UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

GESTÃO COMPARTILHADA NA CRIAÇÃO DE REGRA DE REMUNERAÇÃO DE EXAMES ENDOSCÓPICOS NA OTORRINOLARINGOLOGIA EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Renato Rangel Torres

Orientador: Profa. Dra. Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs

Porto Alegre RS

Janeiro de 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

GESTÃO COMPARTILHADA NA CRIAÇÃO DE REGRA DE REMUNERAÇÃO DE EXAMES ENDOSCÓPICOS NA OTORRINOLARINGOLOGIA EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

RENATO RANGEL TORRES

Orientador: Profa. Dra. Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Epidemiologia.

Porto Alegre RS, Brasil.

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Torres, Renato Rangel
Gestão compartilhada na criação de regra de remuneração de exames endoscópicos na Otorrinolaringologia em uma cooperativa de trabalho médico. / Renato Rangel Torres. -- 2025.
162 f.
Orientadora: Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2025.

1. Gestão de recursos em saúde. 2. Construção compartilhada de regras. 3. Modelos de remuneração. 4. Remuneração em cooperativas. I. Fuchs, Sandra Cristina Pereira Costa, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Vargas Rossi, Programa de Pós-graduação da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Prof. Dr. Gustavo Adolpho Moreira Faulhaber, Honorary Lecturer, School of Science, University of Waikato, New Zealand.

Profa. Dra. Michelle Lavinsky Wolff, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Otorrinolaringologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Toda razão é universal; toda coragem, singular. Toda razão, anônima; toda coragem, pessoal. É por isso, aliás, que é preciso coragem para pensar, às vezes, como é preciso para sofrer e ou lutar, porque ninguém pode pensar em nosso lugar, e porque a razão não basta, assim como a verdade não basta, é necessário ainda, superar em si tudo o que estremece ou resiste, tudo aquilo que eu preferiria, uma ilusão tranquilizadora ou uma mentira confortável. Daí que chamamos de coragem intelectual, que é a recusa no pensamento, de ceder ao medo, a recusa de se submeter a outra coisa que não a verdade, à qual nada assusta, ainda que ela fosse assustadora.

André Comte-Sponville, Pequeno Tratado das Grandes Virtudes, 1995.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Daisy (*in memoriam*), pelo exemplo de amor, bondade e perseverança que me fortalece em todos os momentos da vida.

Ao meu pai, Jorge (*in memoriam*), pela alegria e esperança que sempre me transmitiu, e pela lembrança de uma infância maravilhosa.

Ao meu amor, Tânia Giacobbo, por todo companheirismo e afeto diários, por me ensinar todos os dias a ser uma melhor pessoa e por aceitar todos os meus defeitos, mesmo conhecendo-os bem.

À minha filha Roberta, que é a alegria da minha vida e razão maior dos meus esforços. Tenho um orgulho imenso de ti, das tuas atitudes e escolhas. Espero poder te inspirar a ser uma excelente médica, em breve. Procura sempre manter a alegria e espontaneidade da tua infância, o resto saberás naturalmente como fazer.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Sandra Fuchs. Muito mais do que uma orientadora, além de toda sua competência, foi uma amiga presente em todas as dificuldades durante a construção da tese. Ter a experiência de ser orientado por ti já seria motivo suficiente de satisfação.

Ao meu irmão, Jorge Alberto Rangel Torres, meu melhor amigo, pelo companheirismo de uma vida e pela ajuda em vários momentos deste trabalho.

À mãe da minha filha Roberta, Ilka Maria Biasetto de Oliveira, que sempre apoiou incondicionalmente as minhas iniciativas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Famed UFRGS, por ter me acolhido e dado todo o suporte necessário, inclusive com tolerância e compreensão das dificuldades inerentes ao trabalho.

A cada um dos professores do PPG e dos meus colegas de turma. Guardarei eternamente na minha memória os momentos que passamos juntos, os aprendizados e muito mais. Foi um privilégio ter feito parte desta turma e ter tido estes professores, jamais esquecerei desse período.

À Diretoria da Unimed Porto Alegre, em nome do Presidente da gestão anterior, Flávio da Costa Vieira, e da gestão atual, Márcio Pizzato, e aos conselhos de administração de ambas as gestões, pelo apoio incondicional na realização do trabalho.

Às Diretorias da ASSOGOT, em nome do Presidente Eduardo Hausen, da gestão na época de realização deste trabalho, e a todos os colegas otorrinolaringologistas, que participaram ou não do processo de construção.

À Dra. Carla Braga, amiga, colega de trabalho e otorrinolaringologista, pelo incentivo e apoio diário em todos os projetos.

Em nome de todas as minhas amigas e colegas que contribuíram neste trabalho, agradeço especialmente a Mariele Chrischon de Almeida, Luciana Nascimento Bandeira, Chana Machado, Sabrina Pezzi e Débora Gonçalves.

Aos meus amigos e colegas de trabalho Felipe Vidor Vaz e Guilherme Fraga Ramos pelo inestimável apoio na obtenção de dados e em outras etapas do trabalho.

Ao Dr. Salvador Gullo Neto, meu amigo e colega de trabalho, incentivador diário desta construção.

À minha família, por tudo que representa na minha vida.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS **10**
RESUMO **11**
ABSTRACT **13**
APRESENTAÇÃO **15**
1. INTRODUÇÃO **16**
2. REVISÃO DE LITERATURA **18**
2.1 CUSTOS EM SAÚDE 18
2.1.1 Causas do aumento dos custos 20
2.1.1.1 Transição demográfica e epidemiológica 20
2.1.1.2 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 21
2.1.1.3 Evolução tecnológica e inovação 22
2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL 23
2.2.1 Papel das operadoras de saúde e regulação da ANS 23
2.2.2 Cooperativismo 24
2.3 QUALIDADE EM SAÚDE 25
2.3.1 Dimensões da qualidade em saúde 26
2.3.2 Indicadores e Modelos de aferição de qualidade 28
2.3.2.1 Modelo de Donabedian 28
2.4 MODELOS DE CUIDADOS EM SAÚDE 31
2.4.1 Cuidados em saúde baseados em valor 31
2.5 GESTÃO DE RECURSOS EM SAÚDE 33
2.5.1 Desperdício de recursos 34
2.5.2. Complexidade administrativa e controles 37
2.6 MODELOS DE REMUNERAÇÃO 40
2.6.1 Pagamento por Procedimento (*Fee for Service* – FFS) 41
2.6.2 Modelos alternativos de remuneração 42
2.7 TECNOLOGIAS EM SAÚDE 46
2.7.1 Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) 46
2.8 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE 47
2.8.1 Tipos de avaliações econômicas em saúde completas 48
2.9 MODELOS DE GESTÃO E CULTURA ORGANIZACIONAL 50
2.9.1 Teorias X e Y (Mc Gregor) 51
2.9.2 Sistema de gestão administrativa de Likert 52
2.10 GESTÃO COM PESSOAS, CONFIANÇA, PROCESSOS INTELIGENTES E INOVAÇÃO

..... 54
2.11 TOMADA DE DECISÕES 57
2.11.1 Teorias sobre tomada de decisão 57
2.11.2 “Arquitetura de escolhas” e “Paternalismo Libertário” 58
2.11.3 Economia Comportamental..... 60
2.11.4 Variabilidade no julgamento, modelos e regras..... 61
2.12 PREFERÊNCIAS POR RECIPROCIDADE, INTERAÇÕES INTERPESSOAIS E EXPECTATIVAS DE DESEMPENHO 64
2.13 ESTILOS DE COMUNICAÇÃO E SUA INFLUÊNCIA EM NEGOCIAÇÕES 67
2.14 TÉCNICAS PARA OBTENÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS..... 71
3.OBJETIVOS..... 74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 75
ARTIGO 1 87
ARTIGO 2 119
ARTIGO 3 141
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 159

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACB: Análise de custo-benefício

ACE: Análise de custo-efetividade

ACU: Análise de custo-utilidade

AMC: Análise de minimização de custos

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASSOGOT: Associação Gaúcha de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

ATS: Avaliação de Tecnologias em Saúde

CBHPM: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CREMERS: Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

DRG: *Diagnosis Related Groups*

EUA: Estados Unidos da América

FFS: *Fee for service*

HHS: *Department of Health and Human Services*

IBGC: Instituto Brasileiro de Governança Corporativa

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IESS: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IOM: *Institute of Medicine*

NAM: *National Academy of Medicine*

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS: Organização Mundial da Saúde

P4P: *Pay for Performance*

PIB: Produto Interno Bruto

RM: Ressonância Magnética

SPSS: *Statistical Package for Social Sciences*

SUS: Sistema Único de Saúde

TC: Tomografia Computadorizada

VBHC: *Value-based health care*

RESUMO

Os custos em saúde têm aumentado nas últimas décadas, em decorrência de vários fatores, entre os quais o crescimento da expectativa média de vida e o desenvolvimento de novas tecnologias. Como os recursos são finitos em qualquer sociedade, é indispensável que sejam alocados de forma eficiente, evitando desperdícios que não agreguem qualidade assistencial. Existe grande desperdício de recursos e uma das razões são os modelos de remuneração, que predominantemente incentivam a quantidade, nem sempre associada a melhora nos desfechos. Outra causa importante de ineficiência é a complexidade administrativa, muitas vezes maior do que necessária e desejável. As decisões sobre alocação dos recursos são tomadas por gestores, mas também pelos médicos, que no trabalho diário precisam tomar decisões. Existe grande variabilidade entre as pessoas e alguns vieses cognitivos afetam essa tomada de decisão. É fundamental que todos os envolvidos no sistema de saúde sejam ouvidos e que possam, juntos, construir soluções mais simples, eficientes e reprodutíveis, a fim de que os recursos sejam mais bem utilizados e toda sociedade seja beneficiada. A presente tese tem por objetivo descrever e analisar a criação e implementação de uma regra de remuneração, construída conjuntamente entre a gestão de uma cooperativa de trabalho médico e representantes da especialidade de Otorrinolaringologia, a partir de reivindicações dos médicos e da necessidade de alocar recursos de forma mais equitativa, sem aumentar o custo final. O primeiro artigo descreve o processo de criação da regra, a partir de sessões de grupos focais entre representantes da especialidade e da gestão. Após análise dos dados, criou-se uma regra de remuneração, que foi validada por um número maior de especialistas antes de ser implementada. Essa regra consistiu em permitir livre indicação e realização de exames endoscópicos diagnósticos em consultórios, mas limitando sua remuneração a um média mensal definida consensualmente. Em contrapartida, foi valorizada a remuneração de procedimentos cirúrgicos. Além do processo de criação, são descritas as premissas da regra e os resultados iniciais de sua implementação. Concluímos que esse modelo de criação conjunta foi eficaz e pode ser reprodutível em outros cenários. No segundo artigo são apresentados os resultados da implementação da regra construída conjuntamente. Foi realizado um quase-experimento, no qual a população foi constituída pelos 102 médicos que realizaram procedimentos endoscópicos diagnósticos em consultório médico durante os 3 períodos do estudo (controles histórico e contemporâneo e período pós-intervenção), tendo sido cada indivíduo o seu próprio controle. A intervenção realizada foi a aplicação da regra de remuneração e o desfecho foi a taxa de exames por consulta ao longo de cada mês. A taxa de exames por consulta foi comparada entre os períodos anteriores à criação da regra e posterior a sua implementação, de forma global e estratificados por sexo, idade e tempo de vínculo à cooperativa. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os períodos quando analisados em conjunto, embora os indivíduos que mais realizavam exames nos períodos controle tenham diminuído suas taxas no período pós-intervenção. O terceiro artigo é um estudo econômico parcial e descreve os custos associados aos exames antes e depois da implementação da regra, e compara-os com o aumento no custo das cirurgias. O estudo descreve custos diretos, sob a perspectiva da cooperativa. A medida dos itens de custos foi expressa em termos unitários, sendo considerada a soma total dos exames e das cirurgias em

cada período da análise. O horizonte temporal foi de 3 anos e os custos foram padronizados para tornarem-se comparáveis. Os custos adicionais advindos da valorização dos honorários médicos das cirurgias foram menores do que os custos evitados com os descontos dos exames diagnósticos descontados por excederem o limite definido pela regra. Além disso, com a realocação de recursos, foi possível aumentar o percentual de honorários médicos sobre o custo total das cirurgias, sem que isso provocasse diminuição no valor auferido pelos hospitais. Concluímos que a criação e implementação da regra atingiu seu objetivo de realocar recursos dentro de uma especialidade médica, de acordo com os interesses dos próprios especialistas, sem aumentar o custo geral e sem criar complexidade administrativa desnecessária. **Palavras-chave:** gestão de recursos em saúde; construção compartilhada de regras; modelos de remuneração.

