiente (E6 – categoria governo)

Dentre os princípios da teoria do VBHC (PORTER, 2006), dois podem ser colocados como juízos fundamentais, servindo como alicerce a um sistema de conceitos que ordenarão a saúde baseada em valor, compondo o espírito e definindo a lógica e a racionalização da teoria.

O primeiro estabelece que o foco deve estar em valor para os pacientes e não apenas na redução dos custos. A representatividade das palavras **custo** e **valor** são bastante semelhantes quando considerado o universo e os grupos, estando **custo** com uma representação um pouco maior em todos os grupos, exceto naqueles do grupo governo e da indústria farmacêutica, onde se apresentam com densidade e posicionamento diferentes. Esta diferença pode ser interpretada pelos objetivos destes grupos, inerentes a sua especificidade.

A indústria farmacêutica enfrenta pressão por parte de governos e da sociedade, advindos da necessidade de contenção do crescimento dos gastos em saúde, onde os insumos farmacêuticos representam um importante ofensor. Uma das estratégias desenvolvidas pela indústria (KOLA, 2004) está na busca pela melhoria de eficiência do segmento da pesquisa & desenvolvimento, caracterizado pelo alto investimento e baixo retorno, em termos de aprovação

e liberação pelas agências regulatórias, em torno de 11%, considerado a última década. As estratégias em desenvolvimento e aplicação pela indústria consideram a redução da taxa de atrito, em especial nos tópicos eficácia, toxicidade, e maior adequação dos alvos terapêuticos (KOLA, 2004), o que explicaria a preponderância de **valor** sobre **custo** encontrado no discurso do setor.

eu penso muito em eficiência...sempre questiono muito essa questão do custo e do valor. Quando as pessoas vêm para mim e diz assim: “Não, isso aí não vale a pena, porque é caro”. Mas espera aí, o que que é caro para você? Você está falando de custo ou está falando de valor? Quanto custa isso? Qual o valor que se está oferecendo? ... eu não penso nem redução de custos não, eu penso de trazer uma maior eficácia para conseguir tratar o maior número de pessoas, oferecendo o melhor benefício. (E3 Categoria Indústria)

No governo, os gestores do sistema de saúde enfrentam desafios, a cada dia maiores, no tocante ao impacto exponencial da inovação tecnológica e às pressões da sociedade, profissionais de saúde, mídia e indústria farmacêutica. Nos últimos anos, na busca pela sustentabilidade do sistema, têm-se debatido a reinterpretação do conceito de integralidade da saúde, conforme estabelecido na Constituição (BRASIL. [Constituição,1988]). Um ponto importante na consideração por parte de gestores públicos é a análise de custo-efetividade, onde são considerados custos diretos e indiretos, sejam de curto ou longo prazo. Porém tornou-se cada vez mais necessária, tendo em vista os desafios expostos, a análise de impacto orçamentário, na qual dois ou mais cenários de uma doença são avaliados em relação a seus custos, incluindo análises de estimativas de população, recursos utilizados e cenários alternativos, construindo o impacto orçamentário incremental (MAUSKOPF, 2007). Diante do exposto, pode-se justificar a densidade superior do vocábulo **custo** sobre **valor** no discurso da categoria.

O parâmetro mais importante, depois que você define que tem evidência que justifique a incorporação é impacto orçamentário. Esse é o parâmetro (E6 – categoria governo)

Olha, o orçamento é uma eterna batalha aqui no âmbito da secretaria (E23 categoria governo)

Nas demais categorias, prestadores e operadoras, as densidades são semelhantes, com uma preponderância pequena da palavra **custo**. Pode-se perceber nas entrevistas que, de forma geral, os *stakeholders* acreditam ser necessário equilibrar os custos incorridos no tratamento do paciente frente aos benefícios alcançados, considerando a gama de preferências do paciente. Eles afirmam ainda que, somente com uma avaliação adequada, o cuidado baseado em valor seria atingido.

Eu acho que, talvez a mais importante de todas, seja esta centralidade do cuidado nas necessidades do paciente. Porque quando a gente tem um modelo que não é baseado nisso, a gente não tem muitas vezes capacidade de verificar quais são os resultados atingidos; quais são os indicadores que são avaliados para chegar a esse resultado, os custos... e a gente não consegue comparar; é muito difícil a gente ter algum grau de comparação entre coisas que não se medem (E21- categoria operadora - seguradora)

O segundo princípio fundamental da teoria estabelece que, se o valor para os pacientes verdadeiramente conduzir as escolhas dos prestadores, a relação entre os desfechos em saúde por valor monetário incorrido melhorará de forma significativa (PORTER, 2006, p.156). O sentido de valor para o paciente, conforme exposto na teoria, nos conduz ao conceito de “*patient centrality*” colocado pelo IOM (2001) e remete à busca e mensuração de desfechos de cuidados que importam ao paciente, propostos por Porter e Lee (2013). Neste sentido, as nuvens de palavras mostram que os vocábulos de maior densidade encontrados nos discursos, **paciente** e **saúde**, apresentam sua distribuição de densidade de forma peculiar entre os grupos, refletindo, neste tópico, uma percepção diferente entre e intra categorias. O entendimento do conceito sobre o VBHC encontrado parece ser influenciado pela formação profissional do entrevistado.

Ao longo da história, as sociedades estabeleceram suas expectativas no que se refere ao comportamento médico, o qual foi articulado nos princípios éticos que configuram a medicina moderna: beneficência, confidencialidade, autonomia e advertências contra ações que possam prejudicar o paciente (MACHADO FILHO, 2016). No sentido etimológico, profissão significa proclamar, declamar algo publicamente. Na saúde, o médico, ao se comprometer em usar sua competência-habilidade em ajudar o paciente, e ao prometer usar esta competência na busca do melhor interesse ao paciente, proclama sua profissão e estabelece a primazia da relação médico-paciente frente às outras. O aumento da complexidade, seja da sociedade, seja das relações sociais e da própria medicina, trouxeram à tona um novo conceito, o profissionalismo. No conceito do profissionalismo, a profissão como declaração de compromisso não se faz apenas com o paciente, mas também, em conjunto e sobre a mesma linha de peso-hierarquia, com a sociedade. Assim, um conjunto de responsabilidades sociais se estabelece como compromissos, incluindo melhoria do acesso, conhecimento científico, gerenciamento de conflito de interesses e distribuição justa de recursos (SOX, 2002). Assim, é coerente que, nas categorias onde os médicos são os responsáveis diretos e/ou principais pelos processos (prestadores médicos, prestadores hospitalares/clínicas, SADT), seja encontrada a predominância do termo **paciente**. Porém, apesar dos discursos refletirem de forma adequada o proposto como centralidade do paciente, o entendimento do conceito não é uniforme na categoria prestadores, como visto nos recortes abaixo. Isto poderá ser justificado quando considerarmos o código simetria de conhecimento, no decorrer do trabalho.

Eu acho que esse modelo, esse conceito, vem buscando uma gestão desse paciente, ajudando na navegação, ajudando a operadora na navegação deste paciente para pensar não em reduzir custos, mas utilizar os custos de maneira racional e eficiente (*E2 categoria prestadores Hospitais/Clínicas*).

a gente preconiza no nosso ambiente de trabalho é não saber valores, a gente não trabalha nunca com valores, a gente trabalha baseado na evidência científica e trabalha, digamos, de acordo com a necessidade do paciente (*E5 – categoria Médico ligado a clínica independente*)

Nas categorias Governo, Indústria Farmacêutica e Operadoras, **saúde** foi a palavra de maior densidade encontrada, devido à percepção sobre o VBHC pelas categorias como sendo um modelo de sistema de saúde e ferramenta de estratégia competitiva para o setor. Se considerarmos a teoria de estratégia competitiva proposta por Porter (MAGRETTA, 2018), no âmago de duas das categorias, indústria e operadoras, o objetivo das atividades procura, por definição, a obtenção de lucro; o paciente se configura como um cliente e não como o objetivo primordial da atividade. No governo, apesar do lucro não ser o objetivo final e o indivíduo-paciente constituir o sujeito final do sistema, a percepção pelo gestor sobre o objetivo fundamental é ligado ao binômio saúde-sistema, de forma a garantir a efetivação e a sustentabilidade dos princípios formulados pelo SUS: universalidade; integralidade; equidade; regionalização e hierarquização da rede, ações e atenção; participação e controle social, e a descentralização (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Desta forma, a percepção do setor sobre o VBHC sofre o viés da atividade de gestor-formulador de política de saúde do Estado.

a grande diferença é o conceito de saúde; a saúde privada nunca vai ultrapassar o limite da questão assistencial; a saúde pública tem uma abrangência um pouco maior dentro do que está colocado no ordenamento jurídico no [eixo] da Constituição, e o que está estabelecido dentro do objetivo de saúde pela própria Organização Mundial de Saúde; como um direito social. A saúde privada nunca vai entrar nessa questão maior; então, o foco da saúde privada é a assistência (*E8 – categoria Governo*)

4.2. ABORDANDO AS CATEGORIAS E OS CÓDIGOS

4.2.1. Benefícios globais e metodologias de mensuração por indicadores.

De acordo com a teoria, o sistema de saúde baseado no valor traria benefícios para pacientes, prestadores, pagadores, fornecedores, e a sociedade como um todo (PORTER, 2006 p.322-324).

Os benefícios globais citados pelos entrevistados podem ser caracterizados como relacionados a processos, atributos ou resultados: transparência, pertinência, eficiência financeira e operacional, eficiência assistencial, gestão do percurso, melhoria da assistência, previsibilidade, desfecho, mensuração, avaliação, melhoria da qualidade, redução de desperdício e racionalização da jornada. Notou-se que os vocábulos desfecho e resultado tem diferentes significados e implicações, a depender da formação profissional do entrevistado. Entrevistados com formação médica referem-se a desfecho conforme entendido na teoria do VBHC, como sendo o resultado da intervenção em saúde associado à percepção pelo paciente. Já em entrevistados de formação não médica, ocorre uma superposição na utilização das palavras desfechos e resultados, onde a palavra resultado é empregada, na maioria das situações, quando é procurado expressar situações relacionadas a resultados de processos administrativos financeiros e, em menor número de vezes, quando relacionada a resultados clínicos assistenciais. Esta distinção deve ser considerada na área da saúde, uma vez que “*outcome*” pode ser traduzido como desfecho ou resultado. Este trabalho optou, quando considerado o discurso dos entrevistados, por considerar desfecho e resultado como vocábulos com significados diferentes, de análise em separado. Pôde-se observar em todos os discursos um conhecimento do VBHC em graus variados de profundidade e sob enfoques diferentes.

Os entrevistados com formação médica, independente da categoria, colocam primariamente a importância da valorização da perspectiva do paciente, e descrevem o VBHC tendo o paciente como ponto de partida e centro do processo, por meio de indicadores focados em desfechos e atendimento às expectativas dos pacientes.

é trazer o paciente para decisão terapêutica levando em consideração todas essas dimensões que compõem a vida dele, não só a questão da doença quanto a questão orgânica propriamente dita, mas também o que ele vai fazer antes, o que é que ele tem de relações sociais e emocionais, o que ele vai fazer depois, qual é o potencial de preservação da sua capacidade, das suas capacidades no decorrer do tratamento (E23 categoria governo)

Eu acho que mensurar desfecho é a única forma de medir se realmente o bem que nós achamos que estamos fazendo para o doente, está sendo feito. Porque, nenhum médico trata seu doente com a intenção de que ele não fique bem, mas no mundo da gestão, precisa medir. E eu acho que o maior benefício é medir para comparar (E12 categoria médico ligado a grupo consolidador)

O cuidado da saúde por valor é uma coisa que tem ganho mais espaço com o tempo, seja focado no paciente, no resultado objetivo na intervenção e também na satisfação do paciente na jornada terapêutica...vem de encontro a uma questão mais de humanização do que sob todos os aspectos econômicos. Mas tem impactos na economia da saúde porque existe nessa cadeia de valores uma otimização de recursos em prol dos objetivos da intervenção terapêutica (E1 – médico ligado a clínica independente)

a pertinência, acho que é a coisa mais importante da fórmula do valor, seguindo a lógica da experiência do paciente, o desfecho e, lógico, eliminando o desperdício. (E24 – categoria prestador hospital sem fins lucrativos/PROADI)

Já os entrevistados de formação não médica privilegiaram no discurso enfoques relacionados a processos ou atributos, especialmente com relação a possibilidade de proporcionar uma contenção e racionalização dos custos, e em tornar esta avaliação mais fácil.

eu acho que o benefício maior está no entendimento do que é valor e no entendimento do que é valor em saúde, tanto para o paciente como para quem também paga a conta desse sistema. Então, eu acho que os benefícios estão numa jornada do paciente mais adequada, mais racional e mais eficiente. E sob a ótica da operadora de saúde ou até mesmo da empresa que contrata operadora de saúde...uma racionalidade e uma previsibilidade. (E7 – categoria clínica independente – gestor)

Como um profissional não médico, o primeiro critério é a questão do custo, depois a gente fala do paciente; geralmente o médico inverte essa ordem. Para um profissional administrativo de saúde em operadora, o que a gente mais vê como o valor é a gente reduzir o desperdício; desperdício do recurso...hoje os recursos em saúde são extremamente limitados (E15 -categoria operadora autogestão)

acho que a primeira questão é dar mais transparência para o setor como um todo... detectar algumas ineficiências na cadeia, coisas que a gente poderia estar otimizando aí... é a gente trabalhar na questão financeira e da eficiência financeira e no outro ponto, da eficiência assistencial de uma maneira em que a gente consiga, de alguma forma, trazer o cliente, tendo um olhar crítico (E19 – categoria operadora seguradora)

eu acho que a primeira questão é dar mais transparência para o setor como um todo, é uma prestação de conta da cadeia inteira (E19 categoria seguradora)

eu acho que a grande contribuição que toda essa discussão trouxe é avançar na necessidade de primeiro, aferir realmente processos e resultados. Eu acho que esse é o grande avanço... Eficiência é você relacionar o recurso com o resultado. O que o VBHC adicionou, é que ele mostra a necessidade de você primeiro, medir realmente, efetivamente, esses indicadores, alinhar incentivos (E6 categoria governo)

4.2.2. Racionalização do uso-consumo e redução de custos-riscos financeiros

Porter (2006, 2013) considera inadequada a forma atual de avaliação de custos no sistema de saúde. Discorre que os prestadores de serviço em saúde estimam seus custos baseados em métodos estabelecidos para determinar a precificação e cobrança pelos serviços hospitalares e médicos, onde somente serviços reembolsáveis seriam considerados para análise de custeio, enquanto aqueles não reembolsáveis estariam alocados em conjuntos de taxas de “*overhead*”, estabelecidas arbitrariamente. Considera, ainda, que o custeio é somente analisado sobre procedimentos e departamentos e não sobre a jornada do ciclo de cuidado completo, resultando num sistema inadequado, onde o sucesso empresarial estaria condicionado aos cenários de alto custo financeiro e não à entrega de desfechos ótimos aos pacientes. O método

de VBHC proposto traria como resposta uma mudança na natureza de competição do setor de saúde, sendo recompensados os prestadores que entregassem o maior valor para os pacientes, onde valor estaria definido na forma de melhores desfechos alcançados sob a ótica do paciente, com o menor custo incorrido.

A pesquisa não identificou nos participantes um entendimento uniforme da teoria do VBHC neste sentido; tampouco identificou a percepção do VBHC como um facilitador para a redução de custos, apesar da percepção de benefício de racionalização de uso e consumo ter sido evidenciada. As possíveis razões serão discutidas em conjunto quando da análise da percepção sobre custo-efetividade

Eu acredito que seja possível...acho, porém que é um pouco difícil acreditar que uma simples implantação de uma ferramenta passará a mudar a conduta de comportamento da maioria. (E4 categoria Cooperativa)

o que uma metodologia dessa permite, é a otimização. Eu não gosto de pensar com medicina baseada em valor como algo que traz economia, não é economia, é realocação de recursos (E12 categoria médico ligado à grupo consolidador)

eu tenho uma dúvida enorme... Eu não sei, eu acho que talvez a gente conseguisse alocar melhor o recurso, entendeu? Gastar mais corretamente. Eu acho pouco provável que no final das contas a gente consiga uma grande economia (E16 categoria seguradora)

Sem dúvida. O que falta hoje realmente são ferramentas e metodologias para a gente poder mensurar essa governança clínica como um todo (E14 categoria medicina de grupo)

Não. Eu acho que o que vai trazer isso (redução de custos) é a informação; a informação de desfecho clínico (E32 categoria governo)

4.2.3. Estímulo ao engajamento do paciente

A publicação do relatório *Crossing the Quality Chasm* pelo IOM (2001) colocou o cuidado centrado no paciente e a participação do mesmo durante o ciclo de cuidado como uma das dimensões fundamentais para o cuidado de alta qualidade. Da mesma forma, a experiência do cuidado reportada pelo paciente se tornou uma das ferramentas principais como metodologia de avaliação do cuidado, sendo um dos pilares proposto pela ICHOM por meio do estabelecimento de PROMs (medidas de resultado reportado pelo paciente) e PREMs (medidas de experiência reportada pelo paciente). Porter ao introduzir a teoria do VBHC (2006, p.23) coloca que “a competição por valor deve girar em torno de resultados e que os resultados que interessam são os efeitos no paciente por unidade de custo no âmbito da condição de saúde”. Existe assim, como pressuposto para alcance deste objetivo, a necessidade de uma capacitação

do paciente e de um processo de cuidado estabelecido sobre a lógica de decisão compartilhada entre médicos e paciente. Neste sentido, o engajamento do paciente e a centralidade do cuidado passam por proporcionar maior controle para os pacientes por meio de mais informações de resultados. Esta realidade enquadra-se no discurso de capacitação identificado por Steinmann (2020), citado anteriormente.