ABSTRACT

Healthcare costs have increased over recent decades due to several factors, including rising life expectancy and the development of new technologies. Since resources are finite in any society, it is essential to allocate them efficiently, avoiding waste that does not contribute to the quality of care. Significant resource waste exists, and one of the reasons is the predominant remuneration models which incentivize quantity, not always associated with better outcomes. Another important cause of inefficiency is administrative complexity, often greater than necessary or desirable. Decisions about resource allocation are made by managers, but also by physicians, who must make decisions in their daily work. There is considerable variability among individuals, and some cognitive biases affect decision-making. It is essential that all stakeholders in the healthcare system are heard and can collaboratively build simpler, more efficient, and reproducible solutions to optimize resource use and benefit society as a whole. This thesis aims to describe and analyze the creation and implementation of a remuneration rule jointly developed by the management of a medical cooperative and representatives from the field of otolaryngology. This initiative arose from physicians' demands and the need to allocate resources more equitably without increasing overall costs. The first article describes the rule's creation process, which involved focus group sessions with specialty representatives and management. After data analysis, a remuneration rule was developed and subsequently validated by a larger group of specialists before implementation. This rule allowed for the unrestricted recommendation and performance of diagnostic endoscopic exams in medical offices, but limited their remuneration to a consensually defined monthly average. In return, remuneration for surgical procedures was increased. In addition to detailing the creation process, the article outlines the rule's principles and the initial outcomes of its implementation. The findings indicate that this collaborative model was effective and could be reproduced in other settings. The second article presents the results of implementing the jointly developed rule. A quasi-experiment was conducted, involving 102 physicians who performed diagnostic endoscopic procedures in medical offices during the three study periods (historical control, contemporary control, and post-intervention). Each physician served as their own control. The intervention consisted of applying the remuneration rule, with the outcome measured as the rate of exams per consultation over each month. Exam rates per consultation were compared across the periods before and after the rule's implementation, both overall and stratified by gender, age, and length of affiliation with the cooperative. No statistically significant difference was found between periods when analyzed collectively, although physicians who performed the highest number of exams during the control periods reduced their rates in the post-intervention period. The third article is a partial economic study which describes the costs associated with exams before and after implementing the rule and compares them with the increased cost of surgeries. The study focuses on direct costs from the cooperative's perspective. Cost measures were expressed in unit terms, considering the total number of exams and surgeries in each analysis period. The time horizon was three years, and costs were standardized for comparability. The additional costs arising from increased surgical fees were lower than the savings from the reduced remuneration for diagnostic exams exceeding the defined limit. Furthermore, the reallocation of resources enabled an increase in the percentage

of physician fees relative to the total cost of surgeries without reducing the amount received by hospitals. The findings conclude that the creation and implementation of the rule achieved its goal of reallocating resources within a medical specialty, in accordance with the specialists' interests, without increasing overall costs or introducing unnecessary administrative complexity. ***Keywords**: healthcare resource management; shared rule-making; remuneration models.*

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada "GESTÃO COMPARTILHADA NA CRIAÇÃO DE REGRA DE REMUNERAÇÃO DE EXAMES ENDOSCÓPICOS NA OTORRINOLARINGOLOGIA EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 09 de janeiro de 2025. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão de Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo a Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). Também prevê a otimização dos recursos públicos para atender um maior número de pessoas. Os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, são: universalidade, equidade e integralidade (Matta, 2007). Apesar de ter ocorrido melhora significativa na maioria dos indicadores de saúde da população em geral, ter aumentado o acesso aos serviços e reduzido as desigualdades na área, a garantia da cobertura universal é um desafio constante e persiste ineficiência na utilização dos recursos (Brasil, 2013).

Esse objetivo não é fácil de ser atingido e requer um adequado sistema de financiamento de saúde, que permita às pessoas utilizarem os serviços quando deles necessitem. Reconhecendo isso, os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) comprometeram-se, em 2005, a atingir essa meta de cobertura universal. Resolução da Assembleia Mundial da Saúde daquele ano diz que todas as pessoas devem ter acesso a serviços de saúde sem necessidade de sacrifícios financeiros (OMS, 2010). Em ambos os aspectos, o mundo ainda está longe de atingir essa meta. Entre alguns problemas fundamentais, que estão interligados, e que dificultam a aproximação dos países à cobertura universal, alguns se destacam. Um deles é a disponibilidade de recursos. Até hoje, nenhum país conseguiu assegurar que toda sua população tenha acesso imediato a todas as tecnologias e procedimentos que possam melhorar sua saúde e prolongar sua vida. Outro são os modelos de pagamento, que nem sempre facilitam o acesso nem incentivam a melhor eficiência e equidade na utilização dos recursos disponíveis. E um terceiro é o desperdício de recursos, que é da ordem de 20 a

40%, em estimativas conservadoras (OMS, 2010). A crescente complexidade do setor de saúde no Brasil exige uma análise abrangente que contemple tanto os fatores econômicos quanto organizacionais que impactam sua sustentabilidade e eficiência.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CUSTOS EM SAÚDE

Os custos em saúde têm aumentado progressivamente nas últimas décadas, em todo o mundo (Almeida et al., 2011; ANS, 2019; Newhouse, 1992; OECD, 2017; OMS, 2010). Os Estados Unidos da América (EUA) são o país com o maior gasto, aproximando-se de 17% do Produto Interno Bruto (PIB) no ano de 2019. O custo anual por pessoa (cerca de U$11.000) é quase o dobro da média dos outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e essa diferença vem aumentando recentemente (OECD, 2021, 2023). Os países da OCDE representam cerca de 18% da população, mas respondem por 86% da despesa de saúde no mundo (OMS, 2010). Na grande maioria dos países desenvolvidos, especialmente na Europa, a maior parte do investimento em saúde é feita pelo Estado (OECD, 2021, 2023). No Brasil, em 2019, o gasto total em saúde foi de cerca de 9,6% do PIB, mais do que a média dos países da OCDE (8,8%). É um percentual semelhante aos de Austrália e Espanha. Isso correspondia a cerca de US$1.500 por pessoa, dos quais cerca de 41% são financiados pelo Estado e quase 59% são privados (a média dos países da OCDE é de 74% do gasto público). Além disso, com base nas tendências demográficas e tecnológicas, no aumento da renda e na produtividade do setor de saúde, as projeções indicam que as despesas com saúde devem aumentar para 12,6% do PIB até 2040 (OECD, 2021, 2023).

Os recursos destinados à saúde no Brasil, embora possam não ser ideais, não diferem tanto dos países que obtiveram uma assistência à saúde de boa qualidade, com acesso universal ou muito abrangente. Em 2019, o Canadá gastou 12,38% do PIB em saúde, a Suécia gastou 12,36%, a França gastou 11,19% e o Reino Unido, 10,26% (OECD, 2021, 2023). Em todos esses países, que têm eficientes sistemas de saúde com acesso universal, a maior parte do

financiamento é público. Gastar maiores frações do PIB em saúde não significa necessariamente obter qualidade. Alguns dos países mais pobres e com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como Lesoto, Libéria e Serra Leoa, gastam uma proporção igual ou maior que Brasil e Reino Unido. Esses países apresentam problemas graves de saúde, que fazem com que o recurso alocado seja insuficiente (OMS, 2010). Mesmo tendo o maior gasto do mundo, tanto em percentual quanto em valores absolutos, os EUA também não conseguem distribuir adequadamente estes recursos para oferecer cobertura de qualidade à população menos favorecida. A solução adequada para o financiamento do sistema de saúde dos países depende fundamentalmente de dois fatores: recurso suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos (OMS, 2010; Saldiva & Veras, 2018).

A alta acumulada no Brasil, nos últimos 20 anos, é de cerca de 400%, o dobro da inflação do período. Em 2018, a alta foi de quase 18% frente a uma inflação menor do que 4% (IESS, 2019). Nos EUA, maior mercado de saúde do mundo, a alta de custos foi de 5,6% para uma inflação de 1,8% (Papanicolas et al., 2018; Shrank et al., 2019). O Brasil teve, em 2019, o quarto maior descolamento entre a inflação médica e a geral, entre todos os países do mundo, o maior de todos entre as grandes economias (OECD, 2021).

Os países com menor distorção entre a inflação médica e a inflação geral têm em comum o foco na atenção primária, com modelos baseados em ambulatórios e médicos de família. O modelo privilegia o conhecimento do histórico dos pacientes, incluindo seu estilo de vida, buscando a prevenção e o diagnóstico precoce das doenças (OECD, 2021, 2013). A Suécia foi a líder em eficiência, com a inflação médica igualando à de toda economia, em 2019. O país adotou uma lógica diferente de remuneração dos prestadores, pelo número de pacientes atendidos, com o objetivo de estimular ganhos de eficiência, evitando a repetição de exames e a internação hospitalar por mais tempo que o necessário. Japão e França têm um modelo de remuneração parecido, mas dividem os custos dos serviços com os beneficiários, para coibir o

uso excessivo e desnecessário. Na Austrália, um conselho de representantes do governo central e dos estados reúne-se periodicamente com operadoras e prestadores de serviços médicos. Entre outras pautas, discutem a incorporação às redes públicas e privadas de medicações e procedimentos com melhor custo-benefício. Com isso, os custos em saúde fecharam o ano de 2019 com alta de cerca de 3,8%, pouco acima da inflação geral do país, de 2,4% (OECD, 2021, 2023).

2.1.1 Causas do aumento dos custos

As causas desse aumento de custos são complexas e múltiplas. Algumas delas são comuns a diversos países, dentre as quais se destacam: o aumento na expectativa de vida ao nascer, a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a incorporação de tecnologias em saúde, que resulta em procedimentos cada vez mais complexos e dispendiosos. Tudo isso impacta na forma como devem se organizar os sistemas de saúde (Almeida et al., 2011; ANS, 2019; Newhouse, 1992; OECD, 2017; OMS, 2010; Shrank et al., 2019).

2.1.1.1 Transição demográfica e epidemiológica

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico ocorrida nas últimas décadas é um dos fatores responsáveis pelo aumento na expectativa de vida. A transição demográfica das sociedades normalmente ocorre em quatro etapas (Vasconcelos & Gomes, 2012). Inicialmente, as taxas de natalidade e mortalidade são altas, o que resulta em baixo crescimento populacional e estrutura etária em forma de pirâmide, com muitas crianças e poucos idosos. Esse era o perfil brasileiro no início da década de 70. Na segunda fase, a queda na taxa de mortalidade infantil combinada com a alta taxa de natalidade gera o “bônus demográfico”, com crescimento populacional baseado nas pessoas em idade ativa e produtiva. Na terceira etapa, a queda na

taxa de fertilidade estreita a base da pirâmide e provoca aumento na média de idade da população. Na quarta fase, a combinação de uma baixa natalidade com uma maior expectativa de vida da população leva a uma pirâmide retangular, com uma maior proporção de idosos (Vasconcelos & Gomes, 2012).

As transições demográfica e epidemiológica têm ocorrido mais rapidamente no Brasil do que na maioria das outras nações, embora não haja homogeneidade nas diferentes regiões do país. O Brasil teve um grande aumento na expectativa de vida nas últimas décadas, graças à melhoria das condições de saneamento, do progresso da tecnologia médica, da expansão da imunização e das melhores condições de assistência pré-natal e cuidados perinatais, além do melhor controle das DCNT. Grande parte disso está associada ao surgimento do SUS, em 1988 (OECD, 2021; Saldiva & Veras, 2018). A expectativa de vida ao nascer aumentou 5,7 anos, de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019. A taxa de mortalidade infantil diminuiu em 60%, de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. A taxa de mortalidade materna também teve uma diminuição de 13 pontos percentuais no mesmo período (OECD, 2021). Estima-se que a proporção da população com 65 anos ou mais aumentará de 8,9% em 2017 para 21,9% em 2050 (OECD, 2021). Com a urbanização, queda na taxa de natalidade e aumento na expectativa de vida da população, as doenças crônico-degenerativas tornaram-se mais prevalentes. Isto contrasta com a organização da maioria dos serviços de saúde, que está voltada para cuidados agudos (OECD, 2021).

2.1.1.2 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

As DCNT são um crescente problema de saúde pública no mundo. Esse fenômeno resulta do envelhecimento populacional, que mudou o perfil epidemiológico das doenças, invertendo gradualmente a maior prevalência das doenças infectocontagiosas, que eram predominantes há algumas décadas. Além disso, atingem as populações mais vulneráveis, de

baixa e média renda e escolaridade, por elas estarem mais expostas aos fatores de risco ou terem acesso restrito às informações e aos serviços de saúde (Aon, 2019).

Em 2016, as DCNT provocaram 76,4% das mortes no Brasil, similar ao que ocorre nos países de renda média. As duas principais causas foram doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral, assim como no resto do mundo. Embora ambas sigam sendo as principais causas de mortalidade, esta tendência tem sido decrescente nos últimos 20 anos, muito provavelmente pela detecção e tratamento mais precoces e mais efetivos dos fatores de risco, além das novas medicações e tecnologias disponíveis para o tratamento dos eventos ocorridos. A doença de Alzheimer e outras demências têm crescido percentualmente como causa de mortalidade, o que está associado ao envelhecimento da população, mas também pode ser resultado da diminuição da mortalidade precoce por outras causas. As condições médicas que mais impactaram os custos na saúde nos últimos anos incluem-se entre as DCNT, e foram: doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e doenças da coluna vertebral. Na América Latina, as doenças respiratórias ainda superam as doenças da coluna vertebral como quinta condição que mais impulsionou os custos (Aon, 2019; OECD, 2021). Em 1990, três das cinco principais causas de diminuição da esperança de vida corrigida por incapacidade eram doenças transmissíveis e de causas materno-infantis. Em 2019, todas as cinco primeiras eram DCNT (OECD, 2021).

2.1.1.3 Evolução tecnológica e inovação

O avanço científico-tecnológico tem contribuído para controle de doenças e melhoria da qualidade de vida, mas isso também está associado a um maior custo. Cada vez mais, na maioria dos países, aumenta a proporção dos gastos com a assistência à saúde que são destinados ao tratamento das DCNT, em parte graças à evolução tecnológica (ANS, 2019; Newhouse, 1992; OMS, 2010; Shrank et al., 2019). Com a evolução contínua da medicina e o

envelhecimento populacional, o aumento progressivo nos custos é inevitável; entretanto, a incorporação indiscriminada de tecnologias pode acarretar prejuízo ao sistema de saúde, decorrente da elevação dos custos acima da capacidade de pagamento pela sociedade (Porter & Teisberg, 2007).

As inovações médicas que evitam, curam ou minimizam os efeitos de condições crônicas, além de proporcionar melhoria na qualidade de vida, podem reduzir os custos vitalícios da assistência a esses pacientes. Não faz sentido o argumento de que inovações que curem doenças, mesmo tendo alto custo inicial, deixem de baixar os custos e de aumentar o valor gerado. Esse ponto de vista ignora as contribuições positivas de indivíduos mais saudáveis, inclusive as receitas injetadas por eles no sistema de saúde, além do valor de uma melhor qualidade de vida. Por isso é equivocada e deve ser abandonada a premissa de que a inovação na medicina necessariamente eleva os custos (Porter & Teisberg, 2007). O problema não é a inovação, e sim a falta de competição na busca por melhor resultado e eficiência. É evidente que novas tecnologias e medicações precisam ser desenvolvidas, mas o sistema de saúde precisa se reorganizar para enfrentar essa nova realidade e cabe aos gestores a responsabilidade pela utilização racional dos recursos, de forma a atender os interesses da sociedade como um todo (Porter & Teisberg, 2007).

2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

2.2.1 Papel das operadoras de saúde e regulação da ANS

No Brasil, além da cobertura universal ao cidadão, é livre a atuação de empresas da iniciativa privada no setor da saúde. Qualquer pessoa pode contratar assistência à saúde de forma suplementar de alguma dessas empresas, chamadas de operadoras de saúde, sem perder o direito de acesso ao atendimento pelo SUS (ANS, 2000; Pietrobon et al., 2008). Essas operadoras são responsáveis pelo financiamento de quase um terço de todo sistema de saúde

do país. São de oito tipos, entre os quais estão as Cooperativas Médicas. Os planos de saúde comercializados por essas operadoras seguem diretrizes estabelecidas por leis e resoluções da Agência Nacional de Saúde (ANS), instituição criada no ano 2000 com o fim de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2000). As empresas têm a obrigação de fornecer uma cobertura mínima de procedimentos, cuja lista chama-se "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", que é atualizado continuamente (ANS, 2000). De forma notável, durante o período de 2000 a 2022, o número de beneficiários da saúde suplementar subiu de cerca de 31 milhões para aproximadamente 50 milhões de brasileiros (cerca de 25% da população); entretanto, esse número é aproximadamente igual ao de 10 anos atrás. Em dezembro de 2020 esse número era de cerca de 47 milhões de pessoas, equivalente ao do final de 2016; entre 2014 e 2016, devido à grave crise econômica do país, quase 3 milhões de pessoas deixaram de ter acesso a algum plano de saúde suplementar (IESS, 2024). Entre os anos de 2019 e 2022, que inclui um período marcado pela pandemia, houve um crescimento de 7,1% no número total de vínculos, correspondendo a um acréscimo de 3,3 milhões de novos beneficiários. A tendência de queda desde 2014 sofreu uma reversão significativa nos últimos anos, possivelmente influenciada pela pandemia (IESS, 2024).

2.2.2 Cooperativismo

O cooperativismo é um movimento social e econômico, realizado entre indivíduos, que se baseia em uma visão colaborativa. Apesar de a ideia ter surgido na antiguidade, o conceito como é definido hoje surgiu na Inglaterra, durante a Revolução Industrial. No Brasil, surgiu em 1889, inicialmente no setor agropecuário. O cooperativismo possui sete princípios, que representam sua essência e norteiam a base dessas entidades em todo mundo. Embora haja

controvérsias quanto ao surgimento das primeiras cooperativas, os seus sete princípios surgiram em 1884 e foram baseados no estatuto da cooperativa de consumo de Rochdale (Baioto, 2018). São eles:

1. Adesão livre e voluntária
2. Gestão democrática
3. Participação econômica de todos os membros
4. Autonomia e independência
5. Educação, formação e informação
6. Intercooperação
7. Interesse pela comunidade

Mais do que um modelo de negócios, é uma filosofia de vida que pretende transformar o mundo em um lugar mais justo e equilibrado, com melhores oportunidades para todos. São pessoas que se unem em torno de um objetivo, onde todos são donos do negócio e procuram um caminho que una desenvolvimento econômico e social, produtividade e sustentabilidade, ganhos individuais e coletivos (Baioto, 2018).

2.3 QUALIDADE EM SAÚDE

O objetivo de qualquer sistema de saúde deve ser prover assistência de qualidade. O termo qualidade vem do latim *qualitate*, e é utilizado em situações bem distintas. Qualidade é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso. Ela tem um conceito subjetivo que está relacionado às percepções, necessidades e resultados em cada indivíduo. Diversos fatores, como a cultura, modelos mentais, tipo de produto ou serviço prestado, necessidades e expectativas individuais influenciam diretamente a percepção da qualidade. A qualidade de um

produto ou serviço pode ser vista sob duas perspectivas: do produtor e do cliente; conforme Deming, a qualidade pode ser definida somente em termos de quem a avalia (Deming, 1990). Sob o ponto de vista do produtor, a qualidade se associa à concepção e produção de um produto que vá ao encontro das necessidades do cliente. Na perspectiva do cliente, a qualidade não é unidimensional, ou seja, eles não avaliam um produto tendo em conta apenas uma das suas características, mas várias. Por exemplo, a sua dimensão, cor, durabilidade, design, funções que desempenha, etc. Assim, a qualidade é um conceito multidimensional, e por isso é difícil de definir. Ela está associada ao valor e à utilidade reconhecidas ao produto, o que em muitos casos está vinculado ao preço (Deming, 1990; Garvin, 1987; Juran, 1999).

A partir disso, várias tentativas foram feitas para tentar definir o que é qualidade em saúde. A literatura sobre esse assunto é relativamente recente, concentrando-se nas últimas décadas. Uma proposição importante da definição de qualidade foi a de Donabedian, que apresentou novas bases para definir qualidade e seus componentes, como sendo a relação apropriada entre meios e fins. Os meios são as estratégias de atenção e os fins são as mudanças produzidas por estas estratégias (Donabedian, 1980).

2.3.1 Dimensões da qualidade em saúde

São vários os modelos teóricos a respeito das dimensões da qualidade assistencial. O *Institute of Medicine* (IOM) é uma instituição norte-americana criada em 1970 e, desde 2015, renomeada como *National Academy of Medicine* (NAM). É uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, que fornece recomendações nacionais e internacionais a respeito de saúde, medicina, políticas em saúde e pesquisa biomédica e tem como objetivo aprimorar a qualidade da saúde a partir das melhores práticas e evidências científicas. Essa instituição propôs definir qualidade em saúde como o grau no qual os cuidados em saúde

aumentam a probabilidade de desfechos favoráveis para os indivíduos e para as populações e são consistentes com o conhecimento médico vigente (IOM, 2001).

O modelo propõe seis dimensões como metas para os sistemas de saúde do século XXI. Essas dimensões devem ser medidas e sustentar um cuidado em saúde de qualidade e, segundo o comitê, estão ainda longe de estar no nível que poderiam e deveriam (IOM, 2001):

1. **Segurança:** evitar prejuízos e efeitos adversos para os pacientes aos quais o cuidado em saúde pretende ajudar.
2. **Efetividade:** promover cuidados baseados em conhecimento científico a todos que deles possam beneficiar-se e evitá-los em quem é pouco provável que tenha benefício (diminuindo a subutilização e uso excessivo, respectivamente).
3. **Foco no paciente:** adaptar o cuidado a preferências, valores e expectativas dos pacientes e de suas famílias.
4. **Oportunidade:** garantir a provisão do cuidado no momento em que o paciente necessitar dele, reduzindo esperas e atrasos nocivos tanto a quem recebe quanto a quem promove o cuidado.
5. **Eficiência:** promover o melhor cuidado com o menor custo, evitando desperdícios que não geram valor ao cliente (tanto de insumos, quanto de recursos humanos e energia).
6. **Equidade:** promover cuidado que não varia em qualidade devido a características pessoais como: gênero, etnia, localização geográfica ou situação socioeconômica.

Um sistema de saúde que atingisse ganhos maiores nessas seis dimensões seria melhor em atender às necessidades dos pacientes. Os pacientes receberiam um cuidado mais seguro, disponível, confiável e integrado. Poderiam contar com uma sequência completa de serviços preventivos e de tratamento para problemas agudos ou crônicos, da qual mais provavelmente obteriam benefício. Tal sistema também seria melhor para equipe de saúde e toda a cadeia de

prestadores. O teste definitivo da qualidade de um sistema de saúde é se ele realmente ajuda e agrega valor às pessoas que pretende (IOM, 2001).

2.3.2 Indicadores e Modelos de aferição de qualidade

A gestão em saúde precisa determinar que nível de qualidade de cuidados está sendo dispensada aos pacientes e como ele pode ser melhorado. Por isso é fundamental definir parâmetros que possam medir com clareza e precisão o desempenho da assistência, de acordo com a necessidade dos pacientes e a estratégia traçada (UNIMED, 2015). A gestão por indicadores parte do princípio de que medir é o primeiro passo que leva ao controle e, eventualmente, à melhoria. Para entender alguma coisa, é preciso medi-la. Sem isso, não se consegue entendê-la; sem entendê-la, não se consegue ter controle sobre ela e, consequentemente, não se pode melhorá-la (Harrington, 1991). A fim de representar, tanto quantitativa quanto qualitativamente, características e propriedades de uma dada realidade, são utilizados indicadores. Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos ou dimensões do estado de saúde, assim como do desempenho do sistema de saúde. Eles não são um fim em si mesmo, podem ser imperfeitos e transitórios, e não devem se confundir com a dimensão que representam. Bons indicadores necessitam ter algumas propriedades: validade, utilidade, simplicidade, confiabilidade, objetividade, pertinência, viabilidade e abrangência (Donabedian, 1980; OPAS, 2018; Tanaka, 2011).

2.3.2.1 Modelo de Donabedian

Donabedian é reconhecido por difundir a necessidade de desenvolver parâmetros de medição. Um dos mecanismos de controle de qualidade é a avaliação. Avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos

serviços avaliados (Donabedian, 1978). Com o intuito de desenvolver esse escopo ele desenvolveu uma metodologia conhecida como a Tríade de Donabedian, que é um modelo conceitual que propõe uma forma de avaliar a qualidade dos serviços e cuidados em saúde. De acordo com o modelo, a avaliação da qualidade é realizada a partir da utilização de indicadores representativos de 3 categorias principais: estrutura, processos e resultados (desfechos) (Donabedian, 1980).

Estrutura descreve as características mais fixas do sistema de saúde, o contexto no qual o cuidado é entregue, ou seja, os elementos estáveis da instituição e as características necessárias ao processo assistencial (D'Innocenzo et al., 2006; Pertence & Melleiro, 2010; Reis et al., 1990; Silva & Formigli, 1994). A estrutura está relacionada principalmente com a área física, recursos humanos, materiais e financeiros em que o cuidado se dá. São exemplos de estrutura: organização administrativa da instituição, características das instalações, equipe médica disponível, perfil e experiência dos profissionais envolvidos, e a adequação com as normas vigentes (Reis et al., 1990).

Processos têm como referencial o indivíduo e a população (Reis et al., 1990). Indicam as transações ao longo de toda entrega do cuidado, descrevendo-se as atividades prestadas na assistência, a competência médica no tratamento do problema e os aspectos éticos da relação entre profissionais de saúde e pacientes durante todo o período de atendimento, desde a procura aos serviços até o diagnóstico e tratamento (D'Innocenzo et al., 2006; Pertence & Melleiro, 2010; Reis et al., 1990; Silva & Formigli, 1994). Avalia basicamente a inter-relação entre quem presta e quem recebe o cuidado, e é essencial na interação com o paciente e na determinação das ações de saúde. Por isso, é importante utilizar determinantes sociais e o contexto de vida do paciente nas tomadas de decisões, sem necessariamente precisar esperar o feedback do resultado (Tanaka, 2011). Em última análise, processos são as relações que os profissionais de

saúde estabelecem com os pacientes tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista humano.

Resultados referem-se aos efeitos do cuidado sobre o estado de saúde, ou seja, o impacto positivo ou negativo produzido na saúde dos indivíduos e da população. Considera-se a medida dos resultados o que há de mais próximo em termos de avaliação integral do cuidado, mas ela depende e sofre interferência de vários fatores (Donabedian, 1978). Nesta etapa da avaliação verificam-se as mudanças no estado de saúde do paciente, assim como também a satisfação dos usuários e profissionais de saúde envolvidos na assistência (D'Innocenzo et al., 2006; Donabedian, 1992; Pertence & Melleiro, 2010; Silva & Formigli, 1994). Exemplos de indicadores de resultado são: taxa de mortalidade, percentual de reinternação após cirurgias, índice de satisfação dos pacientes. Embora o resultado sirva de parâmetro para a avaliação indireta da qualidade e seja o responsável por intervir nos outros componentes e operar mudanças objetivas no sistema como um todo, é essencial associá-lo às medidas de estrutura e de processo para poder identificar razões de diferenças encontradas entre serviços, para aperfeiçoar a utilização dos recursos, melhorar o planejamento, as intervenções e aumentar o alcance da eficiência desejada (Donabedian, 1980, 1992; Silva & Formigli, 1994; Tanaka, 2011).

Atualmente, grande parte dos modelos teóricos que avaliam qualidade e alocação de recursos em saúde baseia-se em indicadores incluídos e classificados dentro de uma das dimensões da Tríade de Donabedian (estrutura, processos e resultados). É fundamental uma visão sistêmica e integrada, pois as categorias podem confundir-se. Muitas vezes pode parecer que existe um problema de estrutura física ou de quantidade de recursos humanos (estrutura), quando de fato o problema ocorre basicamente nos processos. E tudo isso vai impactar o resultado (Reis et al., 1990).

2.4 MODELOS DE CUIDADOS EM SAÚDE

Em busca de melhor qualidade e eficiência na alocação dos recursos disponíveis, cada vez mais a ANS e várias instituições de saúde do Brasil têm discutido a adoção de novos modelos assistenciais e também de um novo enfoque regulador da saúde suplementar, considerando a operadora como gestora do cuidado em saúde e, portanto, responsável pelo resultado e pela qualidade da atenção prestada aos beneficiários. Esta atenção deveria ser integral, com ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, o que contrasta com a maior parte do modelo assistencial vigente (ANS, 2019). Grande parte dos serviços de saúde está estruturada de forma incorreta, com fragmentação dos cuidados e muito desperdício de recursos. Existe uma escassa coordenação do cuidado, uso excessivo de serviços (incluindo exames diagnósticos e procedimentos), e pouca responsabilização pelos resultados (ANS, 2019; Porter & Teisberg, 2007).

2.4.1 Cuidados em saúde baseados em valor

A ausência de dados adequados de aferição de desfechos e de erros comparando prestadores levou a uma suposição de que custos mais altos levariam necessariamente a uma qualidade assistencial uniformemente boa, quando a variabilidade de resultados bons ou de complicações entre prestadores é imensa, e nem sempre associada aos custos (Porter & Teisberg, 2007). Quando um cuidado desnecessário (de baixo valor) for sobreutilizado, ele vai gerar aumento de custo sem associação com melhores desfechos, afora os possíveis riscos implícitos. E quando um cuidado de alto valor assistencial for subutilizado, seja por dificuldade de acesso, coordenação ou competência técnica, o paciente deixará de ser beneficiado. Em qualquer das hipóteses, a qualidade baixará e a entrega de valor em saúde será prejudicada. A competição de “soma zero” da década de 1990 e dos primeiros anos na década de 2000, na qual os ganhos de um participante do sistema são auferidos às custas das perdas de outros, no

sistema de saúde norte-americano, falhou. Não gerou melhorias gerais nem na qualidade nem no custo dos serviços de saúde, e tampouco ampliou o acesso da população ao sistema. Ao contrário, manteve a ineficiência e baixa qualidade, além de ter elevado os custos administrativos, inibido a inovação e ter resultado em alarmante aumento de custos para pacientes e governo (Porter & Teisberg, 2007).