Na pesquisa foi identificado que existe a percepção da relação entre VBHC e o engajamento do paciente. No entanto, o entendimento sobre o significado completo de engajamento e decisão compartilhada, segundo a teoria do VBHC, não é uniforme no universo entrevistado. Os entrevistados também não identificam a presença deste engajamento nas suas realidades.

Eu vejo isso como um desafio, porque não é fácil na prática engajar uma pessoa nos cuidados à sua saúde. A teoria, ela tem muita lógica; é muito objetivo o que está claro. Mas você colocar isso em prática é muito difícil. Os pacientes têm demandas ou necessidades que muitas vezes não estão absolutamente alinhados com o que a gente entende que seja o melhor para eles. (E21 Categoria Operadora Seguradora)

Eu acho que ele (VBHC) traz, mas eu não consigo ver que a nossa população esteja ainda preparada de fato, querendo se engajar... Nós precisamos educar melhor a nossa população em saúde, seja a saúde como um todo, seja como na sua saúde individual (E22 Categoria Seguradora)

Sim, eu concordo que ele resulta e eu também acho que o engajamento do paciente é parte fundamental para que ele tenha um bom resultado (E9 Categoria Cooperativa)

Eu não acredito que o VBHC traga engajamento maior (E9 Categoria Administradora de Benefício)

Não. Eu acho que vai ser muito difícil na nossa cultura latina. Essa é uma conversa que para a gente ter com os pacientes é uma conversa que demanda muita energia de ambas as partes... a impressão que alguns dos nossos pacientes têm é que justamente você está querendo transformar a doença dele em alguma coisa monetária, e que vai falar "Não, o senhor está me transformando em um número" (E27 – Categoria Prestador Médico ligado a instituição pública)

Sim, em qualquer área, não só na área de oncologia, você vai enxergar a necessidade de ouvir a voz do paciente. Bom, com isso e dados do mundo real e *patient reported outcome*. Portanto, RWE e PRO. Vão entrar na equação. Entrando na equação, o paciente vai passar a opinar mais (E17 – Categoria Prestador Médico ligação a grupo hospitalar)

Eu acho que aí ainda tem um desafio desse modelo. Eu acho que o modelo propõe sim que o paciente ele possa ser acompanhado, mas ele não resolve totalmente, ele não define e resolve essa questão do engajamento do paciente. Porque existe também a necessidade de um entendimento maior do paciente do que significa valor saúde, o que significa a contribuição dele e a adesão dele o engajamento dele dentro desse processo (E7 – Categoria Prestador Clínica Independente)

Eu acho que sim, porque isso, isso é um dos alicerces para que a iniciativa dê certo. Mas, a gente tem um problema muito sério ainda de educação mesmo, a educação em saúde (E6 – Categoria Governo)

Engajamento pressupõe uma mudança de cultura; uma mudança de hábito. O mercado saúde, especialmente o americano e o privado brasileiro, ensinaram que a forma de você tangibilizar qualidade em saúde ou era a quantidade de prestadores colocados teoricamente à disposição desse paciente, ou a complexidade ou a suntuosidade dessas instalações. Como a gente não mensura o resultado no país, essas foram as formas nas quais o comprador de serviço encontrou de tangibilizar isso. Transferir isso para uma questão de engajamento que pressupõe essas mudanças de comportamento e hábito, que são as mais eficazes, as mais baratas, mas as mais difíceis de fazer, isso vai levar um tempo ... mas é um fator absolutamente relevante e de sucesso no que diz respeito à mudança na longevidade e na qualidade de vida das pessoas (E8 Categoria Governo)

4.2.4. Determinantes para entrega de desfecho clínico positivo

A teoria do VBHC estabelece que o valor é gerado pela sinergia entre experiência, escala, conhecimento e aprendizado do prestador sobre a doença em foco. Estes aspectos combinados criariam um círculo virtuoso não fragmentado, onde a competição por resultados levaria a melhoria de valor (PORTER, 2006 p.108-112). O entendimento das ações necessárias para atender a complexidade em estrutura, processos, capacitação e volume, de forma a atingir este círculo virtuoso desfragmentado não pôde ser observado nas falas dos entrevistados, que apresentam visões segmentadas de determinantes para alcance de desfecho.

Se eu tenho recurso, eu investiria muito na capacitação do recurso humano. Isso faz muita diferença na saúde... e, também, para ter uma entrega adequada e uma decisão mais coletiva, a informação...talvez sejam nossos pontos frágeis hoje, a falta de cultura, de coleta adequada de dados, de geração de informação... esses pilares são fundamentais, a educação e a capacitação adequada para a qualidade do recurso humano e a informação para que você tome decisões mais assertivas para o processo. (E6 – Categoria Governo)

Incentivo. Eu não tenho hoje nenhum incentivo para que esse desfecho clínico seja mensurado e reportado de forma clara e compreensível para toda a cadeia (E6 – Administradora de benefício)

Eu acho que, principalmente, é o médico. Porque você faz assistência médica, você faz a gestão desse paciente, a gestão dessa, desse cuidado de saúde frente ao paciente em si. Eu acho que o médico, ele é sempre o principal fator para que algo como isso possa ter tanto sucessos, quanto insucessos (E11 Categoria Prestadores Médico ligado a instituição pública)

Acho que a principal ferramenta para a gente atingir o melhor benefício clínico sempre é a medicina baseada em evidência que é o que vai embasar a todo resto (E4 Categoria Operadoras Cooperativa)

Primeiro de tudo, eu acho que é um serviço (Hospital, Clínica, médico e equipe) que esteja apto, balizado, naquilo que é a melhor prática para aquela condição (E22 Categoria Operadora Seguradora)

Acho que depende de qual qual o cuidado que a gente está falando. E eu acho que para cada um dos cuidados, especialmente, cuidados de doença crônica, não tenho dúvida nenhuma, que o engajamento paciente é essencial. Você não vai conseguir um desfecho positivo sem um engajamento (E19 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.5. Obrigatoriedade de mensuração por indicadores

A teoria do VBHC introduziu o conceito de cadeia de valor na prestação de cuidados, onde valor e resultados somente podem ser mensurados no nível da condição de saúde (PORTER, 2006 p. 103), sendo descritas as relações entre resultados, processos e estruturas para o estabelecimento de uma competição estratégica baseada em valor. Apesar de não haver garantia, a teoria não esclarece como correlacionar, na prática, resultados a processos e estruturas de cuidado. Porter (2010) recomenda que a implementação do VBHC se inicie pela mensuração de resultados, que dará informações sobre quais resultados poderão ser melhorados, mas não sobre como poderão ser melhorados; ou que atividades, se estabelecidas, poderão melhorar os resultados. O VBHC possui a capacidade de disparar processos de melhoria, mas não é uma ferramenta para definição ou escolha de ações estratégicas de melhoria, sendo o *benchmarking* uma possível estratégia (PORTER, 2016; VAN DER NAT, 2017). Estabelecer padrões de mensuração, como os propostos pela ICHOM nos *standards sets*, e ter um processo estabelecido de *benchmarking* de resultados, associados a conceitos como os propostos por Donabedian (2003), poderia auxiliar na estruturação de processos voltados ao VBHC.

Os entrevistados mostram perceber a necessidade e a importância da mensuração por indicadores para a entrega de saúde baseada em valor, mas expressam também as dificuldades para implantação. A percepção da mensuração como atributo fundamental do processo do VBHC, conforme descrito na teoria, encontra-se presente, sendo que os entrevistados entendem a mensuração de resultados como uma forma de melhorar o cuidado ao paciente.

Sim, toda a área de gestão em saúde sempre preconizou isso...indicador de infraestrutura, indicador de processo, indicador de resultado...pensando processo você tem qualitativo, quantitativo...mas, não é simples medir resultado, desfecho (E6 – Categoria Governo)

Acho que é uma meta e que as fontes pagadoras em geral, tanto as públicas quanto as privadas, poderiam ir criando incentivos para o pagamento atrelado a indicadores e à mensuração desfechos (E8 – Categoria Governo)

Em que nível? A pergunta que eu devolvo é: em que nível do sistema e quais são os agentes do sistema onde você conseguiria fazer isso? (E23 – Categoria Governo)

Pelo mesmo fato que eu te falei da questão da legitimidade, acho que deveria ser mandatório, porque aí você estaria falando a mesma língua, não importando qual era a área, a patologia, a especialidade, a instituição, você teria uma língua comum de comunicação, uma metodologia única de discussão, de julgamento, de aplicação de uma saúde que com esse modelo de valor proposto, onde estaria todo mundo olhando

o problema para o mesmo ponto. Eu só vejo vantagens nisso (E3 – Categoria Industria)

Eu acho que sim, e acho que não há possibilidade de você ter um estímulo à adoção de práticas de VBHC, se isso não passar ser estimulado de forma mais obrigatória... acho que a Agência Nacional de Saúde tem um papel extremamente importante nisso (E7 – Categoria Hospitais/Clínicas)

eu acho que quando você transforma, materializa indicadores bastante práticos da assistência e deixa eles transparentes, você permite que seja possível as pessoas compararem os resultados das instituições... então você torna o sistema mais competitivo, deixa ele mais explícito para o usuário (E20 – Categoria Hospitais/Clínicas)

Sim. Para mim não existe *value based* sem a gente ter uma mensuração muito objetiva, clara e transparente (E17 – Categoria Médico ligado a grupo hospitalar)

Eu gostaria muito que fosse...Eu acredito que deveria ser obrigatória. A mensuração de todos os dados serem obrigatórias...e a aceitação de todos os profissionais deveria ser automática... Seria um sonho de consumo dos profissionais. Esse é o mundo ideal. Mas o que a gente observa hoje? ... As pessoas não gostam que a sua prática seja mensurada. E os sistemas também não ajudam muito.... (E9 – Categoria Operadora Administradora de benefício)

Totalmente obrigatória... com regras claras, com processo de transparência, com comitês de ética envolvidos na definição desses indicadores e não por apenas escolhas de um ou outro agente no próprio processo ou da cadeia...penso que a mensuração ela é fundamental para a evolução do sistema (E11 – Categoria Operadora Auto-gestão)

Olha, eu não sei te responder se ela deva ser obrigatória, mas eu vejo como essencial...acho que hoje nós somos muito pobres em métricas na saúde (E4 – Categoria Operadora Medicina de Cooperativa)

Deveria, ser obrigatória no país inteiro. Você tem uma competição e essa competição vai ficar mais saudável na medida em que você coloca uma métrica de valor, uma métrica de desfecho, uma ICHOM por exemplo (E31 – Categoria Operadora Medicina de Grupo)

Eu acho que o caminho pode ir para isso. No hospital que a gente está, a gente segue 19 standard sets de desfecho e alguns começaram pelo desfecho, mas não tinham protocolos antes. Alguns já tinham protocolos antes e a gente sentiu a melhoria a partir do momento que começou a mostrar esses indicadores para grupos de especialistas (E24 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

4.2.6. Dados de mundo real

A teoria do VBHC coloca como imperativos para os prestadores a mensuração de resultados, experiência, métodos e atributos de pacientes (PORTER, 2006, p.145) e para as fontes pagadoras, o desenvolvimento de medidas e agregação de informações de resultados sobre prestadores e tratamentos (PORTER, 2006 p.209). Ambos os imperativos se referem ao

que definimos como dados de mundo real (RWD), que uma vez analisados, se constituirão em evidência de mundo real.

Dados de mundo real podem ser definidos como aqueles obtidos fora do ambiente de estudos clínicos randomizados, gerados durante o processo da prática clínica de rotina (MAKADY, 2017). Dados de mundo real têm sido a cada dia mais valorizados para a produção de evidências de mundo real (RWE), uma vez que ao contrário dos estudos clínicos randomizados, médicos e pacientes escolhem um tratamento baseando-se nas preferências e características clínicas do paciente. Entretanto, estudos baseados em dados de mundo real são, ainda, fonte de críticas por suas fragilidades no tocante à incerteza sobre sua validade interna, imprecisão nos registros, ausência de dados ou sistematização adequada de registros de conduta ou tratamento (SHERMAN, 2016).

Apesar de imperativos para a construção do modelo do VBHC, as entrevistas mostraram que dados de mundo real não são coletados ou analisados de forma sistemática na percepção dos *stakeholders* entrevistados, apesar de reconhecerem a importância dos RWD para o sistema de saúde.

Não. Eu acredito que lamentavelmente não. Eu acho que cuidado de paciente nunca é o cuidado do estudo clínico é o dado do mundo real. Eu acho que o dado do mundo real, é o dado que ajuda o paciente (E12 – Categoria Médico ligado a grupo consolidador)

...nenhum stakeholder ainda está medindo dados do mundo real como deveria. Porque custa caro. Eles não enxergam como isso pode mudar sinistralidade ou o negócio (E17 – Categoria Médico ligado a grupo hospitalar)

...hoje eu não vejo assim de forma sistemática e muito menos de forma transparente (E11 – Categoria Operadora Autogestão)

Não, não estão. Mesmo o volume de publicações que saem a esse respeito é pequeno. O que se considera como o padrão ouro de evidência, os grandes estudos organizados ou meta-análises, sofrem de vieses de seleção dos pacientes incluídos, que não necessariamente refletem aquele paciente que eu atendia aqui hoje à tarde. Aliás, provavelmente, a maioria dos pacientes - e na hora que eu chamo de maioria, é a maioria esmagadora deles - não estão representados nesses estudos que são levados em consideração para elaboração de *guidelines*, elaboração de orientações de tratamento, de recomendações etc. (E28 -Categoria Médico ligado a instituição pública)

O dado do mundo real, ele não substitui o dado controlado. Ele responde a perguntas diferentes. O ensaio clínico controlado, ele está ali para tributos, eficácia, segurança, principalmente no que diz respeito à registro em Agência de Vigilância Sanitária, as primeiras intervenções, você tem que provar que a coisa funcione e é segura. O dado do mundo real, ele traz uma medida muito mais importante da efetividade, que é o que acontece no dia a dia... Eu vejo um horizonte muito, muito otimista para o dado de mundo real, tanto o setor público quanto o setor privado (E6 – Categoria Governo)

Eu acho que é uma coisa, assim, relativamente nova. E acho que precisam ser bem aprimorados para que, realmente, nos consiga ajudar nas nossas tomadas de decisão (E13 – Categoria Hospitais/Clínicas)

4.2.7. Análise de Custo-Efetividade

Após a publicação do relatório *To Err is Human: Building Safer Health Care System* pelo Institute of Medicine (IOM, 1999), o foco da gestão em saúde centrou-se na qualidade e em iniciativas que incentivassem a qualidade no atendimento, no que ficou conhecido como pagamento por desempenho relacionado a métricas que refletissem aderência a processos de qualidade.

A teoria do VBHC coloca, porém, que os estímulos e recompensas devam estar vinculadas a desfechos e não a conformidade dos processos, numa lógica em que devam ser recompensados os fins e não os meios (PORTER, 2006 p88-90). Seguindo esta lógica, o modelo do VBHC assemelha-se à análise de custo-efetividade, na qual se busca comparar o valor relativo de diferentes diagnósticos ou tratamentos. Apesar de existirem sobreposições neste conceito, uma diferença básica está implícita e, muitas vezes, esta diferença não é considerada quando os *stakeholders* a citam ao falarem em VBHC.

A análise de custo-efetividade considera custos e benefícios para definir valor sob a perspectiva da sociedade ou de determinado grupo da cadeia de valor da saúde. Já na teoria do VBHC a análise de custo-efetividade é considerada tendo por critério a perspectiva de valor pelo paciente e no nível das relações médico-paciente.

As variáveis mostram de forma clara a diferença entre os conceitos. A análise de custo-efetividade considera a perspectiva da sociedade, do objeto analisado ou a do pagador; o VBHC considera apenas a perspectiva do paciente; e o pagamento baseado em valor considerará a perspectiva do pagador. A definição dos resultados a serem considerados, também será diferente quando consideradas as três modalidades. Na análise de custo-efetividade a mensuração de resultados é multidimensional, porém pode ser resumida a uma mensuração: o QALY. No pagamento baseado em valor, esta mensuração também é multidimensional, porém sua construção é composto por um *mix* de indicadores de qualidade, que refletem estrutura, processo e resultados, conforme descrito por Donabedian. Já o VBHC apresenta uma complexidade maior, pois a construção multidimensional não permite a combinação em um único indicador numérico, e tampouco está focada em estruturas ou processos para sua construção (TSEVAT, 2018).

Esta complexidade conceitual e a dificuldade de materialização prática mostra-se refletida nos entrevistados. Como veremos na análise referente aos modelos de pagamento, modalidades de pagamento por desempenho estão sendo adotadas segundo o entendimento do que seja VBHC pelos entrevistados.

penso que não é, ainda não é um parâmetro, não é o parâmetro mais importante na tomada de decisão do país. O parâmetro mais importante, depois que você define que tem evidência que justifique a incorporação é impacto orçamentário. Esse é o parâmetro. E principalmente no SUS e acredito na saúde suplementar, também...acho que a custo efetividade não vai ter um peso grande na tomada de decisão (E6 – Categoria Governo)

Não. Não vejo isso na maior parte dos prestadores (E8 – Categoria Governo)

Não. Não acho que isso passe pela decisão médica assistencial (E2 – Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Não, eu acho que não... acho que existem outros fatores que ainda impedem essa questão de custo efetividade. Alguns, por exemplo, comerciais. Eu acho que o modelo de remuneração impacta nisso. A própria forma ou a ausência talvez, melhor dizendo, de aderência a protocolos, *guidelines*, a Medicina Baseada na Evidência, acho que também é um fator que limita. (E7 – Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Não, eu acho que falta rigor e falta maturidade como sociedade...acho que isso é ligado muitas vezes aos interesses, quando o custo efetividade te ajuda você puxa essa carta, quando ele não te ajuda, você não puxa essa carta (E3 – Categoria Indústria)

No mundo da saúde suplementar não tem custo efetividade (E12 – Categoria Médico ligado a grupo consolidador)

Não, eu acho que não. Eu acho que se fala muito em custo e se fala muito pouco em efetividade (E10 – Categoria Médico ligado a instituição pública)

Eu diria que quase nunca. Infelizmente, eu acho que isso não é levado em consideração. (E4 – Categoria Operadora Cooperativa)

4.2.8. Custo Final

Considerando que a teoria do VBHC foi moldada tendo por princípio o conceito de competição e vantagem competitiva, Porter (2006, p.45) define competição saudável como “aquela capaz de melhorar o valor para os pacientes, ou a qualidade dos produtos ou serviços em relação aos preços”. Nesta lógica, a medicina baseada em valor significa o pagamento do desempenho médico-assistencial baseado no seu potencial em alcançar um resultado clínico, social e financeiro (GENTRY, 2017). De acordo com o proposto pelo VBHC, a maximização de resultados de longo prazo, levaria a uma transição de pagamentos baseados em

procedimentos para pagamentos baseados em ciclos de cuidado, promovendo a integração de vias fragmentadas e incluindo as jornadas de pré-admissão e pós-alta. No VBHC, os custos abrangem todos os valores monetários ao longo de todo o ciclo de tratamento e que foram fundamentais para o alcance do desfecho de saúde (PORTER, 2006, 2010).

Assim, parece lógico que buscar conhecer os custos, conforme definido dentro do proposto pela teoria do cuidado baseado em valor, seja imperativo para os prestadores da cadeia, assim como para os pagadores. O conhecimento da importância do conhecimento dos custos e de seu impacto potencial é universal entre os entrevistados, porém nenhum referiu ter verdadeiro conhecimento ou mesmo capacidade de precisá-lo.

Acho que impactaria de forma a trazer maior responsabilidade para todos os elos da cadeia de produção do paciente, até o prestador hospitalar... acho que temos hoje uma ineficiência escondida em várias etapas do processo, que é muito interessante para alguns elos da cadeia... por que dessa ineficiência perpetuam alguns resultados que hoje talvez não fossem justificáveis à luz das boas práticas... esse custo poderia ser muito bem investido em outras áreas que hoje tem um resultado pior em relação ao que se deveria ter, se a gente fosse proporcionalizar o custo-efetividade de cada área versus a recompensa que ela tem (E8 – Categoria Governo)

Tem um fator aí que complica muito essa situação e que alguma coisa precisa acontecer nesse sentido, é a segmentação do sistema, não só em termos de cuidado, mas também em termos de informação do paciente. Hoje os sistemas dos atendimentos ocorrem de maneira totalmente segmentada e independente. O paciente não tem um repositório único de informações sobre a sua saúde, está tudo fragmentado, está tudo segmentado. Onera o sistema e impede que o dado seja mais real, fidedigno e, conseqüentemente, mais utilizado (E7–Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

...acho que impactaria muito. Acho que começaria pela a seleção correta dos prestadores da cadeia toda, que seriam definidos se a gente conhecesse o custo final e, baseado no custo, aquele desfecho com o menor custo. Eu acho que mudaria completamente. É fundamental. (E27 – Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Olha, eu acho que também essa é uma falha grande de todos os stakeholders. Ninguém levantou esse dado ainda, ninguém fez esse levantamento até o final da sua jornada (E4- Categoria Operadora Cooperativa)

Impactaria fortemente. Essa é uma busca que nós aqui XX temos tentado com todas as dificuldades. Por não termos recurso próprio, essa jornada muitas vezes é dividida em vários prestadores, o que dificulta a mensuração da nossa parte. Mas conhecer de maneira mais linear essa jornada vai ajudar muito na tomada de decisões (E22 – Categoria Operadora Seguradora)

4.2.9. Diretrizes Clínicas

O uso de diretrizes clínicas se tornou uma prática difundida na medicina moderna. Segundo o IOM, diretrizes tem por função auxiliar nas decisões do médico e do paciente sobre

os cuidados apropriados para cenários clínicos específicos (IOM, 1990). O principal benefício derivado do uso da utilização de diretrizes clínicas vem da evidência da melhoria dos resultados em saúde decorrentes de sua implantação sistemática (GRIMSHAW, 1993).

Diretrizes podem melhorar a consistência e a constância do cuidado, da mesma forma que permitir aos pacientes uma decisão mais informada sobre o cuidado, visto que diretrizes clínicas são geralmente elaboradas por meio da avaliação dos potenciais benefícios e toxicidades entre as opções em análise, assim como avaliam a magnitude de benefício esperado com a intervenção.

Do ponto de vista social, diretrizes clínicas podem, potencialmente, influenciar as políticas públicas, embora apresentem limitações. As limitações podem ser secundárias a deficiências referentes à evidência científica, ao viés potencial inerente às particularidades e limitações do grupo desenvolvedor ou, em especial, ao fato dos interesses dos pacientes não serem a prioridade em sua elaboração.

Para Porter (PORTER, 2006 p.90), as diretrizes são importantes para orientação e divulgação das melhores práticas. Segundo a teoria do VBHC, não devem ser utilizadas para recomendação de pagamentos por valor, visto representarem processos de conformidade, não voltados para desfechos.

O trabalho identificou que os entrevistados expressam a importância das diretrizes clínicas na assistência ao paciente, porém não expressam uma racionalização sobre sua contextualização dentro da teoria do VBHC.

Não vejo hoje, uma forma da gente trafegar sem, sem diretrizes para todas as condições que são passíveis de intervenção (E6 – Categoria Governo)

a gente precisa de uma revisão curricular para que os novos médicos que estão chegando no mercado tenham muito claro que ao trabalhar com diretrizes e protocolos eles estão trazendo o padrão ouro de conhecimento para o seu processo de decisão e para isso você tem que ter autocrítica (E23 – Categoria Governo)

Acho isso fundamental nos dias de hoje, eu acho de absoluta importância, absolutamente necessário. Primeiro porque dá o respaldo que você precisa ter com a indicação terapêutica adequada e depois traz pra você aquilo que realmente tem impacto (E1 – Grupo Médico ligado a clínica independente)

Acho que implantar não é muito difícil. O duro é monitorar e a política de consequências. (E24 – Categoria Hospitais/Clínicas)

4.2.10. Fragmentação do cuidado

A fragmentação do cuidado é considerada um dos maiores problemas relacionados à assistência à saúde, gerando riscos, falhas de qualidade e ineficiência financeira. Causas desta fragmentação podem ser creditadas à cultura profissional médica, que favorece a fragmentação do cuidado ao supervalorizar a autonomia e a infalibilidade do médico; e à complexidade cada vez maior da medicina e do cuidado médico, que levaram a uma superespecialização e a uma abordagem em silos (ENTHOVEN, 2009). Porter coloca esta fragmentação em foco quando discorre sobre a estrutura da prática médica (PORTER, 2006 p.194) e propõe, como ferramenta para solução, a estruturação da assistência por meio de unidades de prática integrada (PORTER & LEE, 2013).

A percepção da fragmentação do cuidado é percebida por todos os atores entrevistados, assim como sua inadequação e ineficiência, e se encontra condizente com o teorizado pelo VBHC.

...o nosso modelo, ele é um modelo disfuncional e fragmentado, porque os incentivos não estavam alinhados... essa fragmentação ela é muito, ela é muito prejudicial para o modelo que quer buscar valor. Seja na questão da informação, seja na questão da entrega do resultado e, principalmente, na eficiência (E6 – Categoria Governo)

Um dos grandes problemas do sistema de saúde hoje, quer público quer privado, é que você tem uma informação muito segmentada; você não vê um filme, mas só as fotos (E8 – Categoria Governo)

...eu acho que talvez seja esse o maior desafio para os pagadores. para os financiadores de saúde. Porque, realmente, a análise dos pacientes é fragmentada, sem dúvida nenhuma. (E1 – Categoria Hospitais/Clínicas)

...ela é danosa. Então, tudo o que você faz no pedaço, sem a gestão do todo, sem poder fazer da gestão do todo, por princípio ele não é eficiente (E16 – Categoria Hospitais/Clínicas)

...o problema é que todo mundo quer ganhar volume; ninguém quer ganhar em qualidade. E acho que essa é uma equação interessante de ser discutida: volume versus qualidade (E28 – Categoria Médico ligado a instituição pública)

4.2.11. Indicadores Chave

Conforme já discutido no objeto custo-efetividade, o VBHC considera os resultados que importam ao paciente como um constructo multidimensional. Desta forma não é possível considerar apenas um indicador como primordial. Se considerarmos o proposto pelo ICHOM nos *standards sets* para o câncer de mama, estes estarão distribuídos em três domínios: sobrevida e controle de doença; ineficiência do tratamento e grau de saúde. Por sua vez, estes

três domínios estão subdivididos em 14 subdomínios, com eixos e objetivos diferentes, não ocorrendo a preponderância de um sobre o outro.

Quando abordado o conceito de indicador chave, os entrevistados mostram linhas de raciocínio consistentes com a abordagem tradicional de produção e análise de indicadores utilizados na gestão em saúde (BITTAR, 2001), que apresentam pouca relação com valor conforme estabelecido no VBHC. Da mesma forma, o discurso dos entrevistados não demonstra integração com o racional de mensuração proposto, no qual a mensuração de resultados deve refletir o ciclo completo do cuidado (PORTER, 2010, 2016), exceto por um do entrevistados, da categoria seguradora.

acho que a sobrevida global, ela é muito importante... claro que ela não traduz para a gente qualidade de vida. Você poderia até dizer assim: "Então a gente faz a sobrevida ajustada para a qualidade de vida, como o QALY". Mas QALY... a gente tem que avançar muito ainda nos instrumentos de aferição de qualidade de vida. Então, se eu tivesse que escolher como gestor, e só tem a opção de um, eu investiria em sobrevida global, porque é uma forma de avaliar intervenção na população (E6 – Categoria Governo)

Bom, eu acho que você tem dois grupos ...tem um grupo de indicadores de resultado de saúde e um outro grupo de indicadores resultados econômicos financeiros. E eu acho que você tem que montar uma matriz, porque às vezes você se reduz o custo, mas você complica a vida do cidadão (E23 – Categoria Governo)

Eu acho que o desfecho é sim um grande indicador (E24- Categoria Hospitais/Clínicas)

"QALY", que é a vida com qualidade...Eu acho que há algo por aí. Eu acho que a quantidade de vida com qualidade. Para mim o conceito do "QALY" é muito válido. (E28 – Categoria – Médico ligado a instituição pública)

Custo efetividade. Se nós conseguirmos ter este indicador para tomada de decisão seja ela vertical ou horizontal eu diria que seria o principal indicador em um sistema de saúde, porque aí nós poderíamos, a partir desse indicador, poder alocar melhor os recursos para onde a gente possa com menos fazer mais. (E11 – Categoria Operadora Auto-gestão)

Não sei te responder pelo indicador-chave. Porque até pelos modelos que nós estamos trabalhando a gente tem olhado indicadores específicos pra determinadas jornadas. (E22 – Categoria Operadora Seguradora)

4.2.12. Transparência e Divulgação de dados e resultados

A teoria do VBHC tem como uma de suas premissas fundamentais, que o valor aumentará na assistência à saúde por meio da competição baseada em resultados, onde a real prova de sucesso seria a obtenção de resultados (considerando-se qualidade *versus* custos para os pacientes) melhores, e onde informações sobre os resultados tornar-se-iam o fator crítico

para mudança no sistema (PORTER, 2006 p.101). A percepção dos entrevistados é de que transparência e a divulgação de dados e resultados não são de interesse ou praticada pelos *stakeholders* da cadeia de saúde no País. Isto coloca em xeque a possibilidade da existência do modelo do VBHC em nosso meio, pois conflita com o esperado por Porter no modelo de estratégia competitiva (PORTER, 2006 p.102).

Eu acho que o Brasil não tem essa cultura ainda. Isso é muito ruim para quem contrata. A gente pode ser crítico ao modelo americano, mas uma coisa positiva é a transparência (E6 – Categoria Governo)

Então veja, cada um desses agentes vai... como são interesses conflitantes, você tem uma batalha permanente entre todos estes agentes. Ser transparente é bastante difícil quando você está num ambiente de guerra (E23 – Categoria Governo)

A área de saúde é uma área que parece que todos estão buscando as mesmas coisas, mas, infelizmente, no dia a dia, no mundo real, isso não é um fato. Eu acho que na área de saúde, muitos stakeholders só têm interesse em divulgar se esse dado, obviamente, for favorável a ele. Isso é ruim (E7 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

Eu acho que não explico o porquê da resposta. Eu acho que o modelo, como ele sobrevive hoje, ele é um modelo muito pouco transparente para que você tenha ali possibilidades de... Como é que eu diria? Que você tenha possibilidade de equalizar os seus ganhos (E3 – Categoria Industria)

Eles não vão querer mostrar dados porque eles têm medo que alguém diga: "Eu faço melhor". Como eu tenho dificuldade de ter certeza de que o próximo, realmente está falando a sério? (E17 – Categoria Prestador Médico ligado a grupo hospitalar)

Hoje eu não vejo de forma sistemática e muito menos de forma transparente. (E11 – Categoria Operadora Autogestão)

Não. Até porque no Brasil, eu vejo que está muito distante de ter uma governança de dados. Não há interesse, porque não há dados disponíveis, porque não tem governança, porque não tem investimentos. Então, realmente, acredito que não (E14 – Categoria Operadora Medicina de Grupo)

4.2.13. Responsabilidade, integração e análise de dados assistencias e financeiros

Dados são a base para a geração de informações, e sua combinação refletirá o referencial explicativo de determinado assunto, tendo por função o conhecimento e a interpretação, entendida aqui como a avaliação que possibilita a formação de um juízo. Porter (2006) apresenta a complexidade da coleta e da análise de dados na saúde, e considera o papel das operadoras de saúde estadunidenses no processo. Estas, no limite, devem assumir a

liderança na agregação de informações sobre paciente e sobre ciclos de atendimento completos, incluindo aquelas sobre consequências de longo prazo (PORTER, 2006 p.211).

A percepção dos entrevistados sintetiza a inexistência, até o momento, da integração e/ou da análise de dados assistenciais e financeiros, premissa para o modelo do VBHC, sendo mesmo, o objetivo da coleta desvirtuado por interesses particulares de atores do setor. A responsabilidade por esta integração e análise, tendo em vista o modelo duplo da assistência à saúde no País, não é uniforme, oscilando entre a operadora de saúde, governo ou uma entidade colegiada. Um dos *stakeholders* (categoria operadora seguradora) referiu realizar esta integração e análise voltadas para a eficiência, porém esta não foi explicitada dentro dos moldes teorizados no VBHC, no sentido de eficiência configurada em valor para o paciente.