Essa combinação de altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde têm gerado ansiedade e frustração em todos os participantes do sistema: pacientes, profissionais de saúde, prestadores e financiadores. As soluções tendem a focar em um ou dois aspectos do sistema (custos de insumos, modelos de remuneração, acesso, coordenação do cuidado, melhora da tecnologia de informação, etc.) Nenhuma dessas soluções tem resolvido o problema, pois todas são incompletas. Há necessidade de uma nova forma de pensar sistemicamente sobre o problema e a única real solução é unir todos os participantes num mesmo propósito (Porter & Teisberg, 2007).

A competição precisa estar baseada em valor e focada em resultados, ou seja, uma competição de soma positiva onde todos na cadeia possam se beneficiar. Essa é a única forma de promover melhorias sustentáveis em qualidade e eficiência. Quando um prestador (por ex. hospital) obtém resultado, por entregar qualidade superior com mais eficiência, pacientes e operadoras de saúde (seja o sistema público ou suplementar) podem vencer também. Quando a fonte pagadora ajuda os pacientes e os médicos a fazerem melhores escolhas, facilitando acesso, auxiliando na coordenação e recompensando o atendimento de qualidade, os prestadores também se beneficiam. Acima de tudo, quando os pagadores e prestadores do sistema trabalham conjuntamente para alcançar os melhores resultados médicos aos pacientes, estão, antes de qualquer ganho econômico, perseguindo o propósito que os levou à sua própria profissão. Pressupostos e políticas equivocadas levam os participantes da cadeia a afastar a assistência à saúde daquilo que faz sentido médico (Porter & Teisberg, 2007).

A partir desses princípios surgiu o conceito de "Cuidados em saúde baseados em valor" (*Value-based health care* – VBHC), que é uma estratégia cujo objetivo é reestruturar os sistemas de saúde com o propósito abrangente de gerar e maximizar valor para os pacientes, sendo valor definido como desfechos em saúde obtidos por unidade de custo. Este conceito foi introduzido em por Michael Porter e Elizabeth Teisberg (Porter & Teisberg, 2007). A redução de custos, por si, embora seja parte integrante do processo, não é uma estratégia adequada para os sistemas de saúde. Para que se crie valor, os custos precisam estar associados com a melhora dos desfechos e do estado de saúde da população.

Valor em saúde não é apenas índice de satisfação do paciente baseado em pesquisas tradicionais. Embora possam confundir-se e frequentemente estar associados, muitas vezes o paciente está satisfeito com a atenção e o tratamento, sem que sua saúde tenha necessariamente melhorado. A satisfação demonstra a percepção do tratamento recebido, muitas vezes avaliando mais estrutura e processos do que propriamente os desfechos em saúde. VBHC exige um novo modelo de cuidado, que seja baseado e construído em torno das necessidades dos pacientes e da sociedade. Por isso, os provedores do cuidado em saúde devem trabalhar conjuntamente com os pacientes em busca de um plano de ação que atenda às necessidades da sociedade (Porter & Teisberg, 2007).

2.5 GESTÃO DE RECURSOS EM SAÚDE

Como consequência dos crescentes gastos em saúde, a busca não apenas pela qualidade, que sempre deve ser prioritária, mas também pela eficiência na alocação dos recursos tem papel cada vez maior nas discussões de políticas públicas. Em primeiro lugar está a questão relativa à disputa por recursos dentro dos orçamentos públicos, já que à medida que aumenta a participação dos gastos de um setor, necessariamente diminui a de outros, e é função do gestor público equilibrar as despesas atendendo à sociedade como um todo. Depois, vem a decisão

sobre como alocar os recursos efetivamente alocados para a saúde. Embora não seja o único fator, a utilização de tecnologias cada vez mais dispendiosas é uma das principais causas da elevação dos custos em saúde (ANS, 2019; Newhouse, 1992; OMS, 2010).

No Brasil, onde cerca de 44% do sistema de saúde é financiado pelo Estado e cerca de 56% é privado (do qual, a maior parte, é financiada pelo sistema de saúde suplementar), as operadoras de saúde têm um papel fundamental na assistência baseada em qualidade e valor; entretanto, a maioria dos planos de saúde não corresponde a esse potencial (ANS, 2019). A partir de várias estratégias equivocadas (mais burocracia e custos administrativos, restrições e limitações de livre escolha de médicos e serviços, tentativas de microgerenciar a prática médica, etc.), muitas operadoras não apenas deixaram de oferecer mais qualidade, como também deixaram de alcançar o resultado desejado de controlar a rápida elevação dos custos. Para que isso se modifique, e para que sejam percebidos de forma diferente por todos, precisam ser participantes da saúde e não apenas pagadores, ou seja, precisam reorientar seu foco em produzir a melhor qualidade possível de saúde para os pacientes (ANS, 2019; Brasil, 2013).

2.5.1 Desperdício de recursos

Existem inúmeras oportunidades de aumentar a eficiência global do sistema, e isso não significa simplesmente cortar custos. Ninguém quer conter custos através da redução de qualidade na saúde (ANS, 2019; Miller, 2017; OMS, 2010), e por isso precisamos diferenciar custo de desperdício. Custo é todo valor aplicado na produção de mercadorias ou na oferta de serviços de uma empresa, como mão de obra, matéria-prima, insumos, além da quantia despendida com energia elétrica, manutenção, depreciação de máquinas e equipamentos, entre outros. Ou seja, o custo de uma atividade é o valor monetário de todos os recursos organizacionais consumidos para desempenhá-la (Brasil, 2021). Ele representa todo capital aplicado diretamente nos fatores de produção necessários para a sua atividade fim. É um

item fundamental ao cotidiano de qualquer negócio, pois nenhuma empresa ou instituição consegue operar sem custo. Logo, para aumentar a quantidade de bens produzidos ou de serviços ofertados, normalmente é preciso aumentar o custo da empresa. Desperdício é todo gasto que implica dispêndio de tempo e dinheiro e não agrega valor ao produto ou serviço. Pode ser identificado e eliminado do processo produtivo. Em última análise, na saúde, é tudo que não gera valor para a qualidade assistencial do paciente (Brasil, 2021).

É difícil medir o desperdício. Segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o desperdício chegou ao menos a R$27,8 bilhões, em 2017, o que representa quase um quinto das despesas assistenciais das operadoras de saúde do Brasil naquele ano (R$145,4 bilhões) (IESS, 2018). Esse valor não agrega qualidade assistencial, porém impacta nos reajustes anuais dos planos de saúde, além de potencialmente aumentar os riscos aos quais os pacientes são submetidos. Entre as várias causas de desperdício destacam-se o modelo assistencial, focado no tratamento e não na prevenção, a necessidade de dados e processos informatizados, além de um modelo de remuneração que privilegia quantidade e não desfechos em saúde. O sistema de saúde brasileiro ainda é, basicamente, focado no modelo *Fee for Service* - FFS (pagamento por serviço), ou seja, a remuneração ocorre a partir da quantidade dos procedimentos realizados, e não conforme a qualidade obtida (ANS, 2019).

Pesquisa realizada, em 2017, com cerca de 2 mil médicos da Associação Médica Americana, demonstrou que os médicos consideravam que mais de 20% do todo tratamento instituído aos pacientes era desnecessário, incluindo 22% das medicações prescritas, cerca de 25% dos exames complementares e 11% dos procedimentos invasivos. As razões mais alegadas para esse excesso de tratamento foram: medo de processos por má prática (84,7%), pedido e insistência dos pacientes (59%) e dificuldade na obtenção de dados médicos (38,2%). Soluções potenciais sugeridas foram: melhor treinamento durante a formação médica (55,2%), acesso mais fácil aos dados de saúde dos pacientes (52%), e melhores diretrizes e protocolos (51,5%)

(Carrol, 2017). Interessante que 70,8% afirmaram que eram mais propensos a prescreverem procedimentos desnecessários quando eram remunerados por eles, e que desestimular o modelo de FFS ajudaria a combater a utilização excessiva e desnecessária do sistema (Carrol, 2017).

Os medicamentos representam 20 a 30% das despesas globais em saúde e, por isso, constituem uma parte significativa do orçamento de quem quer que pague pelos serviços, seja a iniciativa pública ou privada (Lu et al., 2011; OMS, 2010). Os preços de referência internacional são um ponto de partida útil para as negociações, e são determinados pelo preço mediano de determinado medicamento em países comparáveis. Estudo recente demonstra que, em algumas regiões do planeta, os custos em determinadas regiões podem ser 30 a 40% maiores do que em outras, com diferenças muito maiores para fármacos específicos (IDP, 2008; OMS, 2010). O uso irracional de medicamentos, além de poder levar a sérias complicações, desvia recursos de outras intervenções mais efetivas. Estudos demonstram que, em países de média e baixa renda, menos da metade dos pacientes recebem tratamentos compatíveis com os protocolos clínicos para as principais doenças de cuidados primários e, a nível global, mais da metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente, e metade dos pacientes não os tomam de acordo com as prescrições médicas. Estima-se que 5% dos custos em saúde poderiam ser evitados se apenas fossem reduzidos os gastos supérfluos em medicamentos, utilizando-se alternativas equivalentes e mais custo-efetivas, de modo mais adequado e com melhor controle de qualidade (OMS, 2010; WHO, 2003, 2009).

As internações hospitalares e suas durações, muitas vezes excessivas, podem consumir mais da metade dos recursos gastos em alguns locais. Quatro estudos canadenses independentes constataram que 24 a 90% das admissões e 27 a 66% dos dias de internação eram inadequados (De Coster et al., 1997). Outra revisão, de mais de 300 estudos, demonstrou que a eficiência hospitalar era de 85%, o que sugere que os hospitais poderiam fazer 15% a mais com o mesmo custo ou atingir a mesma qualidade de serviços com redução de 15% dos custos

(Hollingsworth, 2008). Não foram constatadas grandes diferenças entre os países. Estes 15% de desperdício de custos hospitalares representa cerca de US$300 bilhões de ineficiência no mundo.

A tecnologia médica é crucial para proporcionar qualidade em saúde, desde que selecionada e utilizada de forma adequada; entretanto, o modelo que estimula e remunera pela quantidade gera distorções e desperdício de recursos. Ela é a maior responsável pelo aumento dos custos nos países da OCDE, e sua introdução e financiamento em cada país nem sempre são baseados na necessidade. O Japão tem o maior número per capita de equipamentos para ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada (TC), enquanto os EUA lideram a prescrição de diagnósticos por imagem a nível mundial, com 91,2 exames de RM por 1000 habitantes (média da OCDE de 41,3 por 1000), e 227,8 exames de TC por 1000 (média da OCDE de 110 por 1000) (OMS, 2010). A média de TC e RM realizadas no Brasil, consideradas conjuntamente, é de cerca de 150 por 1000 pessoas, enquanto nos países ricos da OCDE é de 60 exames para cada 1000. Vários desses exames são repetidos desnecessariamente ou poderiam ser substituídos por outros mais custo-efetivos (Cechin, 2017).

No Brasil, entre 2015 e 2016, o número de exames de RM cresceu 21%, e o de TC, 25,2%. Esse número é ainda mais impactante na saúde suplementar, e a liberdade de solicitação e o modelo de remuneração por serviço estimulam isso. Enquanto no SUS são realizados cerca de 7 RM por 1000 usuários, no sistema suplementar o número chega a 132 por 1000. Este número é maior que a média geral dos EUA, e está muito acima da média dos países da OCDE (Cechin, 2017).

2.5.2. Complexidade administrativa e controles

A preocupação com riscos, fraudes e controles intensificou-se na década de 90 e continua até os dias atuais. Segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC),

em seu *Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa*, governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo o relacionamento entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas. Ou seja, nenhuma empresa deve prescindir, em um ambiente de boa governança, de sistemas de controle. Estes sistemas são maiores ou menores dependendo do tamanho e tipo de organização, e da identificação de sua matriz de riscos. É fundamental definir quais controles são realmente necessários, que custos e resultados são gerados por controles excessivos e qual o nível de confiança que pode ser estabelecido, a partir de certas premissas e regras, para que se possa prescindir de parte desses controles (IBGC, 2023).

Estudo realizado nos EUA mostrou que 25% dos gastos em saúde constituem desperdício, ou seja, recursos econômicos gastos sem agregar valor à qualidade assistencial (Shrank et al., 2019). Foram analisados seis domínios a partir de revisão da literatura publicada entre 2012 e 2019 - falha na prestação dos cuidados, falha na coordenação dos cuidados, excesso de tratamento ou cuidado de baixo valor assistencial, falhas na precificação, fraude e complexidade administrativa. Também foi estimada a economia potencial a partir da tomada de certas decisões com o fim de evitar esse desperdício. Considerando gastos em saúde de aproximadamente US$3,8 trilhões em 2019 (cerca de 18% do PIB), o desperdício de recursos aproxima-se dos US$900 bilhões. Foi estimada uma potencial diminuição de cerca de 25% dele, o que significaria mais de US$200 bilhões anuais disponíveis para melhor alocação. Dos seis domínios nos quais os tipos de desperdício foram classificados, a complexidade administrativa teve seu valor estimado como sendo o de maior vulto, três a quatro vezes maior do que a fraude (Shrank et al., 2019). Isso leva a refletir sobre a forma de gerenciamento dos mecanismos de controle, uma vez que controles excessivos e desnecessários podem gerar mais custo e desperdício do que os eventos que eles pretendem controlar.

A complexidade administrativa, com seus altos custos associados, é uma das razões pelas quais o sistema de saúde dos EUA, além de ser o mais caro do mundo, gasta cerca de duas vezes mais por habitante quando comparado a outros países desenvolvidos de alta renda, cuja taxa de utilização do sistema é similar (Gee & Spiro, 2019; Papanicolas et al., 2018). Os custos administrativos nos EUA, em 1999, foram de quase US$300 bilhões, representando 31% dos custos totais em saúde (Woolhandler et al., 2003). Em 2017 esses custos aproximaram-se de US$1,1 trilhões, dos quais cerca da metade pode ser considerado desperdício desnecessário de recursos (Woolhandler & Himmelstein, 2017). Foi proposta lei para que o HHS (*Department of Health and Human Services*) definisse metas para reduzir em 50% os encargos administrativos e custos desnecessários, nos 10 anos seguintes (Gee & Spiro, 2019).

Indicadores de qualidade assistencial são fundamentais na busca de melhores desfechos em saúde, e cada vez mais os profissionais da saúde têm sido estimulados a reportar suas medidas, que inclusive muitas vezes servem como base de análise para modelos alternativos de remuneração. Essas tentativas de medir qualidade são muito desejáveis e todo o sistema ganha com isso; entretanto, o sistema vigente em muitos lugares é desnecessariamente custoso, e é necessário maior esforço para padronizar medidas e torná-lo mais simples. Estudo demonstra que, em média, médicos americanos gastam cerca de 15 horas semanais em atividades administrativas, tais como coleta, descrição e transmissão de dados. A estimativa de custo do tempo anual gasto por internistas, médicos de família, ortopedistas e cardiologistas nessas atividades aproxima-se dos US$15 bilhões, afora atitudes negativas dos médicos em relação a isso (Casalino & Crosson, 2015). Segundo Blanchfield et al. (2010), os médicos utilizam 12% do tempo de trabalho com excessiva complexidade administrativa. Além do custo referente a isso, deixam de dedicar mais tempo na assistência aos pacientes. Sugerem que regras mais simples e transparentes de pagamento, além de outras inovações, poderiam economizar ou realocar US$7 bilhões anuais. Isso também economizaria 9 horas semanais de

cada médico e sua equipe (Blanchfield et al., 2010). Os recursos alocados como custos administrativos em relação ao gasto total com a saúde variam substancialmente entre os países. Enquanto a média entre os países da OCDE era de 3% em 2014, na França atingia cerca de 6% e, nos EUA, mais de 8% (OECD, 2016).

2.6 MODELOS DE REMUNERAÇÃO

O modelo de cuidado à saúde, tradicionalmente hospitalar e centrado na figura do médico, tem sido cada vez mais questionado. Esse modelo predominante no Brasil, organizado para atender quadros agudos por meio de intervenções curativas, tem sido substituído aos poucos por uma perspectiva que atenda às novas necessidades. Essa perspectiva inclui, não apenas uma modificação no modelo de cuidado, mas também no modelo de remuneração a todos os envolvidos no processo. Esse modelo necessita valorizar a qualidade e não apenas a quantidade dos serviços prestados. Além disso, outros aspectos também contribuem para a ineficiência do setor, como a dificuldade de aferir qualidade e a falta de coordenação da rede assistencial (Almeida et al., 2011; ANS, 2019; Miller, 2017; OMS, 2010). O modelo de remuneração é a forma como os recursos financeiros são alocados aos prestadores de serviços, que podem ser profissionais como médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, e outros, ou instituições como hospitais, casas de saúde, clínicas, laboratórios, fornecedores de materiais, etc. (ANS, 2019; IOM, 1999). Ele impacta significativamente na maneira que o cuidado em saúde é prestado e em seus resultados. Dependendo da estruturação do sistema de saúde, incluindo acesso, modelos e incentivos de pagamentos, a maior parte dos custos é definida a partir da decisão dos médicos e prestadores de saúde no contato inicial com os pacientes. Dependendo desse modelo, para muitos exames diagnósticos e terapias, o benefício da remuneração ocorre diretamente para quem os define. Essa é uma razão pela qual é

fundamental discutir o modelo de remuneração para o sistema de saúde (ANS, 2019; IOM, 1999; Miller, 2017).

2.6.1 Pagamento por Procedimento (*Fee for Service* – FFS)

O FFS (ANS, 2019; OMS, 2010), modelo predominante no Brasil e no mundo, tem como base a remuneração por unidade de serviço realizado, incluindo todas as formas de dispêndio como: consultas, exames, materiais, medicamentos, diárias, recursos humanos, etc. Seu incentivo é a quantidade, e um prestador que atinja maior qualidade com um menor volume de eventos receberá uma menor remuneração (ANS, 2019; Bichuetti & Mere, 2016; Boachie et al., 2014; Miller, 2017; Ugá, 2012). No Brasil, modelos alternativos a esse ainda são muito controversos e pouco utilizados (ANS, 2019; Bichuetti & Mere, 2016). Dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) indicam que esse modelo foi responsável, em 2018, por mais do que 95% do valor pago aos prestadores de serviço na saúde suplementar (ANS, 2018). Gradualmente, em vários países, têm sido introduzidos modelos mistos, que procurem privilegiar o desempenho e a qualidade assistencial (ANS, 2019; Boachie et al., 2014; Miller, 2017; OECD, 2016; Ugá, 2012). O FFS pode incentivar a execução excessiva e desnecessária de procedimentos, de forma desvinculada das evidências científicas e sem contribuir para melhores desfechos assistenciais. Adicionalmente, persistem diferenças de custo e qualidade entre prestadores diferentes, para o mesmo tipo de tratamento (ANS, 2019; OMS, 2010; Porter & Teisberg, 2007).

Em 2019, a ANS lançou documento com o objetivo de incentivar o setor de saúde a buscar formas alternativas de remunerar os prestadores em substituição ao FFS exclusive, desde que assegurada a qualidade da prestação de serviços e não apenas a redução de custos (ANS, 2019). As formas de pagamento deveriam evoluir para recompensar prestadores por melhorias que aumentem a qualidade e o valor entregue, e reduzam a necessidade da

quantidade de serviços (Porter & Teisberg, 2007); entretanto, mesmo sendo paradoxal, isso costuma levar a uma consequente diminuição das receitas dos prestadores que geraram essa qualidade. A maioria dos planos de saúde, ao invés de recompensar essa eficiência, castiga os prestadores por ela; por outro lado, uma pior qualidade assistencial oferecida pelo prestador associada a um maior número de eventos acaba prejudicando o pagador, afora o elo mais importante da cadeira, que é o paciente (Porter &Teisberg, 2007).

Esse modelo de remuneração não é o melhor incentivo para que todos os envolvidos na prestação dos serviços de saúde sejam beneficiados, e para que os hospitais invistam mais em segurança e busca de maior qualidade assistencial. É fundamental que o compartilhamento de ganhos (e de custos) seja discutido, como incentivo a que todos na cadeia unam esforços com um único fim: gerar melhor qualidade com mais eficiência na alocação de recursos (ANS, 2019; Miller, 2018; OMS, 2010; Porter & Teisberg, 2007).

Os incentivos para melhorar a eficiência podem e devem ser incluídos nos modos como se pagam os prestadores de serviços. Existem vários modelos de remuneração alternativos ao FFS e, provavelmente, não existe um único modelo ideal, pois todos apresentam limitações e distorções (ANS, 2019; Miller, 2017; OMS, 2010; Ugá, 2012). Estudos sobre esses modelos alternativos demonstram alguns resultados positivos e outros não, dependendo do desenho e do contexto no qual foram realizados, e apontam em direção a modelos mistos, nos quais parte do pagamento deve ser feito pelo modelo tradicional e parte por outros modelos (Campbell et al., 2009; Gosden et al., 2000; Petersen et al., 2006; Van Herck et al., 2010).

2.6.2 Modelos alternativos de remuneração

Modelos de remuneração alternativos ao FFS são:

- Pagamento por desempenho (*Pay for Performance* – P4P): Tem sido apresentado como alternativa ao FFS, embora não constitua por si só um modelo de remuneração.

Geralmente associado a outro modelo específico, baseia-se numa remuneração ajustada por desempenho. Para isso, é fundamental a mensuração de indicadores da qualidade assistencial dispensada a determinada população. Esses indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos e podem medir desempenho nas dimensões de estrutura, processos ou resultados (Miller, 2017; Ugá, 2012). O modelo conjunto (unindo FFS e P4P) pode ser considerado, segundo o Instituto Coalizão Saúde (ICOS, 2017), uma forma transitória na migração gradual de um modelo voltado a volume para outro voltado a valor em saúde. A existência de indicadores clínicos claros e o compartilhamento de economia gerada podem colaborar para a redução de eventuais abusos e para a geração de valor ao paciente, reduzindo a sinistralidade gerada por desperdício (ANS, 2019).

- *Capitation*: É um modelo de remuneração de médicos e outros profissionais de saúde por meio de um valor fixo por paciente cadastrado (per capita) para o fornecimento de serviços previamente estabelecidos, para uma população definida, em um período específico de tempo. Esse valor é ajustado por risco, considerando ao menos sexo e idade, e independe da quantidade de serviços prestados. Pode ser implementada por região ou por lista de pacientes e o valor fixo geralmente é pago antecipadamente (Bichuetti & Mere, 2016; Boachie et al., 2014; Ugá, 2012).

- *Bundle Payments*: Os prestadores recebem um valor definido por serviços prestados ao longo de todo tempo de tratamento de uma condição específica (ex. insuficiência cardíaca, fratura do fêmur). É uma modalidade de P4P, que utiliza incentivos com base em desempenho. O prestador tem responsabilidade por todo o ciclo do tratamento, e o modelo leva em conta a melhoria do desempenho, tanto em qualidade quanto em economia de recursos. Nesse modelo, o risco recai sobre o prestador, não sendo compartilhado com a fonte pagadora (ANS, 2019; OMS, 2010).

- Orçamentação global e parcial: A orçamentação consiste no estabelecimento de um montante de recursos geralmente baseados em pagamentos anteriores e ajustados por um fator de inflação para um determinado período. Esses valores são negociados entre prestador e fonte pagadora e, dessa forma, as transferências de recursos não estão vinculadas à efetiva produção de serviços. É uma forma de remuneração prospectiva, na qual o estabelecimento de saúde estima suas necessidades de gastos e as apresenta ao financiador e, em contrapartida, compromete-se ao cumprimento de metas de desempenho, baseadas em indicadores de qualidade e eficiência (Vecina Neto & Malik, 2011). Pode ser global ou parcial, quando inclui apenas parte dos serviços prestados, como, por exemplo, atendimento ambulatorial, internações hospitalares, medicações, etc. (Boachie et al., 2014). Necessita ser aplicado com avaliação de qualidade e acompanhamento ao longo do tempo, caso contrário não incentiva ao bom desempenho (Boachie et al., 2014; Ugá, 2012).

- *Diagnosis Related Groups* (DRG): Os DRG constituem-me em um sistema de classificação que não foi concebido originalmente com o intuito de ser um modelo de remuneração, e sim de facilitar a gestão hospitalar, permitindo uma melhor mensuração e avaliação de desempenho. Esse sistema de classificação objetiva obter dados para subsidiar a gestão econômica (custo das internações) e a gestão clínica (perfil clínico dos casos tratados), constituindo grupos de diagnósticos que se pretendem homogêneos sob o ponto de vista do custo. A partir dessa classificação, o profissional prestador de serviços de saúde é remunerado por episódio de tratamento e, o hospital, por internação, com valores que variam segundo o grupo a que pertence o diagnóstico do paciente. A definição do grupo que fará parte determinado diagnóstico principal depende de outros fatores, como idade do paciente, comorbidades e tipo de tratamento realizado. Esse modelo desconsidera o ciclo completo de

tratamento da doença, e os pagamentos são feitos separadamente para cada especialista, o que pode gerar falta de coordenação no cuidado (Bichuetti & Mere, 2016; Boachie et al., 2014; Ugá, 2012).

- Pacotes: Modelo semelhante à orçamentação, sendo utilizado eventualmente para a remuneração de procedimentos ambulatoriais e de serviços diagnósticos e terapêuticos. Diferem substancialmente do modelo de orçamentação pelo fato de manterem a lógica do FFS, qual seja, o pagamento por volume. A diferença para o FFS simples seria o fato de os procedimentos estarem agrupados e serem remunerados por um valor único. Este modelo de pagamento também se aproxima dos *Bundle Payments,* que se tratam de empacotamentos remunerados após a execução dos procedimentos; entretanto, nos *Bundles Payments*, o prestador ou grupo de prestadores são remunerados por todo um *continuum* do cuidado, ao invés de simplesmente ocorrer um agrupamento de procedimentos que não se relacionam entre si (ANS, 2019).

- Assalariamento: É o pagamento clássico, como contraprestação de serviços realizados pelo empregado, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluindo todos os benefícios sociais. A remuneração independe da produção de serviços (Bessa, 2011) e é frequente em áreas fechadas de hospitais, como unidades de tratamento intensivo, prontos atendimentos, serviços de diagnóstico por imagem.

Provavelmente não exista um único tipo de modelo de remuneração que seja o ideal para todas as situações. Todos têm vantagens e riscos, e podem coexistir. Segundo Miller (2018), a implantação de novos modelos de remuneração é mais propensa a ser bem-sucedida se os prestadores participarem voluntariamente. Assim, ao invés de tentar impor novos modelos

a prestadores resistentes, sugere-se a adoção de algumas medidas, entre as quais: envolver os mesmos na elaboração de um modelo a ser adotado, padronizar medidas possibilitando alguma flexibilidade, permitir acesso aos dados e minimizar possíveis perdas financeiras para os prestadores na fase inicial de implementação do novo modelo de remuneração. A ANS reconhece ser ainda um grande desafio essa mudança de modelo, especialmente na saúde suplementar, assume seu papel de facilitador e incentiva o diálogo entre todas as partes, com o intuito de melhorar a eficiência do sistema de saúde sem perda de qualidade (ANS, 2019).

2.7 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A expressão "tecnologias em saúde" inclui medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, programas e protocolos assistenciais, através dos quais os cuidados com a saúde são prestados à população (Brasil, 2006). A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde tem como objetivo maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade (Brasil, 2009b).

2.7.1 Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)

Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é uma avaliação sistemática das propriedades e efeitos das tecnologias em saúde, com o objetivo de gerar informações para a tomada de decisão, incentivar a adoção de tecnologias custo-efetivas e prevenir a utilização daquelas que tenham valor questionável ao sistema de saúde (Brasil 2009a). Fica claro que, além de avaliar o que deve ser incorporado para utilização e em que situações, também deve definir qual tecnologia não deve ser incorporada nem financiada pelo sistema de saúde. A decisão sobre a incorporação de novas tecnologias ao sistema de saúde deve basear-se não

apenas em sua efetividade, mas também na relação entre custos e desfechos em saúde, em seu impacto econômico e no custo de oportunidade em renunciar a outras alocações alternativas para aquele mesmo recurso (Brasil, 2009a, 2014; Drummond et al., 2005; Gold et al., 1996).