...o grande integrador dessa história, que no passado era o médico em uma realidade de saúde bem menos complexa...acabou se perdendo. As operadoras de planos de saúde acho que se arvoraram em fazer essa gestão ou essa ordenação de cuidado; e fizeram única e exclusivamente pela óptica do custo (E8 – Categoria Governo)

Eu acho que não há [integração]. Eu acho que algumas operadoras de planos de saúde utilizam-se desses dois blocos de informação para gerenciar a sua sinistralidade, mas elas não compartilham essa informação. Uma das coisas que a gente está propondo aqui em um projeto em conjunto com o Banco Mundial é que a gente integre isto nos hospitais, mas primeiro é preciso implantar um sistema de custos nos hospitais que nós não temos. (E23 – Categoria Governo)

Acho que teria que ser um órgão à parte que fosse totalmente isento de qualquer interesse do lado A ou B. Eu acho que tinha que ter alguma coisa governamental, não sei se uma agência reguladora, não sei se a ANS não sei o nome, mas alguma coisa que fosse governamental (E27 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

Vejo essa condição como sendo algo governamental. Não vejo outra possibilidade que não seja alguém que possa, digamos assim, ter a amplitude maior para poder analisar esses dados (E5 – Categoria Prestador – Médico ligado a clínica independente)

A meu ver, em um cenário ideal, nós deveríamos ter uma Agência Nacional que fizesse essa integração e que fosse o norteador de um programa, digamos assim, nacional, de poder orientar em que sentido a saúde do país deve andar. Isso é um cenário ideal que eu não acredito que aconteça dentro dos próximos anos, no Brasil. Diante disso, eu acho que essa responsabilidade acaba caindo sobre as operadoras de saúde. Pois as operadoras de saúde são o ponto central... (E4 – Categoria Operadora Cooperativa)

Fazemos [integração]. Criamos um modelo de algoritmo de grupamentos nos casos em que a gente está olhando taxas de reinternação, taxa de complicação dentro do próprio quadro e o custo final. Com isso, a gente olhando prestadores diferentes. Isso está nos ajudando, inclusive, no direcionamento, pensar novos produtos com redes mais eficientes, em cima dessa análise de dados. Da eficiência financeira junto com o resultado assistencial. De novo, é um desafio (E19 – Categoria Operadora Seguradora)

4.2.14. Fatores de sucesso para a implantação

A percepção referente aos fatores de sucesso para a implantação do modelo do VBHC pelos *stakeholders* considerados neste trabalho aplicado mostrou-se coerente com a teoria do VBHC e com os identificados por Kash (2014), como fatores de sucesso principais para mudanças estratégicas na saúde, de acordo com a perspectiva de administradores de saúde nos E.U.A. Entre eles, os principais são: cultura e valores; processos estruturais e negociais; e pessoas e engajamento. Em suma, os achados refletem a complexidade da implantação de um modelo baseado em valor na saúde.

...acho que as fontes pagadoras em geral, tanto as públicas quanto as privadas, poderiam ir criando incentivos para o pagamento atrelado a indicadores, e à mensuração desfechos (E8 – Categoria Governo)

...no Ministério da Saúde foram criadas algumas redes de assistência tendo como premissa linha os cuidados. Elas foram parcialmente implantadas, mas o que falhou nesse modelo foi exatamente o sistema de comunicação entre os diversos agentes (E23 – Categoria Governo)

Eu acho que o primeiro fator, talvez a primeira coisa que tem a maior valor na implantação do cuidado baseada em valor, é a clareza das intenções (E1 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

A existência de uma relação de confiança (E16 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

...ter critérios muito claros que são reproduzíveis em outras unidades (E17 – Categoria Prestador Médico ligado a grupo hospitalar)

...primeiro fator: o envolvimento de todos os níveis do setor e de toda a cadeia para mudança. Isso é fundamental... O segundo fator é o engajamento e envolvimento do principal beneficiário do sistema que é o paciente e não o deixar à margem dessas mudanças. O terceiro, que é um fator relevante, é a qualidade do dado e a forma como esse dado vai ser capturado e trabalhado (E11 – Categoria Operadora Autogestão)

...acho que é a gente colocar um incentivo no lugar certo e fazer com que as necessidades do paciente sejam as principais, e não as outras necessidades de toda essa cadeia que tem muitos players (E21 – Categoria Operadora Seguradora)

Transparência. A transparência dos agentes, dos stakeholders do negócio é algo que seria a base para isso (E15 – Categoria Operadora Autogestão)

4.2.15. Uniformidade de objetivos

Porter (2010) coloca que a saúde baseada em valor deve ser sempre definida enfatizando o paciente, e o faz (2006) por meio dos princípios da competição baseada em valor: o foco deve ser o valor para os pacientes, a competição deve ser baseada em resultados e deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de cuidado. Por final, Porter (2006 p.321) conclui que o sistema de saúde deve estar alinhado em torno de sua finalidade básica, a

saúde do paciente. Neste sentido, seria esperado que, como condição para atingir o objetivo do VBHC, os *stakeholders* da cadeia de saúde possuísem o mesmo objetivo. Esta uniformidade de objetivo não é reconhecida como existente pelo corpo dos entrevistados no trabalho.

Não. E eu acho difícil que a gente consiga atingir esse alinhamento. Infelizmente, isso vai se dar de forma de *top-down* (E6 – Categoria Governo)

Não. A saúde ela é, por definição, um mercado de dissenso. O paciente quer ter o máximo de cuidado pelo mínimo de custo; o prestador quer ter o cliente certo, que dê a ele a possibilidade de aferir o maior ganho possível no tratamento daquele paciente; e a operadora de plano de saúde quer ter a carteira de clientes mais saudável possível, e pagar o mínimo possível pelos procedimentos feitos nessa carteira. A questão da saúde pública é uma outra conversa porque a saúde pública se prende a questões mais complexas de saúde (E8 – Categoria Governo)

Eu não consigo enxergar ainda, nas operadoras de saúde, mesmo no próprio SUS essa visão do cuidado voltado para o valor, ou seja, voltado para o paciente e entregando o valor que ele precisa. Isso é uma coisa que, realmente, me intriga um pouco porque todo mundo defende, é uma visão que é defendida por todos (E1 – Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Não. Ainda não. Eu acho que, infelizmente, o grande objetivo tinha que ser o desfecho, o custo efetividade: o paciente estar bem, sair com seu problema resolvido, com a sua qualidade de vida preservada dentro do melhor possível no quadro dele e tendo tido o melhor custo final para toda a cadeia e que todo mundo pudesse pagar um valor justo. Mas eu acho que nesse momento, ainda não existe o mesmo interesse de todos. Infelizmente não. (E27 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

Não. É normal em uma economia aberta, capitalista que você tenha visões, estratégias, interesse completamente diferente (E3 – Categoria Industria)

Não, todos têm uma visão diferente e um interesse diferente. No momento que você conseguir colocar todos esses interesses em prol do paciente e da melhor experiência do paciente direitos, você consegue o VBHC (E13 – Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Eu acho que ainda não. Eu acho que isso é uma cultura que a gente vai ter que implementar ... os interesses não são os mesmos; eles ainda não estão alinhados (E21 – Categoria Operadora Seguradora)

4.2.16. Modelo de pagamento e impacto na implantação

Porter (2010, appendix 1) é assertivo ao afirmar que os princípios do VBHC trazem profundas implicações ao modelo de pagamento e de custeio, condicionando-o ao alinhamento à unidade de valor, ao período que compreende todo o ciclo de cuidado e ao pagamento de todo o serviço necessário para este cuidado. A literatura do VBHC sobre pagamento estabelece que provedores obtêm maiores receitas e lucros entregando mais serviços para mais pessoas, ou

seja, aumentando o volume, sem que ocorra correspondente melhoria nos resultados. Além disto, os sistemas de pagamento baseados em volume penalizariam financeiramente os prestadores eficazes em manter as pessoas saudáveis, e eficientes em fazê-lo reduzindo erros, complicações e cuidados desnecessários. Apesar de apontar os problemas e causas, o modelo do VBHC não apresenta uma solução. A complexidade envolvida na mudança do modelo de pagamento no cenário fragmentado de múltiplos pagadores e múltiplos prestadores, somada à inexistência de modelos estabelecidos, torna desafiadora a procura por um caminho. A percepção dos entrevistados reflete esta complexidade.

Eu começaria pelo modelo de pagamento. Eu acho que se você não tiver esse incentivo, eu acho que é ponto de partida (E6 – Categoria Governo)

Você implantar um modelo baseado em valor sem ter *outcome* mensurado; sem ter indicador estabelecido, para mim não faz muito sentido. Você tem formas de remuneração que são mais razoáveis do que o *fee for service*, independentemente de você remunerar por valor (E8 – Categoria Governo)

O certo é ter o modelo de valor liquidado baseado em valor e depois partir para o modelo de pagamento. (E24 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

Eu acho que, primeiro você tem que mudar a cultura, mudar o sistema e depois chegar em um pagamento. Acho que ele é o final de tudo (E27 – Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

Eu acho que tem que fazer as coisas aos poucos. Porque vai se mudar o modelo de pagamento do dia para o outro. O *fee for service* vai continuar existindo muito tempo. Ele vai, inclusive, conviver com outros modelos. Da mesma maneira, ficar esperando o formato do utópico para depois adotar ferramentas, também, inviável (E27 – Categoria Prestador Médico ligado a grupo hospitalar)

Eu acho que primeiro precisava implantar [o VBHC], medir, para depois mudar o pagamento (E28 – Categoria Prestador Médico ligado a instituição pública)

Eu não vejo que tenha que mudar todo o sistema de pagamento para poder botar VBHC. Senão a gente nunca vai conseguir colocar nada (E9 – Categoria Operadora Administradora de benefício)

...não é simplesmente rodar um sistema de remuneração baseado em valor, é a cadeia que tem que funcionar sobre essa lógica, então exige muito mais do que simplesmente fechar contratos. É uma mudança de pensamento, é uma mudança de forma de ver o sistema de saúde. (E11 Categoria Operadora Autogestão)

Primeiro implantar um modelo, depois você modifica o pagamento. (E14 Categoria Operadora Medicina de Grupo)

Eu não consigo ver uma coisa dissociada da outra (E22 Categoria Operadora Medicina de Grupo)

Eu não acredito que a gente vai conseguir fazer uma mudança de modelo para um *Value Based* sem mudar o pagamento ... *Fee for service* é igual droga, altamente viciante (E19 Categoria Operadora Seguradora)

A minha resposta, num mundo ideal, seria fazer a mudança pro valor e isso acompanhar-se de uma mudança de pagamento. No mundo real, realidade nossa hoje, é impossível conseguir fazer esta transição sem incentivar financeiramente alguns elos dessa cadeia. O que a gente está fazendo é trocar pneu com carro andando; a gente vai ter que fazer isso entrar de um jeito ou de outro. A realidade das operadoras é essa (E21 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.17. Simetria do Conhecimento

O conhecimento referente aos aspectos fundamentais sobre o conceito de valor em saúde e VBHC entre os médicos de um hospital privado sem fins lucrativos no estado de São Paulo, Brasil, foi avaliado em estudo (MAKDISSE, 2020). Ele mostrou que o conhecimento sobre o tema é heterogêneo e que suas opiniões estão sujeitas a vieses influenciados pela instituição.

Geraldo (2019) analisou a concepção de saúde baseada em valor para os gestores da saúde suplementar no Brasil nos segmentos associação, hospital, operadora e agência reguladora, e encontrou um alinhamento e entendimento sobre a teoria de valor em saúde. Porém, no presente trabalho, a percepção dos *stakeholders* entrevistados não reconhece a presença de simetria no conhecimento sobre saúde baseada em valor, encontrando-se mais alinhada aos achados do estudo de Makdisse, mostrando a heterogeneidade de entendimento do setor.

O conhecimento sobre o VBHC também foi identificado como baixo em pesquisa com mais de 3.000 estudantes de medicina das diversas regiões do Brasil, onde apenas 14% dos estudantes declaram estarem familiarizados com os conceitos do VBHC (GUSHKEN, 2020).

O presente trabalho identificou a percepção pelos *stakeholders* entrevistados da existência de uma assimetria de conhecimento referente ao VBHC na cadeia de saúde.

Claro que não. Primeiro que esse é um conceito recente (E8 Categoria Governo)

Eu acho que a gente está nivelando esse conhecimento das prestadoras de serviço e de operadoras. Acho que está todo mundo tentando aprender e buscar, mas o paciente ainda não sabe o que é isto não. (E2 Categoria Prestadores Hospitais/Clínicas)

De jeito nenhum. Tem gente que não faz ideia do que seja e não quer saber. (E24 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

... eu acho que não. Eu acho que é uma coisa muito nova. (E3 Categoria Industria)

Existe uma assimetria, sem dúvida nenhuma. O que é pior, existe uma ignorância secundária. Os caras nem sabem quem não sabe... e mais assustador do que não conhecer o assunto, é achar que sabe (E17 Categoria Prestador Médico ligado a grupo hospitalar)

De forma alguma. Muitas pessoas não fazem a menor ideia do que o que é isso (E4 Categoria Operadora Cooperativa)

...ela é bem baixo ainda. Ainda está muito no início a discussão. Muita gente fala, mas não entende muito bem o que está sendo discutido (E31 Categoria Operadora Medicina de Grupo)

Não, não acho que ainda nós estamos no princípio desse conhecimento...nós estamos falando de uma grande massa de prestadores no país que não tem a mínima ideia do que seja VBHC. (E22 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.18. Cultura Organizacional

As organizações de saúde têm como característica serem estruturas complexas, onde a cultura organizacional apresenta relação direta com a performance. O VBHC tem como foco a mudança do foco em gestão para a centralidade no paciente, o que representa uma alteração no entendimento de atenção à saúde e no modo de organização e atuação das organizações.

Na cultura do VBHC, conforme proposto por Porter (2006), o pagamento deverá ser feito pela qualidade do serviço prestado conforme percebida pelo paciente e não mais baseado no volume e no tipo do procedimento, características do pagamento por serviço. Porém, a maioria dos modelos de negócios das organizações de saúde atuais depende de receitas por serviço prestado, onde reduzir o volume, e aumentar o valor, poderia reduzir a rentabilidade no curto prazo (KAIZER, 2015).

Desta forma, a mudança para o modelo proposto pelo VBHC passa por uma mudança na cultura organizacional das organizações de saúde. Silva & Malik (2019) colocam que o modelo do VBHC pressupõe uma mudança cultural organizacional que está longe de ser realidade. A percepção dos entrevistados neste trabalho confirma a ausência de uma cultura organizacional voltada ao VBHC implantada nas organizações de saúde analisadas.

...falta uma cultura, vamos chamar assim, sistêmica e organizacional voltada para valor e para linha de cuidado voltada para valor, tanto na rede suplementar quanto na rede pública... (E23 Categoria Governo)

Eu acho que ainda não. Eu acho que essa cultura ... está fragmentada ainda na cabeça das pessoas. (E1 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Eu acho que ainda não, eu acho que nós estamos longe disso ainda (E10 Categoria Médico ligado a instituição pública)

Não. Infelizmente, ainda não. Acho que esse é um processo necessário, mas na prática não há. Cada um fazendo a sua parte, sem uma integração (E4 Categoria Operadora Cooperativa)

Cultura organizacional, não, ainda não, não, não tem. Isto está em construção também. Tem. é por isso que a própria ICHOM oferece isso. A Empresa X quer fazer, maravilha. Vem um exército de lá e faz uma sequência de educação continuada. Isso precisa ser aculturado porque é outro business, é outro modelo de negócio, então não é cultural ainda não. Pelo menos empresa grande, é uma briga sem fim. Então, então é uma fase de transição (E31 Categoria Medicina de Grupo)

Eu acho que a gente está em implantação... em termos institucionais, eu acho que a instituição, o discurso institucional e a equipe técnica, estão sendo moldados para a gente trabalhar nessa lógica (E19 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.19. Regulamentação

Porter (2006 p.323) coloca que o governo possui papel fundamental na implantação do VBHC, sendo o responsável pela instalação de regras que tornarão viável a competição baseada em valor. Caberá a ele, governo, assegurar que a competição por valor se instale, supervisionar seu desenvolvimento e decretar a obrigatoriedade de emissão de relatórios, definir regras de precificação e provocar a aceleração no âmbito da tecnologia da informação. Mais ainda, considerando o modelo estadunidense, cabe ao governo assegurar o acesso à todos os indivíduos a algum tipo de seguro-saúde, como o *accountable care act*, com normas de cobertura mínima.

A percepção dos *stakeholders* entrevistados não é uniforme, mas se apresenta direcionada à não obrigatoriedade, ou mesmo à não necessidade, de regulação por parte do Estado para que a migração para o modelo do VBHC ocorra e tenha sucesso. Tal observação é diametralmente oposta a proposta por Porter, que considera o papel do Estado fundamental nos E.U.A., caracterizado por programas públicos (Medicare e Medicaid) e pelos seguros de saúde privados.