2.8 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

Questão central no pensamento econômico é o fato de que os recursos econômicos são, em qualquer sociedade, finitos em relação à demanda. A consequência é um conflito permanente entre a quantidade de recursos e a necessidade de escolher entre alocações alternativas e excludentes (Brasil, 2009a). As avaliações econômicas em saúde são importantes instrumentos para auxiliar essa decisão. São técnicas analíticas formais para comparar diferentes alternativas de ação propostas, levando em consideração custos e consequências para a saúde (Drummond et al., 2005). E é basicamente a aplicação dos princípios da economia às práticas em saúde, preconizando a otimização dos recursos econômicos sem prejuízo da qualidade e dos desfechos clínicos. É uma ferramenta capaz de oferecer informações para auxiliar os gestores a comparar alternativas e decidir sobre a melhor opção para atender às necessidades do sistema de saúde e da sociedade, associando racionalização de despesas e efetividade clínica (Brasil, 2014; Packeiser & Resta, 2014).

Nessas análises, é fundamental que seja considerado não apenas o custo direto, mas também outros custos, como os indiretos e o custo de oportunidade, ou seja, a compreensão de que alocar recursos para uma coisa implica em deixar de aplicá-los em alternativa melhor. O custo real de uma atividade (ex. provisão de medicações) não corresponde apenas aos recursos gastos, mas também no valor das alternativas (ex. vacinas, atendimentos hospitalares, tecnologia, recursos humanos) que deixam de ser fornecidas (Gold et al., 1996). Portanto, alocação eficiente é aquela na qual minimiza-se o custo de oportunidade, isto é, onde os recursos utilizados geram maior valor (Brasil, 2009a; Palmer & Raftery, 1999).

Existem diferentes abordagens para a análise econômica de tecnologias em saúde. Nas chamadas avaliações econômicas parciais, o estudo contempla a descrição ou a análise dos custos e pode conter informações sobre o desempenho de uma determinada tecnologia; entretanto, não há comparação dos custos e das consequências para a saúde entre duas ou mais alternativas. As avaliações econômicas completas ou totais, além de medir o custo, também analisam os desfechos, tais como: efeitos de uma medicação ou tecnologia, aumento na expectativa ou qualidade de vida etc. A comparação entre custos e desfechos é fundamental para auxiliar na alocação mais eficiente, justa e equilibrada dos recursos disponíveis, e essas avaliações econômicas completas são as ferramentas de eleição quando se pretende a incorporação ou substituição de novas tecnologias no sistema de saúde (Brasil, 2014).

Ao contrário do que alguns acreditam, a função dos estudos econômicos em saúde não é "diminuir custos a qualquer preço" e sim, já que os recursos são finitos, ajudar a promover os melhores resultados para a saúde da população ao menor custo possível (Sena et al., 2010). Qualquer avaliação econômica precisa estar baseada em uma questão de estudo bem definida, que irá orientar o escopo, o desenho de pesquisa e a técnica mais adequada. Quando uma avaliação econômica for utilizada para auxiliar a decisão sobre incorporação de novas tecnologias pelo SUS, o tipo de paciente elegível ao uso do recurso e os critérios de exclusão deverão estar bem especificados (Brasil, 2014).

2.8.1. Tipos de avaliações econômicas em saúde completas

São basicamente quatro tipos (Drummond et al., 2005):

1. **Análise de minimização de custos (AMC):** É a forma mais simples de avaliação, quando somente os custos são comparados, já que a eficácia ou efetividade das alternativas são

supostamente iguais. Sua desvantagem é não poder ser utilizada quando os desfechos são diferentes, o que frequente, além de ser raro que duas alternativas tenham efetividades idênticas.

2. **Análise de custo-benefício (ACB):** Quantifica tanto os custos quanto os desfechos em valores monetários. É o tipo de estudo com mais longa história no contexto das avaliações econômicas. Uma das vantagens é poder comparar desfechos diferentes e não relacionados entre si; entretanto, sua desvantagem é a dificuldade de estabelecer um valor monetário preciso para desfechos em saúde.

3. **Análise de custo-efetividade (ACE):** Nessa análise, os custos são medidos em unidades monetárias e os desfechos em unidades naturais que indiquem efeitos em saúde (ex. mmHg, níveis de colesterol, anos de vida ganhos, dias sem sintomas etc.). É o tipo de análise mais frequente na farmacoeconomia, pois os desfechos são mais fáceis de serem quantificados e possibilita o uso na prática das mesmas unidades utilizadas nos ensaios clínicos. Sua maior desvantagem é não conseguir comparar desfechos com unidades clínicas diferentes.

4. **Análise de custo-utilidade (ACU):** Mede a quantidade e a qualidade de vida considerando o conceito de utilidade. Esses pesos de utilidade são medidos numa escala que varia entre 0 (morte) e 1 (saúde perfeita), e incorporam preferências do paciente ou da sociedade para estados de saúde específicos. É o tipo mais complexo de análise econômica, e por muitos é considerado um subconjunto da ACE, por ser uma análise de custo-efetividade acrescida do ponto de vista do indivíduo sobre sua qualidade de vida. A principal vantagem é permitir comparação entre diferentes estratégias de intervenção direcionadas a diferentes

condições de saúde. A principal desvantagem é sua complexidade e o fato de não haver um consenso sobre a medição dos pesos de utilidade, além de eles serem mais uma estimativa aproximada que uma medida exata.

2.9 MODELOS DE GESTÃO E CULTURA ORGANIZACIONAL

Modelos de gestão são um conjunto de estratégias utilizadas por uma organização para coordenar a equipe na execução de tarefas e busca de resultados. É o que permite a colaboração eficaz das pessoas - empregados, funcionários, recursos humanos ou qualquer outra denominação utilizada - para alcançar os objetivos organizacionais e individuais (Chiavenato, 2004).

Desde a Revolução Industrial, surgiram várias teorias administrativas, inicialmente a Científica (Taylor) e a Clássica (Fayol). Embora tivessem semelhanças, a administração científica tinha como prioridade a ênfase nas tarefas enquanto a teoria clássica enfatizava a estrutura organizacional. A Teoria das Relações Humanas (ou Escola Humanística da Administração), que enfatiza a importância das pessoas e do ambiente de trabalho, surgiu, nos Estados Unidos, como consequência das conclusões da Experiência de Hawthorne, e foi um movimento de reação e oposição à Teoria Clássica da Administração (Chiavenato, 2003). Elton Mayo, o fundador do movimento, acreditava que o ser humano é motivado pela necessidade de “estar junto”, ser reconhecido e receber comunicação adequada. Contrapõe-se à afirmação de Taylor de que a motivação básica do trabalhador era salarial. Para Mayo, a organização eficiente por si só, sem reconhecer as necessidades e as interações humanas, não leva a uma maior produção, pois é incapaz de fazê-lo se as necessidades psicológicas do trabalhador não forem descobertas e satisfeitas (Chiavenato, 2003).

2.9.1 Teorias X e Y (Mc Gregor)

Existem teorias que analisam a motivação no ambiente organizacional. Dentre elas, as teorias X e Y, desenvolvidas pelo psicólogo e economista McGregor tratam sobre dois perfis distintos de personalidade e comportamento de funcionários, levando em consideração a natureza humana na situação do trabalho, ou seja, são teorias opostas que evidenciam a forma de agir dentro das organizações (McGregor, 1960; Michel, 2005). Visões distintas geram atitudes e comportamentos distintos, e vão determinar diferentes discursos e lógicas de negociação, administração de conflitos, interlocução, intermediação de interesses e solução de divergências. A Teoria X segue uma filosofia gerencial tradicional, mecanicista, negativa e pragmática. Parte do pressuposto que o trabalho é desagradável para a maioria das pessoas, que elas não gostam de ter autonomia nem assumir muitas responsabilidades, são resistentes a inovações e necessitam ser dirigidas e controladas. A Teoria Y baseia-se em concepções modernas, enfatizando o potencial de crescimento e desenvolvimento humano e que, desde que condições favoráveis sejam oferecidas, a maioria das pessoas são essencialmente comprometidas e motivadas, possuem iniciativa e não precisam constantemente receber ordens (McGregor, 1960; Michel, 2005).

Pela lógica da teoria Y, com um ambiente organizacional adequado, a maioria das pessoas estarão voluntariamente engajadas a exercer o autocontrole e a autodireção, em busca dos objetivos comuns. Este ambiente adequado deve incluir o compartilhamento da tomada de decisão, no qual os interessados possam opinar sobre os processos e as decisões que os influenciam. A burocracia surgiu para controlar os trabalhadores regidos pela teoria X, mas o excesso de valorização da burocracia impede a manifestação dos funcionários da teoria Y. Enquanto a burocracia nivela todos por baixo, o protagonismo nivela-os por cima. Como existem ambos os tipos de pessoas e as empresas muitas vezes não sabem ou não querem reconhecê-los, acabam nivelando todos por baixo com medo das implicações da liberdade

maior sem controle absoluto a quem possa não estar preparado ou conseguir honrá-la. As empresas reconhecem a existência das pessoas da teoria Y, mas nem sempre sabem como descobri-las, aproveitá-las e desenvolvê-las (McGregor, 1960; Michel, 2005).

2.9.2 Sistema de gestão administrativa de Likert

Partindo do pressuposto que a gestão administrativa nunca é igual em diferentes empresas, sendo um processo relativo, e que conduzir o comportamento humano é a atribuição mais importante no que se refere à eficiência (Santos, 2018), Likert propôs classificar as organizações em quatro sistemas diferentes, baseado nas seguintes variáveis: processo decisório, sistema de comunicação, relacionamento interpessoal e sistema de recompensas. A partir de escalas constituídas por esses indicadores, definiu os seguintes tipos de perfis, que estão associados a estilos de liderança (Likert, 1975).

1- **Sistema 1 - Autoritário coercitivo:** autocrático, arbitrário, retrata um sistema administrativo que organiza e controla rigidamente tudo que acontece dentro da organização. Caracteriza-se por um processo decisório centrado na cúpula, são frequentes as ameaças e punições, a comunicação é rara e ocorre sempre de forma vertical. Praticamente não existe trabalho em grupo e o sistema de recompensas para que as pessoas executem as tarefas é baseado em obediência e punição. As consequências negativas desse tipo de liderança são a submissão, a dependência, a inibição e a desmotivação. Pode ter alguma consequência positiva no sentido da rapidez de tomada de decisão. Frequente em organizações com mão de obra intensiva não especializada, e baixa tecnologia.

2- **Sistema 2 - Autoritário benevolente:** também autoritário e impositivo, mas menos rígido que o sistema 1. O processo decisório ainda se encontra na cúpula administrativa, mas existe algum nível de consulta e delegação, sendo permitidas pequenas decisões simples e habituais. Ainda há ênfase no controle e punição, mas existem algumas recompensas salariais e, raramente, simbólicas. Há um pequeno acréscimo de confiança e certa facilitação nas comunicações. As consequências são semelhantes às do sistema 1, porém menos intensas. Ocorre em organizações industriais com alguma tecnologia e mão de obra mais especializada.

3- **Sistema 3 – Consultivo:** representa um grande avanço no sentido ao lado participativo, que é o último sistema. Mais participativo, com menor arbitrariedade organizacional. O processo decisório é consultivo, ou seja, os demais níveis hierárquicos participam das decisões e é dada importância às suas opiniões; entretanto, ainda é controlado pela cúpula administrativa. Os objetivos e tarefas são discutidos previamente, existe comunicação de baixo para cima e algum encorajamento ao trabalho de grupo. Raramente ocorrem punições e é dada ênfase às recompensas materiais. Permite alguma segurança coletiva e mais motivação aos trabalhadores. A desvantagem é que os processos são mais lentos que nos sistemas anteriores. Frequente em bancos, financeiras, empresas de serviços e em algumas áreas de empresas industriais mais avançadas.

4- **Sistema 4 – Participativo:** caracteriza-se por ser o mais democrático e aberto. Todos participam na tomada de decisões, existe boa comunicação em todos os sentidos e elas são percebidas como um meio positivo e eficiente. O ambiente é de completa confiança, com participação e envolvimento do grupo. As recompensas são simbólicas e materiais,

e as punições são raras. As principais consequências são o sentimento de segurança coletiva e interdependência, e maior motivação. A consequência negativa é a possível lentidão do processo decisório. Ocorre em empresas de elevada tecnologia e especialização, onde os profissionais são qualificados e desenvolvem atividades complexas.

2.10 GESTÃO COM PESSOAS, CONFIANÇA, PROCESSOS INTELIGENTES E INOVAÇÃO

Até recentemente predominavam práticas burocratizadas de gestão oriundas da revolução industrial. Nas últimas décadas surgiram abordagens mais dinâmicas e focadas nas habilidades e capacidades humanas, mas ainda hierárquicas e impositivas. A tendência atual é ainda mais inovadora e considera a gestão com as pessoas (Liechtenstein et al., 2006), incluindo-as cada vez mais não apenas dando opiniões ou sugestões, mas participando ativamente do processo decisório, de forma similar ao sistema de gestão participativo de Likert. Administrar com as pessoas significa incluir nas decisões quem mais entende da empresa e de suas perspectivas de futuro. Essa é uma nova visão das pessoas, não apenas como um recurso humano servil e passivo no processo, mas como um sujeito ativo e participante das decisões, e criador de inovações (Chiavenato, 2004).

Entre os fatores que parecem contribuir para a elevação dos custos e desfechos com qualidade inferior ao esperado para o sistema de saúde, incluem-se práticas ultrapassadas de gestão e liderança nas organizações de saúde, tais como: centralização de decisões, pensamento linear e pouco desejo de inovação (Weberg, 2012). Visões de uma liderança tradicional baseada em hierarquia são cada vez menos úteis, dada a complexidade do mundo moderno. Possivelmente, seria benéfica uma transição gradual para lideranças que contemplem novas

perspectivas para as complexas necessidades de adaptação das organizações (Liechtenstein et al., 2006).

Segundo Gasparetto (2008), cultura organizacional é um sistema de valores, crenças e políticas, dirigido e compartilhado pelas lideranças, constituindo o rumo pelo qual as pessoas agem, como a instituição conduz seu negócio e se relaciona com as partes interessadas, como as decisões são tomadas e qual o nível de lealdade e engajamento dos colaboradores. Assim como uma forte cultura propicia estabilidade, ela também pode constituir uma barreira a inovações, já que ela apenas apoia mudanças quando essas mudanças correspondem aos valores predominantes da organização (Arefin et al., 2015; Cekuls, 2015; Robbins, 2005; Robbins & Judge, 2012;).

O foco principal do protagonismo é a confiança, enquanto o foco principal da atividade burocrática é o controle. Por isso existe tanto conflito entre protagonismo e burocracia. Quando um aumenta, o outro tende a diminuir. Os defensores do controle tomam como princípio de que todos querem levar vantagem, e que precisam ser criados mecanismos para evitar isso. Os defensores da confiança partem do princípio oposto: ninguém pode levantar suspeitas sobre uma pessoa até evidências contrárias. Segundo Hashimoto (2006), é fundamental estabelecer sistemas que alinhem interesses individuais aos objetivos organizacionais, com transparência e responsabilidade; entretanto, deve haver um equilíbrio, pois controles excessivos podem desmotivar, enquanto a falta deles pode ocasionar abusos.

A confiança cresce nas organizações quando se permite liberdade e se avaliam os resultados e as atitudes. É um processo simples e raramente utilizado na prática. Tem um enorme valor para qualquer instituição ter seus profissionais engajados e partícipes de um projeto maior, que lhes traga significado e propósito. O trabalho como meio de realização se materializa quanto mais dissemina-se a visão estratégica, criando nas pessoas a sensação de fazerem parte de um grande projeto comum. Isso ocorre não apenas com os gestores, mas

principalmente com os colaboradores ou sócios. Isso também aumenta a coesão entre as pessoas, seja por bons resultados ou pela clareza de propósitos (Carnevalli Filho, 2014).

Inovação significa criar algo novo, ou também, novas realidades. A palavra é derivada do latim *innovatio* e refere-se a uma ideia, método ou objeto que é criado e que pouco se parece com padrões anteriores. Ao ser uma criação, ela é, ao mesmo tempo, o processo e o resultado de fazer existir o que não havia, assim como de dar nova forma ou utilidade a algo que já existia. Sendo também entendida como um processo, deixa de ser percebida como fruto exclusivo de lampejos de inventividade, mas como um conjunto estruturado de ações e operações visando a um resultado, podendo ser estimulada e gerida (Plonski, 2017).

As organizações têm reconhecido a necessidade de criar processos inteligentes para lidar com incertezas, antecipar e melhor tomar decisões, visando a obter maior competitividade e sustentabilidade (Souza & Janissek-Muniz, 2021). Apesar do reconhecimento dessa necessidade, estudos indicam que muitas organizações não os aplicam adequadamente (Cainelli, 2018; Sewdass & Du Toit, 2015), ou têm dificuldades em sua implementação, e uma das razões pode ser a falta de alinhamento com a cultura organizacional vigente (Duss, 2016; Garcia-Alsina et al., 2016; Rohrbeck & Kum, 2018). Uma cultura organizacional que sensibilize as pessoas a participarem voluntariamente de processos inteligentes motiva a um maior engajamento e aumenta a eficiência e competitividade das organizações (Arefin et al., 2015; Lesca, 2003). O reconhecimento de que a cultura organizacional é crítica na criação de processos inteligentes, que em última análise são conduzidos por pessoas, favorece o conhecimento das incertezas conjunturais e prepara a organização para o futuro (Wiener, 2018). Um dos fatores culturais que comprometem o sucesso de implementação de processos inteligentes é a falta de cooperação entre os indivíduos (Jaharuddin et al., 2016; Janissek-Muniz, 2016). Estudos sugerem que os processos inteligentes em uma organização estão associados e são influenciados por alguns fatores culturais: liderança, comunicação, confiança

e colaboração, aprendizado e orientação para o futuro e inovação. Segurança psicológica é a crença de que se pode inovar e correr alguns riscos sem ser condenado nem punido. Em um ambiente onde ela existe, as pessoas aprendem mais e inovam mais (Edmondson, 1999).

2.11 TOMADA DE DECISÕES

2.11.1 Teorias sobre tomada de decisão

Entre as teorias sobre a forma como os indivíduos tomam decisões, destaca-se a abordagem dos cientistas sociais que na década de 1970 acreditavam que as pessoas são, em geral, racionais e lógicas e que suas opiniões e decisões normalmente são sólidas, objetivas e baseadas na racionalidade (Kahneman, 2012). A racionalidade é a base da teoria econômica clássica, foi amplamente utilizada como suposição do comportamento dos indivíduos e predomina na literatura econômica relacionada com a tomada de decisão humana. A premissa básica da teoria da escolha racional como uma metodologia das ciências sociais é que o comportamento social agregado é resultado da soma da ação feita pelos indivíduos. Ela assume que um indivíduo tem preferências entre as alternativas disponíveis e que as escolhas costumam ser racionais e consistentes, a partir das informações disponíveis, probabilidade dos eventos, restrições e potenciais benefícios e riscos na determinação das preferências. Esse modelo do agente racional tem como base a Teoria da Utilidade Esperada (Von Neumann & Morgenstern, 1944), que não foi concebida para ser um modelo psicológico e sim uma lógica de escolha baseada em axiomas de racionalidade. Os indivíduos fazem escolhas de acordo com suas preferências pessoais e restrições que enfrentam, procurando sempre maximizar sua felicidade ou utilidade. Uma suposição geralmente associada à escolha racional é que as preferências individuais são de interesse próprio.

Os psicólogos Kahneman e Tversky (1979) questionaram esse pressuposto de racionalidade e, a partir de vários estudos, mostraram que o pensamento é afetado por vieses

cognitivos e que nossos julgamentos e decisões são suscetíveis a erros sistemáticos. Hoje há muitas evidências de que a emoção tem mais influência nas nossas escolhas do que se acreditava. Kahneman e Tversky criticaram a teoria da utilidade esperada como modelo descritivo de tomada de decisão sob risco e propuseram uma nova teoria (Teoria do Prospecto), que objetivava demonstrar e explicar violações sistemáticas dos axiomas de racionalidade vigentes (Kahneman & Tversky, 1979). Essa nova teoria apresentava pontos em contradição direta com a Teoria da Utilidade Esperada. Markowitz (1952) já havia proposto uma teoria na qual utilidades eram mais ligadas a mudanças de riqueza do que a estados de riqueza absolutos. A Teoria do Prospecto passaria a definir os resultados como ganhos e perdas, a partir de um ponto de referência, e não simplesmente como um estado. A Teoria do Prospecto tem três características principais, que são comuns a diversos processos automáticos (Sistema 1) de percepção, juízo e emoção. A avaliação parte de um ponto de referência (*status quo*) e os resultados são percebidos como ganhos ou perdas. Em segundo lugar, um princípio de sensibilidade decrescente aplica-se à avaliação de mudança de status e quanto mais próximo do ponto de referência inicial, maior a percepção de ganho ou perda, mesmo que numericamente igual. O terceiro princípio é a aversão às perdas (Kahneman & Tversky, 1979). Para a maioria das pessoas, o medo das perdas supera a expectativa de ganhos similares ou até maiores. A razão de aversão às perdas foi estimada em cerca de dois, com variações individuais e de contextos (Novemsky & Kahneman, 2005).

2.11.2 “Arquitetura de escolhas” e “Paternalismo Libertário”

Os médicos, ao atenderem pacientes, precisam tomar decisões entre várias alternativas: simplesmente orientá-los e observar a evolução natural dos sintomas, solicitar exames complementares, indicar procedimentos ou internação hospitalar. O mesmo vale para qualquer gestor que precise decidir como alocar recursos escassos e finitos da melhor forma. As tomadas

de decisões, sejam por médicos ou gestores, contêm algum grau de incerteza (Kahneman, 2012). Gestores públicos ou privados necessitam ter uma estratégia de alocação de recursos, que será baseada em vários fatores: prioridade, disponibilidade, custo, logística, risco etc. O gestor precisa organizar o contexto no qual as decisões são tomadas por inúmeros agentes. Thaler e Sunstein (2009) definiram essa organização como "arquitetura de escolhas". Consideram equivocado o pressuposto de que é possível não exercer nenhuma influência sobre as decisões e, já que isso ocorre, é legítimo tentar influenciar o comportamento das pessoas para que façam escolhas benéficas e com consciência disso, desde que mantenham ou aumentem a sua liberdade de escolha. Chamaram isso de "paternalismo libertário" (Thaler & Sunstein, 2009). Os indivíduos preferem sugestões a ordens, exigências e proibições, mas qualquer escolha precisa ter um ponto de partida, uma opção-padrão. O aspecto libertário da estratégia sustenta-se na premissa de que, na maioria das vezes, desde que não estejam causando mal a outros, as pessoas devem ser livres nas suas ações e nas suas recusas por opções que pareçam indesejáveis aos seus interesses, ou seja, devem manter absoluta liberdade de escolha. O aspecto paternalista reside na alegação de que é legítimo aos "arquitetos de escolhas" (pessoas que têm a responsabilidade de organizar o contexto no qual outras pessoas precisam tomar decisões) tentar influenciar o comportamento das pessoas de forma a tornar suas vidas mais longas, saudáveis e melhores. Em outras palavras, defende a realização de esforços autoconscientes, por instituições públicas e privadas, no sentido de dirigir as escolhas das pessoas em direções que possam melhorar suas vidas. São políticas paternalistas de meio, não de fim, que procuram ajudar as pessoas a alcançarem o seu próprio objetivo desejado. É uma forma leve e não intrusiva de paternalismo, pois as escolhas não são bloqueadas, limitadas ou significativamente reprimidas. Por outro lado, em contextos importantes, os gestores públicos ou privados não devem simplesmente aceitar ou implementar as escolhas antecipadas das pessoas, e sim tentar direcioná-las ao melhor caminho. Devem cutucar, "dar um empurrão".

A intervenção deve ser simples e fácil de executar (ou evitar). Ex. regras padronizadas simples, informações ou apresentações claras, dicas úteis (Thaler & Sunstein, 2009).

2.11.3 Economia Comportamental

O economista Richard Thaler foi um dos primeiros a unir a economia à psicologia, ao aplicar conceitos da Teoria do Prospecto para enigmas econômicos (Thaler, 1980). O conceito de aversão às perdas provavelmente é a contribuição mais significativa da psicologia à economia comportamental. Negatividade e fuga dominam positividade e aproximação. Ameaças têm primazia sobre oportunidades, o negativo supera o positivo de muitas maneiras e a aversão às perdas é uma das várias manifestações de uma ampla dominância da negatividade (Baumeister et al., 2001; Rozin & Royzman, 2001). Esse é mais um fator que desestimula mudanças de estado e inovações. Esses exemplos de intensidades assimétricas de motivações (aversão ao fracasso mais forte do que desejo de sucesso) aparecem em inúmeras situações. É uma característica presente em quase todas as negociações, sobretudo quando já existe um contrato preexistente ou, no mínimo, um estado de referência inicial. A partir dessas referências, toda mudança proposta em qualquer aspecto geralmente é percebida inevitavelmente como uma concessão que um lado faz ao outro. Thaler denominou "efeito dotação" o fato de que é mais doloroso renunciar a algo que se possui do que é gratificante comprar algo do mesmo valor (Thaler, 1980). A aversão às perdas e o efeito dotação dificultam a obtenção dos acordos, pois ambos os lados atribuem maior valor às suas concessões do que aos ganhos advindos das concessões do outro, mesmo que elas possam ser equivalentes. Isso ocorre especialmente quando não há crescimento do valor global a ser dividido, pois necessariamente haverá uma alocação de perdas. Por isso, a aversão à perda é uma força conservadora que dificulta mudanças maiores de *status quo* e de paradigmas, tanto para indivíduos quanto para instituições. A aversão às perdas muitas vezes faz com que os

indivíduos evitem ações que poderiam ser benéficas, contrariando a teoria clássica do agente racional, mas esse não é o único motivo para inércia (Kahneman et al., 1991). "Viés do *status quo*" é um viés cognitivo que demonstra que a maioria das pessoas tem preferência por fazer escolhas que mantenham a situação atual, evitando as que provoquem mudanças (Samuelson & Zeckhauser, 1988). A combinação de aversão a perdas com esse viés faz com que opções-padrão (*default*), nas quais há uma prévia opção a menos que ocorra instrução diferente, sejam as escolhas habituais dos indivíduos (Kahneman et al., 1991; Samuelson & Zeckhauser, 1988).

2.11.4 Variabilidade no julgamento, modelos e regras

Especialistas obtêm qualificações profissionais e recebem treinamento e supervisão em suas organizações. Médicos não são treinados apenas em ferramentas técnicas do seu ofício, mas também são instruídos a usar certos métodos e a seguir determinadas normas (Kahneman et al., 2021). Esse conjunto dá aos profissionais uma ideia do que deve ser considerado ao fazer um julgamento clínico e tomar uma decisão. Essa suposta concordância não impede uma grande variabilidade nas decisões e condutas, por várias razões, entre as quais o fato de que não existe uma doutrina que especifique totalmente como proceder. Há uma margem de interpretação, que leva à variabilidade inevitável inclusive entre profissionais com treinamento idêntico. Essa variabilidade na medicina não se limita ao diagnóstico, mas também aos tratamentos. Mesmo em situações que não envolvam julgamento e interpretação e nas quais existam parâmetros claros, muitas vezes numéricos, para definir valores (por ex. teste positivo ou negativo, ou glicemia de jejum 89 ou 112 mg), nem sempre a decisão de prescrever tratamento é simples ou clara. Talvez essa variabilidade seja maior do que deveria, gerando riscos desnecessários aos pacientes, além de custos ao sistema. Estudos demonstram concordância pobre entre clínicos ao avaliarem interações medicamentosas, concordância tênue a moderada entre nefrologistas interpretando testes-padrão para doenças renais e

concordância apenas razoável na avaliação do grau de estenose vertebral em imagens de ressonância magnética (Speciale et al., 2002; Strasberg et al., 2013; Wald et al., 2009).

O treinamento e a capacitação tendem a diminuir a variabilidade no exercício assistencial, assim como o seguimento de diretrizes e protocolos. Escalas como APGAR (Apgar, 1953), por exemplo, diminuem a variabilidade na avaliação do bem-estar do recém-nascido, mas não eliminam a necessidade de interpretação e julgamento de condutas a serem adotadas. Na prática assistencial, a indicação de realização de exames complementares, com seus riscos e custos, é, em parte, subjetiva e sujeita à variabilidade entre médicos. A decisão deve ser baseada em anamnese e exame físico, que nem sempre são mensuráveis e comparáveis. Da mesma forma, um paciente escolhe um determinado médico por sua habilidade e competência profissional, mas também seleciona um indivíduo com valores, preferências, crenças, memórias, experiências e associações que são exclusivas desse profissional em particular. De um modo geral, a consulta médica resulta em um julgamento e uma tomada de decisão, com os vieses cognitivos advindos disso. Embora a formação médica e o treinamento assistencial visem a padronizar o julgamento, o instrumento é a mente humana. Portanto, há sempre um grau de incerteza, embora exista um limite para quanta discordância e variabilidade sejam desejáveis e admissíveis. Além disso, há circunstâncias que afetam o julgamento e a tomada de decisão (horário do dia, clima, estado de humor etc.) (Kahneman et al., 2021). Redelmeier & Tversky (1992) demonstraram que, ao tratar pacientes individuais, os médicos tinham comportamento diferente do que quando planejavam tratamentos ideais para grupos de pacientes com sintomas semelhantes. Tendiam a solicitar mais exames e fazer coisas que não concordariam se estivessem definindo política pública para tratar populações com exatamente a mesma doença.