Em sistemas de saúde universais, como o brasileiro, existe uma forma explícita e legalmente exigida de compromisso em cobrir as necessidades de toda a população dentro de um prazo definido e finito de despesas. Nestes, o papel do Estado já se encontra estabelecido, seja em melhorar a qualidade e segurança dos serviços, seja em maximizar o valor para os indivíduos e a população. A diferença na ênfase do papel do Estado encontrada na pesquisa pode, talvez, ser atribuída às diferenças dos sistemas de saúde entre os países, Brasil e E.U.A.

...acho que a agência [ANS] não deveria regular. Não seria uma micro regulação, seria fomento de uma macro regulação, criar as regras, mas deixar que cada um possa estabelecer a relação que achar mais pertinente (E6 Categoria Governo)

Não. Incentivo. Se você tivesse uma sociedade um pouco mais preocupada com o que acontece no mercado, era razoável quem concentra 60-70% dos pagamentos feitos ao mercado criasse os incentivos para que o mercado se tornasse mais eficiente (E8 Categoria Governo)

Não. A regulamentação mais seria a analogia entre os programas de qualidade, seus padrões de referência. Acho que não é uma atividade regulada. (E16 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Eu acho que a Agência Nacional de Saúde. Eu acho que tem que ser o misto de Ministério da Saúde com a Agência Nacional de Saúde, porque daí você estaria abrangendo fontes pagadoras, prestadores de serviços. Eu acho que na saúde suplementar tem que ser desta maneira. Na saúde pública a coisa é muito mais complexa. Mas na saúde suplementar, sim. (E24 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Eu espero que não. Aliás, eu discordo se tiver que ser por canetada no sentido vertical; eu não acredito que isso aí vai funcionar. Eu acredito que cada instituição ou grupo de instituições vá conseguir, de alguma maneira, implantar essa cultura baseada em valor...então eu acredito que talvez não seja necessário legislar a respeito (E28 Categoria Médico ligado a instituição pública)

para a mudança seja ela qual for nós precisaríamos ter um agente com força e com poder político para essa transformação. Um agente com poder eu faria até uma menção ao Ministério da Saúde, o protagonismo, para mim, da Agência Nacional de Saúde (E11 Categoria Operadora Autogestão)

Eu espero que não. Eu acho que as interferências regulatórias, às vezes, são necessárias quando a coisa não anda de maneira natural. Ela pode, eventualmente, ser necessária, mas nunca acho que esse é o caminho ideal (E4 Categoria Operadora Cooperativa)

... acredito que não vai ser a lei que vai fazer o negócio funcionar. Eu acho que não é o caminho (E14 Categoria Operadora Medicina de Grupo)

Bom, não sei se regulamentação. A gente tem hoje já algumas coisas da agência reguladora, que eu acho que explicitam um direcionamento ou norte no sentido de que isso é uma discussão que eles querem ter, isso é algo que precisa ser feito; a gente precisa caminhar nesse sentido. Mas eu tenho um receio; eu tenho alguma resistência no sentido quando a gente fala sobre órgão regulador (E21 Categoria Operadora Seguradora)

Minha veia liberal sempre acha que quanto menos Estado melhor.. Eu gostaria muito que se autorregulasse. Mas entre o meu desejo, a minha opinião, e a realidade, infelizmente, há um caminho longo. Então talvez se faça sim necessário. E aí talvez a palavra não seja regular, mas algum tipo de estímulo dado por alguma entidade reguladora. No caso aqui talvez nós estejamos falando da ANS, por parte das operadoras, mas precisa alguém estimulando o prestador. Porque hoje existe também além de uma assimetria de conhecimento, uma assimetria de pressão porque as operadoras são pressionadas pela agência que regula, mas os hospitais não sofrem nenhuma pressão sobre esse aspecto (E22 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.20. Adequação da Tecnologia da Informação

A tecnologia de informação (TI), segundo Porter (2006, p.180), auxiliará a transformar o processo de prestação de serviços na saúde por meio da coleta, compilação, análise e utilização das informações ao longo do tempo, auxiliando a adequação das necessidades

estratégicas e operacionais do processo. Ele conclui que, apesar de não ser um fim em si mesma, a TI é fundamental no processo.

O uso da tecnologia da informação na saúde compreende um leque de tecnologias voltadas ao armazenamento, compartilhamento e análise da informação, sendo capaz de influenciar a qualidade e a *performance* do prestador, com consequente impacto positivo nos desfechos de saúde (KRUSE, 2018).

As entrevistas realizadas neste trabalho mostram que a percepção dos *stakeholders* é de que a tecnologia de informação voltada à saúde no Brasil é falha, desintegrada e incapaz de proporcionar os resultados esperados, conforme descritos por Porter.

...talvez, seja o nosso ponto frágil hoje, a falta de cultura de coleta adequada de dados, de geração de informação. Eu acho que interoperabilidade é a palavra chave em sistema de informação. É essa interoperabilidade que vai fazer a diferença.. (E6 Categoria Governo)

você precisa de um sistema de informações bastante poderoso para gerenciar. Infelizmente, a gente não tem um grau de incorporação tecnológica nessa área de Sistemas de Informação que propicie isso pra todos os agentes. No sistema de saúde público, por exemplo, a gente não tem (E23 Categoria Governo)

Esse é um outro desafio imenso. Primeiro, existem vários sistemas de informação, eles não estão integrados entre si, a grande maioria deles a gente não consegue ter informação dos pacientes de maneira sistêmica, não estamos preparados (E20 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Eu acho que não é integrado, eu acho que não é claro. Os sistemas não se falam: um tem o SAP, outro tem o Oracle, outro tem o... planilha de Excel (E3 Categoria Industria)

Não são, de maneira nenhuma. Nenhum dos grandes sistemas de prontuários que existem comercialmente disponíveis objetivam coletar esses dados. Eles são bons para simplesmente receber os dados, o problema é "*output*" depois; você não consegue pegar isso e coletar (E28 Categoria Médico ligado a instituição pública)

Então, volta, eu acho que nós geramos muitos dados. Acho que temos muitos dados desestruturados (E26 Categoria Medicina de Grupo)

Não, estamos longe disso. Todo o arsenal disponível das grandes empresas de peso, desde prontuários até sistemas operacionais que a gente usa dentro da operadora, eles não estão prontos para isso; eles não foram feitos para isso. Eles não têm módulos que avaliam a assistência. É um pagador de contas; ele está apto a receber cobrança (E21 Categoria Operadora Seguradora).

4.2.21. Experiência do paciente e avaliação

Em vista do aumento progressivo dos custos de saúde, existe um entendimento entre os *stakeholders* do sistema de que questões de custo devem ser abordadas e a discussão sobre

valor vem ganhando presença neste ambiente. Quando considerado o universo dos pacientes, onde o significado de valor é individualizado e mutável durante o curso temporal da doença, o estágio de vida e as características individuais de cada paciente, torna-se complexa a tentativa de uniformização do conceito de valor (UBEL, 2010).

A proposta do cuidado centrado no paciente, ponto central da teoria do VBHC, mudou a avaliação da experiência do paciente de um cenário onde é puramente avaliada a satisfação do paciente, para um cenário de envolvimento ativo do paciente com a jornada de cuidado e as tomadas de decisões necessárias durante este percurso. Para Schiesari (2017), um modelo centrado no paciente tem por pressuposto a participação deste no processo de decisão clínica.

A utilização de PROMs (medidas de resultado reportadas pelo paciente), nas quais são avaliadas as percepções dos pacientes relacionados à saúde, *status* funcional, e qualidade de vida em relação à saúde; e a utilização de PREMs (medidas de experiência reportadas pelo paciente), onde o foco se encontra em aspectos da humanização do cuidado, estão entre os principais alicerces para avaliação e mensuração de valor (BLACK, 2013).

O presente trabalho procurou analisar esta mudança de conceito no que se refere ao significado de experiência do paciente e como sua mensuração era percebida pelos *stakeholders* entrevistados. Ficou evidenciado que o conceito de experiência do paciente não se encontra sedimentado. Predominam, ainda, avaliações dentro do conceito de satisfação no consumo de um produto ou serviço como “utilidade” (CROW, 2013), utilizando a ferramenta do *Net Promoter Score* ou adaptações.

Olha, eu acho que algumas unidades, em algumas unidades a gente têm visto uma ênfase na avaliação da experiência do paciente. Eu tenho um monte de críticas ao NPS (E23 Categoria Governo)

Mas muito mais do que palavra bonita que está na moda, experiência do paciente é isso, é ele sair com o problema de saúde dele resolvido ou encaminhado pelo menos e com a melhor impressão possível do conjunto de coisas que o fizeram chegar até mim. (E27 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

...na minha instituição é muito avaliada a experiência do consumidor, eu não lido com pacientes, eu lido com consumidor. (E3 Categoria Indústria)

A gente começou com a NPS, que é muito básico. Mas nós estamos, assim, tentando aumentar esse raio de ação, de como medir a experiência (E13 Categoria Prestador ligado a clinica independente)

Para responder essa pergunta é importante a gente saber o que é que o paciente espera a hora que ele vai entrar e para ser tratado. Quando vão falar que a experiência do paciente é boa, eu não sei... o que é que ele estava querendo na hora que ele chegou? (E28 Categoria Prestador Médico ligado a instituição pública)

Olha, a gente tenta olhar a um nível mais micro de detalhes em diversas áreas: hotelaria, enfermagem, médico e procedimento, para que sirva como um mecanismo

de melhoria contínua...como um mecanismo de correção de processo (E16 – Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

4.2.22. Apropriação do VBHC

Conforme Pedroso & Malik (2011), a cadeia de valor da saúde proposta por Porter & Teisberg é apresentada por meio de atividades e moldada em contexto diferente do contexto do sistema de saúde brasileiro, em particular, pela universalidade representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A formulação do modelo do VBHC, dentro da lógica de estratégia competitiva, e o modelo de saúde estadunidense, baseado no seguro privado continuamente citado por Porter & Teisberg (2006), induz a visualização da aplicação do modelo do VBHC apenas no segmento suplementar do mercado de saúde brasileiro. Tal enfoque é reforçado pelas publicações sobre o tema focarem, de preferência, cenários do sistema suplementar no País, exceto pela dissertação de Silva (2018) que analisou a implantação de uma unidade de prática integrada em um hospital universitário brasileiro.

A abrangência geográfica e a gigantesca infra-estrutura do SUS, somada à ampla rede de atendimento, composta por entidades contratadas, conveniadas e rede própria, de características diversas e heterogêneas, tornam o sistema público um ambiente promissor para a implantação de aspectos do modelo do VBHC no país.

A percepção dos entrevistados mostra que a apropriação do modelo do VBHC deva ocorrer em ambos ambientes, SUS e suplementar, condizente com o descrito por Porter (2006), que não exclui o pagador governamental do modelo. Os entrevistados também entendem que o setor público e a saúde suplementar constituem um único sistema de saúde, o SUS.

Deveria ser da saúde como um tudo. Eu acho que a grande questão; a grande diferença da saúde pública e privada, do meu ponto de vista, é que, primeiro que a saúde privada está sob a égide da saúde pública constitucionalmente (E8 Categoria Governo)

É o tema da saúde como geral, da saúde inteira. Eu acho que a gente não pode separar, segregar a saúde pública e saúde suplementar (E1 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Eu acho que de ambos. De ambos. A gente também tem que ter isso também no SUS...na verdade a saúde suplementar, ela é um pedacinho da saúde toda. Então, a gente precisa realmente que o conceito seja aplicado de maneira constitucional (E14 Categoria Operadora Medicina de Grupo)

4.2.23. Uso Presente de Modalidade de Pagamento

Ao discutir pagamento no modelo do VBHC, Porter coloca que “a única maneira eficaz de se abordar o valor na assistência à saúde é recompensando os fins, ou resultados no lugar dos meios e os passos dos processos” (PORTER, 2006, p.90). No modelo corrente de pagamento aplicado pelo mercado, o pagamento por serviço (FFS), os prestadores são reembolsados retroativamente, não havendo relação condicional à qualidade do serviço prestado (desfecho), o que acaba por estimular a aferição do volume e não do valor do cuidado prestado, conforme proposto pelo VBHC. Na tentativa de mudar da lógica de pagamento por volume para o pagamento por valor, vários modelos têm sido aplicados, como o pagamento por *performance*, pagamentos por *bundle/episódio*, *capitation*, *DRG – Diagnosis Related Groups* e Orçamento Global. Cabe ressaltar, que as modalidades de pagamento por valor são construídas tendo por perspectiva o pagador e elaboradas dentro de uma lógica financeira, que não considerada a experiência ou o valor para o paciente, perspectivas do VBHC.

Os entrevistados mostram familiaridade e experiência com as modalidades de pagamento por valor, porém não expressam correlações ou considerações destas modalidades com o VBHC e a questão do valor para o paciente.

A gente já tem estabelecido contratualmente com operadoras de saúde um modelo de Bundle que considera a linha assistencial do paciente oncológico e que eu acho que é um movimento importante para que, no futuro, a gente possa fazer, talvez, uma transposição da remuneração, que hoje ocorre dentro do nosso cenário baseado ainda em materiais e medicamentos, para um modelo onde você seja adequadamente remunerado pela essência do que você deveria realizar que é a assistência (E7 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

a gente já tem alguma coisa de diária global (E27 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Pacotes, esses sim... O primeiro que você falou, Orçamento Global (E29 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Sim, ainda de maneira bastante tímida, com KPIs ainda tímidos, a gente tem alguma coisa de bundle e alguma coisa de risco compartilhado. Mas se você for ver de todo o sinistro da companhia, isso ainda não deve representar nem dois por cento (E14 Categoria Operadora Medicina de Grupo)

A gente já tem bundle, a gente tem pacotes; a gente tem modelos de diária global com hospitais; orçamentação global a gente não tem ainda, está em processo de confecção, e a gente tem captation. Então, a gente já tá conseguindo fazer algumas iniciativas, mas elas ainda não representam o tanto do sinistro que circula que a gente gostaria (E21 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.24. Análise consolidada de resultados assistenciais e financeiros

Na saúde, qualidade e custos necessitam estar alinhados. Uma das maneiras de avaliação deste alinhamento pode ser por meio do método de avaliação econômica da saúde. Gonçalo & Borges (2010) colocam que as organizações de saúde são caracterizadas como organizações intensivas em conhecimento, utilizando-o como recurso estratégico.

Considerando-se que para a implantação dentro do modelo proposto pela teoria do VBHC é imprescindível a correlação e análise de dados e indicadores de processos assistenciais e financeiros, procurou-se analisar a percepção dos *stakeholders* entrevistados no tocante às capacidades e uso de seus dados para produção de informação como ferramental para a cocriação de valor entre os atores envolvidos na cadeia de saúde, uma das características do modelo do VBHC. A percepção como ferramental encontra-se presente, porém sua utilização é, ainda, superficial e relacionada a aspectos econômico-financeiros.

Veja, nós temos olhado no sentido das incorporações de tratamentos combinados, como radioterapia e o que a gente pode fazer do ponto de vista de custeio. Nossos centros de custos têm funcionado bem (E1 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Estamos desenvolvendo uma linha de cuidado em câncer de mama. Então, a gente está vendo o impacto disso, dos diagnósticos precoces. Em relação ao custo. O custo imediato de tratamento. E a custo efetividade, o valor que isso vai proporcionar ao paciente (E13 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas)

Então, a gente tem uma área dentro da empresa que cuida desta avaliação, e a gente acompanha esses dados, esses principais [ofensores], como que está o comportamento e obviamente, atrelado a isso, o comportamento financeiro e aos indicadores clínicos; os indicadores assistenciais (E21 Categoria Operadora Seguradora)

4.2.25. Responsabilidade do setor do *stakeholder* perante o modelo de VBHC

Segundo Porter (2006, p.275) o governo possui responsabilidades e fundamental influência na implantação do VBHC, entre elas, a formulação de políticas de saúde relacionadas ao tema e a garantia ao acesso à saúde, como explicitado nesta pesquisa.

...acho que é fundamental. um policy maker. Primeiro, qual é o, qual é a grande contribuição? É você realmente identificar os gargalos do sistema (E6 Categoria Governo)

Os planos de saúde teriam responsabilidade, em especial, por maximizar o valor nos serviços (Porter, p.207) e na reestruturação do relacionamento e processos entre operadoras de saúde, prestadores e pacientes. As entrevistas mostram alinhamento de percepção com o tema.

eu acho que o nosso papel fundamental é estimular a cadeia; é dar condições para toda a cadeia, para que ela possa ir, com o tempo, mudando todos esses pontos que a gente falou aqui (*E21 Categoria Operadora Seguradora*)

Fornecedores, como a indústria farmacêutica, teriam o papel de facilitar e apoiar a mudança estratégica para um cuidado baseado em valor, adicionando valor à sua prestação de serviços, algo também identificado no discurso de um dos entrevistados do setor

...nossa grande responsabilidade é trazer para mesa o custo das inovações, ter a transparência disso, quanto é que realmente isso custa e avaliar uma forma da gente contribuir para de um lado a evolução dos tratamentos, da medicina e do outro lado também abrir mão de algo... ou doar, no caso, também recursos financeiros para que a gente possa equilibrar melhor esse setor (*E3 Categoria Industria*)

Prestadores teriam responsabilidades múltiplas, desde mudanças organizacionais e estruturais, até a modificações de cultura, estrutura de negócios e comportamentais. A percepção destas necessidades foi, também, identificada nos representantes do setor entrevistados.

eu acho que a nossa responsabilidade está em unir estes dois mundos: a melhor experiência do paciente e mais racionalidade e previsibilidade para quem paga a conta (*E7 Categoria Prestador Hospitais/Clínicas*)

..acho que as instituições têm um papel importante de provocar a discussão, de induzir a mudança, de buscar ou nos reunirmos em associações e entidades para que a gente possa sensibilizar os tomadores de para que essas mudanças aconteçam e possamos implementa-las de maneira sistemática, trazendo benefícios ao usuário final, e ao o sistema como um todo (*E20 Categoria Prestados Hospitais/Clínicas*)

Trabalhando em um hospital universitário a gente quer começar a ensinar que isso existe. Isso tem que ser ensinado algo em algum momento e os hospitais universitários certamente têm que fazer parte aí nesse desse processo. (*E28 Categoria Prestador Médico ligado a instituição de ensino*)

5. CONCLUSÃO

Melhorar a qualidade do cuidado reduzindo o custo do processo tornou-se a tônica do sistema de saúde atual. O modelo do VBHC se propõe a reorganizar o cuidado à saúde por meio da centralização do cuidado ao redor e direcionado ao valor para o paciente, sendo valor interpretado como desfechos relevantes ao paciente considerados os custos incorridos para alcançá-lo. A ferramenta proposta pelo método seria a mensuração sistemática de resultados (desfechos) e custos, utilizando do suporte de benchmarking e reporte dos desfechos.

Desde sua publicação em 2006 por Porter & Teisberg, “*Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*” recebeu adjetivos como inovador, revolucionário e disruptivo. Passados quase vinte anos, o conceito abordado no livro, saúde baseada em valor, é discutido globalmente e foi adjetivado pelo autor, em 2013, como a estratégia que “consertaria” a saúde, merecendo mais de 24.000 artigos sobre o tema desde 2006, segundo pesquisa realizada no PubMed, principal ferramenta de pesquisa de artigos científicos na área de saúde, utilizando-se como descritor *value-based health care*.

Porter coloca o VBHC dentro dos modelos de estratégia competitiva, porém, em nenhuma de suas publicações, compara a estratégia do VBHC com outras estratégias da área. No presente TA são estudados o modelo de desfecho de Fries, o qual é semelhante ao modelo de três camadas de Porter, e a estrutura de custo-efetividade, também semelhante à equação porteriana proposta no VBHC.

Diferentemente dos E.U.A, os modelos de saúde europeus caracterizam-se pela assistência à saúde por meio do seguro social do tipo bismarckiano, financiado por meio de base contribuições sociais obrigatórias de empregados e empregadores, ou pelo modelo beveridgiano, de acesso universal financiado primariamente por benefícios fiscais. Assim como a Europa, o Brasil, com seu sistema de saúde universal, apresenta dificuldades no gerenciamento e coordenação do sistema de saúde. Neste sentido, o modelo do VBHC, construído e balizado nos métodos estadunidenses de administração, privilegiando o micro gerenciamento, pode representar uma opção de melhoria. Reino Unido, Alemanha, Suécia e Holanda já incluíram aspectos do VBHC, em especial, no que se refere a custo-efetividade e modelos de pagamento. Em outros países, como França, Itália e Espanha, a implantação do modelo é fragmentada e coordenado por instituições isoladas. (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2016).

Independentemente de considerarmos o modelo do VBHC como uma inovação disruptiva, pseudoinovação ou inovação incremental, discussão que não faz parte do escopo deste trabalho, o presente trabalho mostra que a implantação do modelo do VBHC, conforme proposto por Porter (2006), demandará mudanças culturais e organizacionais nos diversos *stakeholders* e níveis da cadeia de saúde.

Na teoria da Difusão de Inovações, Everett Rogers (2003) considera que os atributos de uma inovação sejam determinantes para sua adoção, sendo os determinantes: a vantagem relativa, a compatibilidade, a simplicidade, a observabilidade e a experimentabilidade. Seguindo a estruturação proposta pelo autor, a adoção e implantação de uma inovação se desenvolveria em fases/processos. Iniciando-se pela produção de Conhecimento, onde o indivíduo é exposto a um fluxo que se iniciaria no Conhecimento, passando pela Persuasão, onde os atributos mencionados acima seriam determinantes e, ao final, chegando à fase de Decisão, onde a inovação seria adotada e descartada. Diversos fatores afetariam a transição de um estágio a outro, como: a) características do contexto sociopolítico, aqui incluídas legislações e características do paciente; b) características da organização, incluindo os processos de tomada de decisão; c) características do usuário da inovação, que inclui prestadores, fontes pagadoras (pública ou privada) e usuários-paciente; e d) características intrínsecas da inovação, como complexidade e vantagem relativa (FLEUREN, 2004). Ao final, para que a Adoção ocorra, deve estar claro para os envolvidos que a inovação em questão seja a melhor opção disponível para se seguir em frente.

Este trabalho procurou identificar e analisar a percepção global dos *stakeholders* da cadeia de saúde do Brasil referente aos conceitos, premissas e determinantes principais da teoria do VBHC, procurando trazer achados nos discursos que ajudassem a compreender o grau de conhecimento sobre a teoria do VBHC, a ocorrência, ou não, de sua utilização no Brasil, assim como sua forma.

As entrevistas realizadas neste trabalho aplicado mostraram a presença de um conhecimento superficial da teoria do VBHC e de suas implicações para o sistema de saúde por parte dos entrevistados. Francisquini (2020) já havia identificado em trabalho sobre as limitações para a implantação de modelo de remuneração baseado em valor no Brasil, a presença de fragilidades no conhecimento do conceito do modelo por parte de seus entrevistados, onde estes destacavam a falta de conhecimento dos profissionais da área da saúde como um impeditivo para a implantação do modelo. As entrevistas realizadas neste presente trabalho aplicado evidenciaram, também, a presença de equívocos conceituais nos discursos de diferentes *stakeholders*.

A importância da utilização de métricas para a avaliação do cuidado, uma das principais premissas da teoria do VBHC, foi identificada de forma unânime no universo entrevistado, condizente com uma das estratégias propostas por Porter (2009), que coloca a mensuração de resultados em saúde como uma força direcionadora para a melhoria de desfechos. Notou-se, também, a percepção positiva pelos entrevistados em respeito ao VBHC como agente de melhoria na racionalização de uso e de processos, impactando nos custos e na percepção de valor para os pacientes. Os entrevistados, porém, não percebem o VBHC como um facilitador para a redução de custos, conforme descrito na teoria. Neste sentido, pode-se concluir que os entrevistados percebem o VBHC mais como um modelo de gerenciamento do que de controle econômico. Se enfocados apenas estes aspectos, pode-se questionar o que o VBHC acrescentaria sobre outras estratégias de gerenciamento, como a Lean, que também aborda a criação de valor sob a ótica do paciente, com melhoria da qualidade e eficiência na entrega de um cuidado ótimo, aliado a racionalização do uso e redução e custos (TOUSSAINT, 2013).

Procurando abordar três aspectos críticos da saúde, o acesso, a qualidade e os custos, governos, instituições e sociedades médicas procuram implementar diretrizes clínicas e “*clinical pathways*”, no intuito de melhorar a qualidade da assistência e racionalizar e reduzir custos. Um padrão global neste sentido mostrava-se ausente. Uma abordagem estruturada e com propósito global foi estabelecida pela ICHOM, quem tem Porter como um dos fundadores, através do desenvolvimento dos *Standards Sets*. Estes foram estabelecidos de acordo com a lógica proposta na teoria do VBHC, sendo a ferramenta que procura auxiliar a implementação e difusão do VBHC. A ICHOM já dispõe de cinco *sets* estabelecidos em oncologia. Apesar do recorte da área, oncologia, onde este trabalho aplicado transcorreu, a utilização da ferramenta de mensuração proposta pela ICHOM, no momento o principal método de mensuração associado ao VBHC, foi mencionada apenas por dois dos entrevistados, e apenas um destes, referiu fazer uso do método.

O presente trabalho não identificou um discurso crítico ao VBHC, tendo os entrevistados se mostrado receptivos à teoria e a seus potenciais benefícios, apesar de não termos, na prática, evidências de sua implantação. Chama a atenção a preponderância nos discursos da percepção do VBHC como um modelo de entrega de cuidado na saúde, da mesma forma que a ausência de percepção do VBHC como uma estratégia competitiva. Os entrevistados de formação médica parecem perceber o VBHC como alinhado aos seus valores profissionais, uma vez que entendem não competir com seus objetivos como médicos, tratar a doença e o paciente. Uma das principais limitações à implantação do VBHC identificadas no

presente trabalho foi a ausência de transparência e interesse na divulgação de dados e desfechos manifestada pelos *stakeholders* da cadeia de assistência à saúde; transparência esta, considerada uma das premissas fundamentais da teoria do VBHC, pois sem transparência não existe comparação e sem comparação não existirá competitividade.

O trabalho não encontrou evidência de uniformidade nos conceitos referentes a cuidado da saúde baseado em valor e pagamento baseado em valor. De acordo com a teoria do VBHC, pagamento por valor requer a mensuração de desfechos que sejam de importância ao paciente. Apesar de reconhecerem a importância do estabelecimento e mensuração por métricas e explicitarem a dificuldade de implantação de um sistema regular de mensuração, os *stakeholders* entrevistados ainda se referem a métricas relacionadas a processos de qualidade, aderência e adequação à diretrizes clínicas, ou a padrões profissionais, o que não pode ser considerado, *a priori*, como representativo de mensuração de métricas que realmente importem aos pacientes. Como consequência, as experiências com diferentes modelos de pagamento referidas pelos entrevistados estão relacionadas a práticas que levam em conta processos ou adequação a padrões profissionais, e não a pagamento de cuidado baseado em valor, conforme posto por Porter (2006). Torna-se clara a necessidade de uma maior interação com o paciente na busca pela identificação de métricas que capturem o que realmente representa valor para o paciente.

Diversas dificuldades para a implantação do cuidado a saúde baseado em valor foram identificadas, que passam desde a ausência de engajamento do corpo clínico até a falta de incentivos para a mudança de modelo. As dificuldades de implantação do modelo do VBHC identificadas no trabalho são semelhantes as já identificadas na literatura, em especial as que incluem a complexidade característica do setor da saúde (MITZEMBERG, 2002), a falta de estruturação dos sistemas de mensuração de desfechos e resultados (NEMBHARD, 2009), a dificuldade de engajamento dos profissionais de saúde (LIFVERGREN, 2010) e a assimetria de conhecimento e objetivos (HELMANN, 2015).

Considerando-se o período de 14 anos entre a publicação inicial e o presente trabalho, podemos considerar se a publicação de mais literatura conceitual sobre o tema acrescentará conhecimento relevante, ou apenas servirá para diluir o significado do conceito, o que possivelmente impactaria de forma negativa na sua efetiva implantação.

Os achados deste trabalho permitem algumas considerações: a) foi evidenciado que a implementação do cuidado à saúde baseado em valor demandará uma mudança no sistema, onde novos comportamentos e cultura tornar-se-ão necessários; b) a adoção de uma terminologia comum aos *stakeholders* envolvidos na cadeia da saúde, incluindo pacientes, será

essencial para o entendimento comum do conceito do VBHC; c) será necessário desenvolver estratégias que ultrapassem as limitações referidas nos níveis individuais e organizacionais, alinhando os objetivos; d) o desenvolvimento de capacidades que permitam a mensuração de resultados, experiência do paciente e a coleta e análise dos dados por meio de um sistema de informação adequado é premente, garantindo que programas para aumentar o valor sejam incentivados e avaliados; e) o gargalo de comunicação identificado deve ser transposto, permitindo a divulgação e transparência de resultados, facilitando o conhecimento pelos *stakeholders* da cadeia de valor, tanto no nível local quanto nacional.

Hoje, as decisões médicas precisam considerar valor e não apenas evidências atualizadas, “*up to date*”. Devemos entender que valor pessoal e valor populacional são duas faces de uma mesma moeda, e, alocar nossos recursos, sejam financeiros, estruturais ou pessoais, de forma a otimizar a saúde e minimizar a desigualdade. As mudanças necessárias para a implantação do modelo requerem compromisso, rigor e coragem. Falhar em abordar o problema levará o sistema a um ponto crítico, onde ninguém escapará das consequências de não mudar.

6. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho apresenta primeiramente as limitações consideradas inerentes à pesquisa qualitativa, em especial a subjetividade do sujeito entrevistado e a potencial presença de pré-conceitos do investigador na análise dos achados. Dois aspectos limitantes devem ser considerados. Primeiro, os achados desta pesquisa apresentam validade apenas relacionada ao grupo estudado, não sendo adequada a generalização. Em segundo, a amostra. A escolha dos grupos de *stakeholders* da cadeia da saúde analisadas na pesquisa não teve por intuito ser exaustiva. O paciente, em especial, foi considerado por definição *a priori* como sujeito do cuidado de saúde e desta forma não analisado no trabalho como *stakeholder*. Ainda considerando a amostra, seu tamanho limitado não permite uma análise formal de tendências, a identificação de diferenças e de semelhanças específicas. Consideramos adequado e necessário, como tema de pesquisa futura, o estudo da compreensão de percepção de valor em saúde por parte do paciente e, por conseguinte, sua análise, comparando-a com a percepção do grupo estudado neste trabalho e o confronto com a teoria geral do VBHC.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Modalidades de operadoras** Visualizado em: http://ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/central-de-atendimento-a-operadoras-e-prestadores/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=operadora&positivo=1&resposta=404&historico=24941392. Acesso em: 10 nov. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N., JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Cien Saude Colet** 2002; 7(4):879-889.
- ARROW, K. Uncertainty, and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v.53 n.5, p. 941-973, 1963.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BERCK, M., MONHEIT, A.C. The concentration of health care expenditures, revisited. **Health Affairs**, vol. 20, n.2, p 9-18, 2001.
- BERTALANFFY, L. V. **General System Theory**: foundations, development, applications. [recurso eletrônico] Revised Edition. New York, NY: George Braziller, 2015.
- BERWICK, D.; NOLAN, T.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs** vol 27, n. 3, p 759-769, 2008.
- BITTAR, O. Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde. **RAS**, v.13, n.12, p.21-28, 2001.
- BLACK, N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. **BMJ** [online] 346(7896), 2013. Visualizado em: <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>. Acesso em 10 jan. 2021
- BRASIL. Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 1988, p1, 04 jun. 1988.
- BRASIL. Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras prioridades. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 1971, p10354, 16 dez. 1971.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 10 jan. 2021.

BURNS, LR et al. **The health care value chain**: producers, purchasers, and providers. [recurso eletrônico]. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2002.

BURNS, L.R. **The business of health care innovation**. [recurso eletrônico] 3. Ed. Cambridge, United Kingdom; New York, NY: Cambridge University Press, 2020.

CHEN, C.L., EVANS, T.G., CASH, R.A. Health as a global public good. In: Kaul, I., Grumberg, I., Stern, M.A. (eds). **Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century**. The United Nations Development Programme (UNDP). Oxford University Press Inc, New York, 1999 p.284-325. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eugenio_Bobenrieth/publication/46440722_The_Political_Economy_of_International_Environmental_Cooperation/links/55ddb07328ae79832bb531ed/The-Political-Economy-of-International-Environmental-Cooperation.pdf#page=322. Acesso em 10 dez. 2020.

CHERNY N.I. et al. A standardized generic, validated approach to stratify the magnitude of clinical benefit that can be anticipated from anti-cancer drugs therapies: the European Society for Medical Oncology Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS). **Ann Oncol** n.26 vol 8, p. 1547-1573, 2015.

CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care**. New York: McGraw-Hill, 2009.

CODMAN, E.A. **The shoulder**: rupture of the supraspinatus tendon and other lesions in or about the subacromial bursa. Boston: T. Tood; 1934. Visualizado em: <https://dlcs.io/pdf/wellcome/pdf-item/b29812161/0>. Acesso em 05 set. 2020.

CONASS. **Coleção Progestores**: Para entender a gestão do SUS, 9. Brasília: CONASS, 2007. Visualizado em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 16 dez. 2020.

CROW, R., GAGE, H., HAMPSON, S. et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technol Assess**, n.6, v.32, p.1-244, 2003.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v.44, n.3, p.166-203, 1966. Visualizado em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x?src=getftr>>. Acesso em 08 set 2020.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its management, vol 1**: explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. v.114(11):115-118, 1990.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**; 260(12):1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

EINSENHARDT, K.M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**. v.14 (4), p. 532-550, 1989.

ELIAS, F., VIANNA, D. How health economic evaluation (HEE) contributes to decision-making in public health care: the case of Brazil. **Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)**, n.108, p. 405-412, 2014.

ENTHOVEN, A.C. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. **Am J Manag Care**, v.15, n.10, p. s284-290, 2009.

FLEUREN, M., WIEFFWENINK, K., PAULUSSEN, T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. **International Journal of Quality Care**, v.16, n.4, p.107-123, 2004.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa** [recurso eletrônico]. 3. ed. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, U. **Qualidade na Pesquisa Qualitativa** [recurso eletrônico]. 3. ed. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes** [recurso eletrônico] - Porto Alegre: Penso, 2012.

FRANCISQUINI, F. **Concepção dos líderes hospitalares acerca das limitações para implantação do modelo de remuneração baseado em valor**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade – Linha Gestão em Saúde) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2020.

FREEMAN, R. E. **Strategic Management: a stakeholder approach**. [recurso eletrônico]. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.

FRIES, J.F. The assessment of disability: from first to future principles. **British Journal of Rheumatology**, n.22 (supplement), p 48-58, 1983

FROW, P., MCCOLL-KENNEDY, J.R., PAYNE, A. Co-creation practices: their role in shaping a health care ecosystem. **Industrial Marketing Management**, vol.56, p.24-39, 2016.

GARVIN, D. **Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge**. New York: The Free Press, 1988.

GENTRY, S., BADRINATH, P. Defining health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems. **Cureus**, n.9, v.3, e1079, 2017.

GERALDO.G.M. **Saúde baseada em valor: concepções de gestores na saúde suplementar**. 70p. Programa de Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade. (Dissertação de Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

GIBBS, G. **Análise dos dados qualitativos**. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967

GRIFFITHS REPORT. **NHS Management Inquiry**. Visualizado em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/>. Acesso em: 15 nov. 2020.

GRIMSHAW, J.M., RUSSEL, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. **Lancet**, v.342, n. 8883, p.1317-1322, 1993.

GUSKEN, F., HIRT, G., SILVA et al. Awareness related to value-based health care among Brazilian medical students. **Rev Med (São Paulo)**, n.99, suppl 18, p, 18, 2020.

HELLMAN, S., KASTBERG, G., SIVERBO, S. Explaining process orientation failure and success in health care – three case studies. **Journal of Health Organizations and Management**, v.29, n.6, p.638-653, 2015.

INSTITUTE FOR CLINICAL AND ECONOMICAL REVIEW. **Overview of the ICER value assessment framework and update for 2017-2019**, 2017. Disponível em: <https://icer.org/methodology/icersmethods/icer-value-assessment-framework> Acesso em 10 nov. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human**: Building a Safer Health Care System. Kohn, Linda T., Corrigan, Janet M. Donaldson, Molla S. (eds). Washington, DC: National Academy of Press, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001. Executive Summary. Disponível em: <https://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222271/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Clinical Practice Guidelines**: Directions for a New Program. Field, Marylin J., Lohr, Kathleen N., (eds). Washington, DC: National Academy of Press, 1990

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INTERNACIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. **Why measures outcomes?** 2020. Disponível em: <https://www.ichom.org/why-measure-outcomes/>. Acesso em 20 set. 2020

JABA, E.; BALAN, C. B.; ROBU, I.-B. The Relationship between Life Expectancy at Birth and Health Expenditures Estimated by a Cross-country and Time-series Analysis. **Procedia Economics and Finance**, v. 15, p. 108–114, 2014.

JÄRVENSIVU, T., TÖRNROOS, J-Å. Case study research with moderate constructionism: Conceptualization and practical illustration. **Industrial Marketing Management**, v. 39, pp.100–108, 2010.

JOYCE, B., CALHOUN, E. **Models of Teaching**. 9 ed. Yorkshire, UK: Pearson, 2017

KAIZER, L., LEE, T. Turning value-based health care into a real business model. **Harvard Business Review**, October 08, p.2-5, 2015

KASH, B.A., SPAULDING, A., JOHNSON, C.E. et al. Success Factors for Strategic Change Initiatives: A Qualitative Study of Healthcare Administrators' Perspectives. **Journal of Healthcare Management**, n.59, v.1, p.65-81, 2014.

KATZ, G.; MARTENS, H. **Implementing value-based health care in Europe**: Handbook for pioneers. Academic director Special contributions. [s.l: s.n.], 2020. Visualizado em: https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf Acesso em 14 nov 2020.

KENAGY, J.W., BERWICK, D.M., SHORE, M.F. Service Quality in Health Care. **JAMA** v.181, n.7, p. 661-665, 1999.

KOLA, I., LANDIS, J. Can the pharmaceutical industry reduce attrition rates? **Nature Reviews Drug Discovery**, n.3, v.8, p.711-716, 2004.

KRIPPENDORFF, K. **Content Analysis**: An Introduction to Its Methodology. [recurso eletrônico]. 4 ed. Los Angeles: SAGE, 2019

KRUSE, C., BEANE, A. Health information technology continues to show positive effect on medical outcomes: systematic review. **J Med Internet Res**, n.20, v.2, p.1-9, 2018

KUDZMA, E.C. Florence Nightingale and healthcare reform. **Nurs Sci Q**, n.19, v.1, p.61-64, 2006.

LIFVERGREN, S., GREMYR, L. HELLSTROM, A. et al. Lessons from Sweden's first large-scale implementation of Six Sigma in healthcare. **Operations Management Research**, v.3, n.3-4, p. 117-128, 2010.

LUSH, R.F., VARGO, S.L. **Service-Dominant Logic**: Perspectives, Premises, Possibilities. New York: Cambridge University Press, 2014.

MACHADO FILHO, C. O juramento de Hipócrates e o código de ética médica. **Residência Pediátrica**, v.6, n.1, p.45-46, 2016.

MAGRETTA, Joan. **Entendendo Michael Porter**: o guia essencial da competição e estratégia. [recurso eletrônico]. 1. ed. Rio de Janeiro: Alta Books, 2018.

MAKADY, A., de BOER, A., HILLEGE, H et al. What is real world data? A review of definitions based on literature and stakeholder interviews. **Value Health**, n.20, p.326-335, 2017.

MAKDISSE, M., RAMOS, P. MALHEIRO, D et al. What do doctors think about value-based healthcare? A survey of practicing physicians in a private healthcare provider in Brazil. **Value Health Reg Issues**, n.23, p. 23-25, 2020.

MAUSKOPF, J.A., SULLIVAN S.D., ANNEMANS, L. et al. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices – budget impact analysis. **Value in Health**, v. 10, n. 5, p.336-347, 2007.

McCOOL-KENNEDY, J.R., VARGO, S.L., DAGGER, T.S., et al. Health Care Customer Value Cocriation Practice Styles. **Journal of Service Research**, v.15, n.4, p.370-389, 2012.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa** v.5, n.7, p.01-12, abril.2017.

MINISTERIO DA SAUDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nova Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde e impacto ao Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** n.45, v.5, p.993-996, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 05 jan. 2021

MINTZBERG, H. Managing care and cure – up and down, in and out. **Health Services Management Research**, v.15, n.3, p.193-206, 2002.

MOSSIALOS, E., WENZL M., OSBORN, R., ANERSON, C. **International Profiles of Health Care Systems**, 2014. T.C. Fund. The Commonwealth Fund, 2015

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines) with NCCN Evidence Blocks**. Disponível em: <https://www.nccn.org/evidenceblocks/> Acesso em 10 nov.2020.

NEMBHARD, I.M., ALEXANDER, A., HOFF, T.J. et al. Why does the quality of health care continue to lag? Insights from management reserch. **Academy of Management Perspectives**, v.23, n.1, p.24-42, 2009.

NEUMANN, P. J.; COHEN, J. T. Measuring the Value of Prescription Drugs. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 27, p. 2595–2597, 31 dez. 2015.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. **Data for Measuring Health Care Quality and Outcomes**, 2020. Visualizado em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>. Acesso em 07 nov 2020.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. Health Expenditure in Relation to GDP em **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**. OECD Publishing, Paris, 2017. Visualizado em: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-45-en. Acesso em: 12 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO. Visualizado em: <https://www.who.int/about/who-we->

are/constitution#:~:text=Health%20is%20a%20state%20of,absence%20of%20disease%20or%20infirmity. Acesso em: 05 nov. 2020.

PEDROSO, C. P.; MALIK, A. M. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Out 2012, v. 17 n. 10, p.2757, 16 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000024&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 dez. 2020.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006.

PORTER, M.E. **Competitive advantage, creating and sustaining superior performance**. New York: The Free Press, Macmillan, 1985.

PORTER, M.E., KRAMER, M.R. Creating sharing value. How to reinvent capitalism – and unleash a wave of innovation and growth. **Harvard Business Review**, v.89, n.1/2, p.62-77, 2011.

PORTER, M. E. What is value in health care? **N Engl J Med**, n 363, p.2477-2481, 2010.

PORTER, M. E.; LARSSON, S.; LEE, T. H. Standardizing Patient Outcomes Measurement. **New Engl J Medicine**, v. 374, n. 6, p. 504–506, 11 fev. 2016.

PORTER, M.E. Value-based care deliver. **Ann Surg**, v. 248, n.4, p.144-150, 2008.

PORTER, M.E., LEE, T.H. The strategy that will fix health care. **Harvard Business Review**, v.91, n.10, p.50-70, 2013.

PORTER, M.E. A strategy for health care reform-toward a value based system. **N Engl J Medicine**, n. 361, v.2, p.109-112, 2009.

PROPPER, C. Competition, Incentives and the English NHS. **Health Economics**, vol 21, n.1, p 33-40, 2012. Visualizado em: <https://kopernio.com/viewer?doi=10.1002%2Fhec.1804&token=WzI1NTU3NzcsIjEwLjEwMDIvaGVjLjE4MDQiXQ.-w0ld3sSq-YpJzL454yNbseDYCI>. Acesso em 08. nov. 2020.

RIVADENEIRA, A.W., GRUEN, D.M., MULLER et al. Getting our head in the clouds: toward evaluation studies of tag clouds. **Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems**, 1, p. 995- 998, 2007. Visualizado em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/1240624.1240775>. Acesso em: 20 dez. 2020

ROGERS, E.M. **Diffusion of Innovations**. 5. ed. New York: Free press, 2003.

SCHNIPPER, L.E. et al. Updating the American Society of Clinical Oncology value framework: revisions and reflections in response to comments received. **J Clin Oncol** vol. 34, n.24, p. 2925-2934, 2016.

SCHIESARI, L. Cuidado com o paciente. **GVExecutivo**, v.16, n.4, p.19-22, 2017.

SHERMAN, R.E., ANDERSON, S.A., DAL PAN, G.J. Real-world evidence – what is it and what can it tell us? **N Engl J Med**, n.375, v.23, p. 2293-2297, 2016

SILVA, G., MALIK, A.M. Valor em saúde. **GVExecutivo**, v.18, n.1, p.13-15, 2019.

SILVA, G. **A busca pelo cuidado baseado em valor em um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade – Linha Gestão em Saúde) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo. 2018.

SOX, H.C. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. **Ann Intern Med**, v.136, n.3, p.243-246, 2002.

STEINMANN, G. et al. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, 14 set. 2020

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **Value-based healthcare in Europe. Laying the foundation**. Disponível em: https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/ValuebasedhealthcareEurope_0.pdf) Acesso em: 30 jan. 2021.

TOUSSAINT, J.S., BERRY, L.L. The promise of Lean in health care. **Mayo Clin Proc**, n.88, v.1, p.74-82, 2013. Visualizado em: <https://mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2812%2900938-X>. Acesso em: 10 jan. 2021.

TSEVAT, J., MORIATES, C. Value-Based Health Care Meets Cost-Effectiveness Analysis. **Ann Inter Med**, v.169, n.5, p.329-332, 2018.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. – São Paulo: Atlas, 1987

UBEL, P.A. Beyond costs and benefits: understanding how patients make health decisions. **Oncologist**, n.15, supp,1, p.5-10, 2010

VAN DER NAT, P.B., VAN VEGHEL, D., DAETER, E et al. Insights on value-based health care implementation from Dutch heart care. **Int J Healthc Manag**, v.13, n.3, p.1-4, 2017.

VARGO, S.L., LUSCH, R.F. Evolving to a new dominant logic for marketing. **Journal of Marketing**, v.68, n.1, p. 1-17, 2004.

VARGO, S.L., LUSCH, R.F. Service-Dominant logic: continuing evolution. **Journal of the Academic of Marketing Science**, vol, 36, n.1, p.1-10, 2008.

VELDE MVD, JANSEN P, ANDERSON N. **Guide to management research methods**. Malden: Blackwell Publishing; 2004.

VIANNA, D. Economia da saúde: ferramenta para tomada de decisão em medicina. **Revista da SOCERJ**, v.16, n.4, 2003

WALTERS, D., LANCASTER G. Implementing value strategy through the value chain. **Management Decision**, vol 38, n 3, p.160-178, 2000.

WEBER, W. **Exploring narrativity in data visualization in journalism**. In: Data Visualization in Society. Engebretsen, M and Kennedy H. (eds). Amsterdam: Amsterdam University Press, 2020.

WHITLEY, E.A., POULOUDI, N., CURRIE, W. Entangled stakeholders role and perceptions in health information systems: a longitudinal study of the UK NHS N3 network. **Journal of the Association for Information Systems**, vol. 17, n.2, p. 107-161, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Spending on Health: a world in transition**. Geneva. World Health Organization; 2019. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1. Acesso em: 10 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference**, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100). Visualizado em <https://www.who.int> Acesso em 10 nov. 2020.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. [recurso eletrônico] 5. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOUNG, D. W. et al. Beyond health care cost containment: creating collaborative arrangements among the stakeholders. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 16, n. 3, p. 207–228, 1 jul. 2001.

ANEXO A. Aprovação do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa

COMITÊ DE CONFORMIDADE ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEPH/FGV	
Parecer n. 179/2020	
Local da Reunião	Rio de Janeiro
Data da Reunião	23 de outubro de 2020
Data de Emissão do Parecer	26 de outubro de 2020
DADOS GERAIS	
Pesquisador Responsável	Cid Ricardo Abreu Buarque de Gusmão
Centro/Escola	EAESP
Curso	Mestrado Profissional Especializado – Programa em Gestão para a Competitividade – Linha Gestão em Saúde
Orientador	Ana Maria Malik
Título do projeto de pesquisa	A metodologia ICHOM sob a ótica da teoria da Saúde Baseada em Valor à luz da percepção dos stakeholders da cadeia da saúde
Financiamento	Não
Relator	Eduardo Moacyr Krieger
RELATÓRIO	
<p>Ao dissertar sobre o objetivo da pesquisa, o pesquisador afirmou:</p> <p>“O trabalho será realizado no Centro de Combate ao Câncer (CCC), um ambulatório especializado no diagnóstico e tratamento do câncer na cidade de São Paulo, o qual analisou e concordou com o projeto de pesquisa em questão. O objetivo do estudo será analisar a implantação, aplicabilidade, contribuições e emprego da metodologia ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) sob a ótica da teoria de valor em saúde nos moldes definidos por Porter, Teisberg e Kaplan. Em consonância com o objetivo geral foram definidos dois objetivos específicos: 1º) analisar a metodologia ICHOM no cenário do tratamento do câncer da mama e a teoria da saúde baseada em valor; 2º) analisar a percepção dos <i>stakeholders</i> da cadeia da saúde sobre valor em saúde e a capacidade da metodologia ICHOM de realizar esta entrega.</p> <p>A coleta de evidências utilizará duas fontes de dados, a saber: indicadores provenientes de registro eletrônico em saúde (prontuário médico) e entrevistas com gestores executivos da cadeia da saúde. Os entrevistados serão voluntários e todos serão informados sobre o escopo do estudo antes de sua participação. Um termo de consentimento informado e esclarecido será aplicado para as entrevistas realizadas com os gestores executivos (anexo) Os dados referentes às pacientes participantes das pesquisas são provenientes do prontuário eletrônico em saúde da instituição, onde por rotina é preenchido um termo de consentimento informado e esclarecido por todas as pacientes, onde consta aceite para utilização dos dados do prontuário para realização de pesquisa e elaboração de indicadores (anexo). Os indicadores utilizados para a pesquisa compõem indicadores de desfecho, PROMs (Patient Reported Outcomes Measures e PREMs (Patient Reported</p>	

Parecer n. 179/2020

Pesquisador Responsável: Cid Ricardo Abreu Buarque de Gusmão

Título do projeto de pesquisa: A metodologia ICHOM sob a ótica da teoria da Saúde Baseada em Valor à luz da percepção dos stakeholders da cadeia da saúde



Experience Measures) já coletados de rotina nos pacientes da instituição e que compõem a metodologia ICHOM, metodologia a ser analisada pela pesquisa.

A amostra de participantes será composta de pacientes portadoras de câncer de mama e gestores executivos representando os *stakeholders* da cadeia da saúde: operadora de saúde (autogestão, cooperativa médica, seguradora de saúde, medicina de grupo, administradora de benefício, filantropia); hospitais (hospital com fins lucrativos, hospital sem fins lucrativos, hospital filantrópico); médicos oncologistas clínicos especializados em câncer de mama (oncologista independente, oncologista clínico ligado à grupo hospitalar, oncologista clínico ligado à grupo consolidador, oncologista clínico ligado a instituição pública); clínica de oncologia representando grupo consolidado e clínica de oncologia representando grupo isolado; empresa contratante direta de assistência médica aos funcionários; secretaria municipal de saúde e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

A análise de evidências se dará através da triangulação de dados dos resultados das fontes e as entrevistas serão submetidas a metodologia de análise de conteúdo conforme proposta por Bardin"

Quanto ao tamanho da amostra, informou:

"A amostra de participantes será de 40 pacientes portadoras de câncer de mama e de gestores representantes das classes de stakeholders da cadeia da saúde, assim distribuídos: 2 gestores executivos (administrativo e médico) cada modalidade de operadora de saúde (autogestão, cooperativa médica, seguradora de saúde, medicina de grupo, administradora de benefício, filantropia), 3 gestores executivos hospitalares (hospital com fins lucrativos, hospital sem fins lucrativos, hospital filantrópico), 4 médicos oncologistas clínicos especializados em câncer de mama (oncologista independente, oncologista clínico ligado à grupo hospitalar, oncologista clínico ligado à grupo consolidador, oncologista clínico ligado a instituição pública), 2 gestores (administrativo e médico) representando grupo consolidado (2 clínicas) e grupo isolado (2 clínicas), 2 gestores executivos de empresas contratantes diretas de assistência médica aos funcionários, 2 gestores executivos da secretaria municipal de saúde, 2 gestores executivos de serviços de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). A amostra cobrirá as modalidades de operadora de saúde e os diferentes *stakeholders* da cadeia da saúde, procurando-se, sempre que aplicável, avaliar o enfoque executivo e o enfoque médico do *stakeholder* entrevistado. As pacientes com câncer de mama em tratamento no período estipulado serão base para a compilação dos indicadores que compõem a metodologia da ICHOM, sendo estes dados provenientes do prontuário médico eletrônico da instituição"

Já em relação ao armazenamento dos dados, pontuou:

"Os dados coletados do prontuário médico eletrônico são armazenados em base de dados de servidor externo em data center próprio. A partir de outubro de 2020 ficarão armazenados no ambiente externo em

Parecer n. 179/2020

Pesquisador Responsável: Cid Ricardo Abreu Buarque de Gusmão

Título do projeto de pesquisa: A metodologia ICHOM sob a ótica da teoria da Saúde Baseada em Valor à luz da percepção dos stakeholders da cadeia da saúde



nuvem no Google Health Platform com dados criptografados compatível com HIPAA e HL7. Os dados referentes ao questionário aplicado aos gestores executivos entrevistados ficarão armazenados no computador pessoal do pesquisador, de uso individual, e acessado por senha individual do proprietário”

O Termo de Consentimento explica brevemente os objetivos da pesquisa, assegura a voluntariedade de pesquisa e informa os dados do pesquisador e do Comitê de ética.

Quanto à confidencialidade e anonimização dos dados, o pesquisador esclareceu:

“Os dados obtidos na pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, objetivando assegurar o sigilo da participação de cada indivíduo participante. A anonimização dos dados respeita o estabelecido na Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Na análise dos resultados serão utilizadas letras para diferenciar os resultados e comparar as visões dos entrevistados. Exemplo: entrevistado a,b.. etc.”.

DELIBERAÇÃO

Após deliberação dos membros, nos termos do formulário detalhado apresentado, o CEPH/FGV classifica o presente projeto de pesquisa como:

Aprovado

O protocolo está adequado para execução.

Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2020.

Osny da Silva Filho

Coordenador do Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos -
CEPH/FGV

ANEXO B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa da pesquisa de campo de minha tese de mestrado, intitulada: *A metodologia ICHOM sob a ótica da teoria da Saúde Baseada em Valor à luz da percepção dos stakeholders da cadeia da saúde*, conduzida por Cid R. A. Buarque de Gusmão, aluno do mestrado profissional da Fundação Getúlio Vargas e sócio proprietário do Centro de Combate ao Câncer. A orientadora da tese é a Prof^{ra}. Dr^a. Ana Maria Malik.

A pesquisa está sendo desenvolvida como trabalho aplicado para a conclusão do mestrado profissional em gestão para a competitividade – linha saúde.

O estudo tem por analisar a metodologia ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) analisada sob a ótica da teoria de valor em saúde nos moldes definidos por Porter, Teisberg e Kaplan. Em consonância com o objetivo geral foi definido o objetivo principal: analisar a percepção dos *stakeholders* da cadeia da saúde sobre valor em saúde e da metodologia ICHOM como valor em saúde.

Estão sendo entrevistados importantes gestores estratégicos que atuam na cadeia da saúde, em organizações de destaque nessa área. Você foi selecionado(a) por fazer parte de um grupo representativo da cadeia de assistência à saúde no Brasil.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

A participação no estudo não acarretará gastos aos participantes.

Concordando com a participação nesta pesquisa você aceitará responder perguntas nas quais representam opiniões da temática proposta, em caráter pessoal.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista a respeito da temática em questão e a um questionário elaborado pelo autor principal do trabalho. O conjunto de perguntas não apresenta respostas corretas ou erradas, sendo o intuito das questões simplesmente entender sua opinião e ponto de vista. Espera-se que o resultado deste estudo possa contribuir para o processo de implantação do modelo baseado em valor por meio do fornecimento de conteúdo teórico-prático.

A entrevista será realizada por meio de reunião online com a utilização do programa zoom.us. Será conduzida pelo autor da pesquisa (Cid R A Buarque de Gusmão) e terá a duração máxima de 60 minutos. Haverá habilitação do vídeo e áudio, para possibilitar a transcrição posterior da entrevista. A reunião não terá a participação de outros envolvidos.

De forma a assegurar sua privacidade, a gravação somente se iniciará após a apresentação inicial, e desta forma dados que possam caracterizá-lo não serão identificados ou gravados. As entrevistas serão transcritas pelo autor e o material salvo em seu computador pessoal, contendo senha e dispositivo de segurança, evitando acesso por terceiros.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos, nos meios acadêmicos e científicos, os resultados obtidos de forma consolidada, sem a identificação de indivíduos participantes enquanto pessoas físicas ou jurídicas.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do CCE/FGV, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável:

Cid R A Buarque de Gusmão, aluno do mestrado profissional da Fundação Getúlio Vargas, sócio proprietário do Centro de Combate ao Câncer. Rua Canário 80 – apto 41, CEP: 04521-000. E-mail: cid.gusmao@cccancer.net. Telefone: (11) 98106 8345

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas
– CCE/FGV: Praia de Botafogo, 190, sala 536, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22250-900, telefone
(21) 3799-6216. E-mail: etica.pesquisa@fgv.br.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios
de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

(Cidade e Estado) _____, _____ de _____ de
_____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) : _____

ANEXO C. Roteiro de Entrevista

Parte 1 Consentimento Informado

Como esta é uma entrevista virtual, e de forma a cumprir o determinado pelo Comitê de Ética da Fundação Getúlio Vargas, foi-lhe enviado por e-mail o Termo de Consentimento. Neste momento gostaria de confirmar seu aceite, lembrando que você e sua instituição não serão identificados, sendo preservado seu sigilo e anonimato.

Parte 2 Introdução e Alinhamento do processo da entrevista:

Como sabemos, assim os demais países, o Brasil enfrenta o desafio estabelecido pelo hiato existente entre a necessidade da população por cuidado em saúde e os recursos disponíveis. É determinante, assim, que tenhamos a definição de um conceito de valor em saúde que racionalize decisão e alocação dos recursos materiais e financeiros.

Neste sentido, a teoria do Cuidado de Saúde Baseado em Valor (VBHC) procura estabelecer as questões referentes aos determinantes de saúde relacionando-os aos conceitos e fatos, e desta forma estabelecer um valor.

Conceitualmente, o VBHC estaria representado pela fórmula onde valor em saúde seria o resultado da qualidade em saúde entregue relevante para o paciente dividida pelo custo.

Aparentemente simples, a uniformidade de conceituação, aplicação e mensuração do VBHC é complexa, quando considerado os diferentes *stakeholders* (usuários, prestadores, pagadores, reguladores públicos ou privados e sociedade) participantes da linha de cuidado e seus diferentes objetivos e análises, a saber: usuários, prestadores, pagadores, reguladores públicos ou privados e a sociedade.

Num cenário ideal, no qual os dados representantes dos desfechos esperados estariam estabelecidos, compactuados e transparentes, todos os agentes da cadeia de valor em saúde poderiam identificar as melhores práticas e auxiliar o usuário-paciente através da jornada do cuidado, de forma a serem alcançados os melhores resultados.

Uma das tentativas de estabelecer esta uniformidade entre os agentes foi desenvolvida pelo *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), metodologia que mensura dados de desfecho clínico, qualidade de vida entregue e experiência dos pacientes durante o ciclo de cuidado.

Tendo em vista este cenário, neste projeto de pesquisa desenvolvemos um questionário a ser aplicado aos diferentes *stakeholders* na linha de cadeia de cuidado da saúde. O

objetivo é conhecer os conceitos e objetivos referentes a saúde baseada em valor destes *stakeholders*, analisar se a ferramenta empregada pelo ICHOM atinge estes objetivos e as principais necessidades e desafios para sua aplicação no sistema de saúde do Brasil.

Não existem respostas certas ou erradas.

Parte 3 Caracterização do perfil do entrevistado:

- Você poderia me contar de forma breve seu:
- Histórico profissional
- Formação acadêmica
- Tempo de carreira na área de gestão da saúde
- Organização em que trabalha e cargo

Parte 4 Gravação:

Parte 4.1 – **Objetivo:** entender a percepção dos *stakeholders* quando aos benefícios do cuidado de saúde baseado em valor e da metodologia no curso da jornada da assistência ao paciente.

Introdução: Conforme a teoria do VBHC proposta por Porter, a implantação do modelo onde o ciclo de tratamento considera toda a jornada do paciente implicaria em benefícios à toda a cadeia de saúde. Assim:

1. Quando comparamos com outros modelos, quais seriam, na sua opinião, os maiores benefícios do VBHC e de uma metodologia de mensuração por indicadores, como a ICHOM?
2. Muito se discute se uma a implantação do cuidado de saúde baseado em valor e de uma metodologia como a ICHOM traria uma racionalização do uso e consumo, por exemplo, alterando o número de consultas médicas, exames e procedimentos realizados. Qual sua opinião sobre isto?
3. Atualmente, fala-se muito na importância do engajamento do paciente. Você concorda que o modelo do VBHC resulta em maior engajamento do paciente?
4. O desfecho clínico é o objetivo buscado por todos os integrantes da cadeia de saúde, seja o paciente, sejam os prestadores, seja a fonte pagadora. Quais, você acredita, seriam os principais determinantes para a entrega do melhor desfecho clínico?

5. O financiamento e a sustentabilidade do sistema é uma das grandes, senão a maior preocupação atual. Neste sentido, você acredita que a medicina, se realizada dentro dos parâmetros do VBHC, seria um modelo capaz de trazer redução de custos e redução de riscos financeiros?

Parte 4.2 – entender a percepção dos *stakeholders* sobre a mensuração e divulgação de dados e indicadores relacionados aos desfechos assistenciais e financeiros, um dos pressupostos da teoria da saúde baseada em valor, conforme proposto por Porter e pela ICHOM para a implantação de um sistema baseado em valor

Introdução: de acordo o proposto pela teoria do VBHC estabelecer métricas, mensurar dados referentes a desfecho e experiência do paciente como os desenvolvidos pela ICHOM, são premissas para a implantação de uma medicina baseada em valor. Da mesma forma, a transparência e divulgação dos dados e transparência seriam fundamentais.

6. O modelo do VBHC está baseado na existência e mensuração de indicadores, como os propostos pela ICHOM. Você acredita que a mensuração da assistência por indicadores deveria ser obrigatória?
7. Muito se fala sobre a diferença entre o planejado numa reunião, no projetado e desenhado num estudo e sua resultado no mundo real. Você acredita que dados de mundo real já estejam sendo analisados na área da saúde? Qual seria a importância de analisá-los?
8. Em todos os cenários, é normal que avaliemos a eficiência e eficácia quando alocamos um recurso. No dia a dia chamamos de custo-benefício. Na saúde, definimos como custo- efetividade. Você acha que a análise de custo-efetividade seja empregada de forma regular na decisão do plano terapêutico?
9. Hoje, na jornada assistencial, os *stakeholders* não conseguem ver o custo final global da jornada do paciente. Como conhecer estes dados poderia impactar a tomada de decisão?
10. Muito se fala sobre medicina baseada em evidências. Qual o significado teria para você da implantação de um programa de Diretrizes Clínicas?
11. É dito pelo mercado que a assistência médica é realizada de forma fragmentada e avaliada e monitorada por episódio. Qual o impacto, você acredita, esta fragmentação traga para o resultado final da jornada do paciente?
12. Existiria um indicador chave a ser mensurado para a avaliação do cuidado?

13. Parece ser consenso que os dados e resultados de desfechos devam ser divulgados e transparentes. Você acredita que exista real interesse dos *stakeholders* na transparência e divulgação dos seus dados?
14. Na sua opinião, de quem deveria ser a responsabilidade pela integração e análise dos dados clínicos e econômicos da assistência?
15. Quais seriam os principais fatores para o sucesso da implantação de um cuidado baseado em Valor – VBHC?

Parte 4.3 – Objetivo: identificar a percepção dos *stakeholders* quanto as limitações e barreiras para a implantação do cuidado baseado em valor e de metodologias de mensuração como a ICHOM

Introdução: a implantação de um modelo de cuidado de saúde baseado em valor envolve diversos desafios, como a estruturação de dados, a simetria de conhecimento teórico e de objetivos na cadeia de *stakeholders* da saúde, sem falar do modelo de financiamento e custeio. Neste aspecto:

16. Na discussão de um modelo de atenção à saúde baseado no VBHC, você acredita que todos os *stakeholders* envolvidos na cadeia da saúde possuam o mesmo objetivo?
17. Você acredita que seria necessário, primeiro modificar o modelo de pagamento atual para se implantar um modelo de VBHC, ou seria a implantação primeiro de um modelo de VBHC que facilitaria a implantação de novos modelos de pagamento na área da saúde?
18. A simetria de informações é algo sempre mencionado como fator determinante no sucesso de um projeto. Você acredita que o conhecimento sobre o VBHC seja comum entre todos os *stakeholders*? Como você avalia isto?
19. Pensando na sua realidade profissional, você acredita que exista uma cultura organizacional implantada voltada para o Cuidado de Saúde Baseado em Valor?
20. Você acredita que para o modelo do VBHC ser implantado seja necessário que exista uma regulamentação?
21. Ninguém duvida que coletar e mensurar dados seja fundamental para qualquer acompanhamento e análise. Você considera que hoje, os dados coletados pelos sistemas de TI na área da saúde sejam adequados para analisar o VBHC e uma metodologia como a ICHOM?

22. Muito se fala sobre a avaliação da experiência do paciente como pilar do sistema de valor na saúde. O que você considera como experiência do paciente?
23. Na sua instituição é avaliada a experiência do paciente? Como?
24. Na sua opinião o Cuidado da Saúde Baseado em Valor e metodologias de mensuração como a ICHOM são temas da Saúde Suplementar, do Setor Público ou de ambos?

Parte 4.4 – objetivo: identificar a experiência do entrevistado com a prática de modelos de remuneração relacionados ao VBHC

25. A implantação de um modelo de valor, sua mensuração e custeio tem sido tentada de várias formas. No país, os mais presentes no momento são os *bundles*, a diária global e o orçamento global, com alguma forma de compartilhamento de risco. Na sua instituição é praticado algum dos aspectos do VBHC? Se sim: qual modalidade e a quanto tempo? Se não: por quê?
26. Sua instituição pratica alguma forma de análise de cruzamento de dados assistenciais e financeiros? Se sim: quais e em que áreas?
27. Considerando que você pertence a um dos grupos dos diferentes *stakeholders* da cadeia de saúde, qual você acredita seja o papel e responsabilidade do seu segmento para o modelo de saúde baseado em valor?