Segundo Kahneman et al. (2021), grande variabilidade nas organizações é muito prevalente, assim como a falta de atenção dada ao assunto. Em julgamentos profissionais, é

reforçada diariamente a crença de que as pessoas veem o mundo de uma forma parecida (realismo ingênuo). Existe uma linguagem comum e um conjunto de normas sobre o que deve importar numa tomada de decisão, e o caráter absurdo sobre os julgamentos que violam essas normas provoca segurança e a impressão de que discordâncias ocasionais são normais ou são apenas um lapso no julgamento dos outros. Poucas vezes se percebe que essas normas consensuais muitas vezes são vagas e baseadas em parâmetros subjetivos, sendo apenas suficientes para eliminar possibilidades, mas não para determinar um julgamento objetivo em um caso particular. A confiança individual no seu próprio julgamento é reforçada pela experiência subjetiva de decisões tomadas com cada vez mais facilidade, em parte porque se baseiam em casos anteriores similares (Kahneman et al., 2021).

Estudos demonstram que, em julgamentos preditivos, modelos lineares simples tendem a superar o julgamento humano (Goldberg, 1970; Wiggins & Kohen, 1971). Regras simples que possam ser aplicadas com pouco ou nenhum cálculo produzem previsões muito precisas em vários cenários, comparadas a modelos de maior complexidade e que utilizem mais variáveis (Goldberg, 1970; Wiggins & Kohen, 1971). Regras econômicas transparentes e de fácil aplicação podem ser criadas com relativamente pouca perda de acurácia e precisão em relação a modelos mais complexos (Jung et al., 2020). A variabilidade nos julgamentos e comportamentos sociais pode ocorrer simplesmente por falta de informações adequadas. Estudo em relação à economia de energia demonstrou que conhecer os dados referentes ao comportamento dos vizinhos foi a forma mais eficaz de estimular indivíduos a modificar o seu, quando comparada com outras estratégias (Schultz et al., 2007). Isso ocorreu apenas quando a comparação foi feita com indivíduos que compartilhavam identidades comuns. O poder da influência e dos padrões sociais, aumenta quanto maior for a proximidade e semelhança com os outros (Schultz et al., 2007). Muitas vezes as pessoas estão fora da norma habitual simplesmente por não saberem qual é a norma e não perceberem que seu comportamento está

fora do padrão (Grant, 2014). Além disso, o conhecimento claro dos pontos de referência, regras e normas de determinada cultura pode gerar obrigações morais a seguir (Kahneman, 2012). A despeito de muitas evidências em favor de métodos mecânicos e algorítmicos, também é importante manter a liberdade de decisão dos médicos ao lidar com casos individuais, a partir de suas experiências e das preferências dos pacientes. Por outro lado, a construção de algumas regras ou diretrizes que preservem essa liberdade podem contribuir para minimizar a variabilidade excessiva na tomada das decisões (Kahneman, 2012).

2.12 PREFERÊNCIAS POR RECIPROCIDADE, INTERAÇÕES INTERPESSOAIS E EXPECTATIVAS DE DESEMPENHO

A atividade profissional assistencial e a gestão requerem necessariamente interação com outras pessoas e negociação para a tomada de decisão, sendo que o sucesso na obtenção de resultados depende de como ocorre essa interação. Cientistas sociais, em estudos realizados nas últimas décadas, demonstraram que as pessoas diferem quanto às suas preferências por reciprocidade, ou seja, a combinação de quanto desejam obter para si e quanto desejam "doar" para os outros (Miles et al., 1989). Nos extremos opostos do espectro, os indivíduos são classificados como “tomadores” e “doadores”. Tomadores têm uma característica fundamental, gostam mais de receber do que de doar. Junto a isso, costumam colocar seus próprios interesses à frente das necessidades alheias, acreditam que o mundo é um lugar competitivo e que, para obter sucesso, precisam ser melhores que os outros. Costumam ser atraídos por valores associados à riqueza, poder, prazer, vitória. Doadores costumam fazer a reciprocidade pender na direção dos outros, doando mais do que recebendo, atraídos por valores associados à generosidade, solidariedade, responsabilidade, justiça e compaixão (Miles et al., 1989). A maioria dos indivíduos apresenta um comportamento intermediário entre o tomador e o doador. São “compensadores” e seus relacionamentos são determinados por trocas

equilibradas. Esses três estilos fundamentais de interação social possuem linhas tênues e voláteis entre si; entretanto, no ambiente profissional, os indivíduos costumam desenvolver somente um estilo de reciprocidade (Grant, 2014).

Pesquisa analisou milhares de indivíduos em doze países e, em todos eles os valores associados à generosidade foram mais valorizados e priorizados pela maioria, quando comparados com valores associados ao poder, riqueza e prazer (Grant, 2014; Schwartz & Bardi, 2001;). Atitudes generosas, especialmente quando consistentes, estabelecem um padrão que incentiva as outras pessoas de um grupo a modificar seus estilos de reciprocidade. Quando isso acontece continuamente, todos se tornam mais propensos a contribuir para os objetivos do grupo, mesmo ao interagir com outros indivíduos que não participavam da contribuição original (Fowler & Christakis, 2010; Grant, 2014). Isso acaba por tornar-se a norma habitual de comportamento nas próximas interações. As diferenças fundamentais entre os estilos antagônicos, “tomadores” e “doadores”, afetam tanto o desempenho individual quanto o coletivo. Estudantes de Medicina com estilo doador obtiveram melhores resultados na interação com colegas e pacientes (Grant, 2014). Indivíduos com o estilo de reciprocidade "doador" não aceitam a ideia de que interdependência seja sinal de fraqueza. Ao contrário, acreditam que o trabalho conjunto pode somar habilidades em busca do bem comum (Podsakoff et al., 2009). Entretanto, como essa conduta não costuma ser valorizada no ambiente profissional, os doadores não costumam assumi-la, por medo de serem considerados fracos ou de não terem capacidade de liderança (Grant, 2014). Quando as pessoas percebem comportamento individualista nos outros e percebem um ambiente no qual para alguém ganhar o outro precisa perder, elas temem ser exploradas e concluem que adotar uma orientação competitiva é mais racional e adequado, mesmo que não seja seu estilo habitual em outros ambientes (Miller, 1999).

A maioria dos indivíduos é compensador em suas preferências por reciprocidade, ou seja, adapta-se ao ambiente e trabalha de forma cooperativa ou competitiva de acordo com seu grupo de trabalho (Grant, 2014). Em Teoria dos Jogos isso é chamado de comportamento "olho por olho", ou seja, o indivíduo começa colaborando e assim se mantém até que a outra parte torne-se competitiva. Essa fórmula de permuta é extremamente eficaz e venceu muitos torneios de Teoria dos Jogos. Segundo Nowak e Highfield (2011), essa atitude contém uma falha importante, especialmente em interações que precisam ser mantidas ao longo do tempo, pois não tem nenhuma tolerância para lidar com ocasionais infortúnios. Ele preconiza uma eventual tolerância ao "mau comportamento", retaliando-o em dois terços das vezes, mas aceitando-o em um terço. Essa abordagem promove um importante equilíbrio entre recompensar o comportamento desejado e desestimular o indesejado, com alguma tolerância e sem ser demasiadamente controlador e punitivo (Nowak & Highfield, 2011).

Estudos demonstram a influência da expectativa sobre o desempenho. Quando professores tinham alta expectativa de rendimento dos alunos, por acreditar que eram mais promissores, adotavam comportamentos mais apoiadores, que reforçavam a sua confiança, aceleravam o aprendizado e o desenvolvimento e melhoravam o desempenho (Rosenthal & Jacobson, 1966, 2003). Outros experimentos replicaram esses efeitos, especialmente com alunos de baixo desempenho e membros de grupos minoritários estigmatizados. Em uma análise abrangente das evidências, os psicólogos Jussim e Harber (2005) concluíram que essas profecias podem tornar-se realidade.

Experimentos realizados em diferentes ambientes (escolas, exército, empresas) demonstraram que comportamentos apoiadores exercidos pelos líderes, que reforçaram a confiança e a capacidade das pessoas, antes de conhecê-las ou medi-las, geraram maior motivação, engajamento e resultados. Segundo McNatt (2000), essas ações dos gestores podem exercer efeito poderoso sobre o desempenho. O autor estimula os gestores a reconhecerem a

possível força e influência de demonstrar um interesse genuíno e uma confiança autêntica no potencial das pessoas, além de apoiá-las e adotarem práticas que transmitam essa crença, aumentando a motivação e os esforços para que alcancem todo o seu potencial. Por outro lado, estudos mostram que quando prevalece a desconfiança e a suspeita, essas baixas expectativas desencadeiam um círculo vicioso, restringindo o desenvolvimento e a motivação daqueles ao seu redor (Marr et al., 2012). O impacto das expectativas sobre o desempenho é ainda maior quando vem de alguém que tem credibilidade e conhecimento sobre o assunto, como é o caso de especialistas e representantes de uma especialidade médica. Caso contrário, pode ter o efeito oposto (Nurmohamed, 2020). Além disso, evidências sugerem que quando os líderes apresentam o trabalho como produto de um esforço coletivo, as pessoas são inspiradas a contribuir mais e comprometer-se com aquele propósito, e o desempenho melhora (Grant, 2014).

2.13 ESTILOS DE COMUNICAÇÃO E SUA INFLUÊNCIA EM NEGOCIAÇÕES

O sucesso de uma negociação depende muito da capacidade de influenciar. Existem duas formas de exercer influência sobre outras pessoas: domínio ou prestígio (Halevy et al., 2012). O domínio influencia pela força e pelo poder, já o prestígio exerce influência pelo respeito e pela admiração que provoca. Essas maneiras associam-se com os estilos de reciprocidade. Tomadores tendem a influenciar pelo domínio, do qual uma expressão é a comunicação autoritária: voz alta, energia, segurança, promoção das próprias qualidades, orgulho e convicção (Grant, 2014). O estilo oposto é a comunicação não autoritária, na qual o comunicador demonstra menos assertividade, faz mais perguntas do que dá respostas, demonstra incerteza e confiança na opinião alheia. Há evidência de que a comunicação não autoritária gera mais respeito e confiança e torna os grupos mais eficientes e produtivos (Aronson, 1999; Friestad & Wright, 1994;). As pessoas tendem a desconfiar e resistir a

mensagens autoritárias incisivas (Friestad & Wright, 1994), por medo de serem enganadas, ou simplesmente porque desejam preservar sua autonomia e liberdade de escolha. Segundo Aronson, na persuasão direta, o público está consciente que foi convencido por outra pessoa; na autopersuasão, as pessoas sentem que a motivação veio delas próprias. Mesmo quando tentamos assumir as perspectivas alheias, mantemos nossos padrões de referência (Aronson, 1999; Batson et al., 1997;). A comunicação autoritária funciona apenas quando a equipe é formada por seguidores passivos, menos frequente em profissionais com ensino superior. Quando a maioria é proativa, os resultados são consistentemente melhores quando os líderes têm estilo de comunicação não autoritária (Grant et al., 2011).

As características associadas à comunicação não autoritária costumam gerar maior comprometimento dos membros. Indivíduos tendem a se comprometer mais quando sua opinião é solicitada e quando são incluídos nas discussões, em vez de terem que simplesmente cumprir regras decididas sem sua participação. Pedir orientação gera quatro benefícios: aprendizado, transferência de perspectiva, comprometimento e enaltecimento. Pedir ajuda, desde que de forma autêntica, é uma forma de gerar engajamento e comprometimento (Liljenquist, 2010). Quando um grupo percebe que qualquer dos participantes age de forma a colocar os interesses coletivos à frente dos próprios, ele recebe créditos de idiossincrasia (Hollander, 1958), ou seja, impressões positivas na mente de todos e permissão para agir com mais liberdade e sugerir inovações ou ideias não habituais. Os grupos tendem a recompensar os esforços individuais (Willer, 2009). Pesquisas confirmam que essas pessoas que costumam agir no interesse coletivo têm mais facilidade de propor ideias que questionem o status quo e proponham inovação (Grant et al., 2009). O oposto ocorre quando alguém é percebido como individualista (Cerne et al, 2014).

Estudos mostram que, quando se sentem exploradas ou quando sofrem qualquer imposição injusta de perdas, as pessoas procuram punir os exploradores da forma que puderem,

inclusive prejudicando suas reputações (Kahneman et al, 1986; Feinberg et al, 2012a, 2012b). Isso vale para regras impostas ou negociações entre partes, especialmente quando a relação é duradoura, com eventos continuados. Estudo experimental mostrou que mesmo pessoas estranhas ao cenário de decisão e não afetadas pela imposição, que observavam comportamentos injustos frequentemente se uniam à retaliação (De Quervain et al., 2004).

Uma negociação precisa ser boa para todos os agentes. Estudos demonstraram que, numa negociação, pessoas podem se dispor a lutar mais para atingir seus objetivos quando estão negociando pelo interesse de outras pessoas (Amanatullah & Morris, 2010; Bowles et al., 2005;). Segundo De Dreu et al (2000), são mais eficazes os negociadores que demonstram preocupação tanto com os interesses de outras partes quanto com os interesses próprios. Isso provoca raciocínios mais complexos e soluções intermediárias que podem ser boas e muitas vezes não são percebidas.

A psicóloga Marilynn Brewer desenvolveu uma teoria sobre influência: os indivíduos desejam, por um lado, se "encaixar": buscam conexão, pertencimento e associação com os outros (Brewer, 2007). Por outro lado, também querem se sobressair, buscando singularidade e diferenciação. Esses impulsos podem ser conflitantes. A diferenciação ideal estaria em grupos cujos membros compartilham interesses, objetivos e valores semelhantes, mas que também preservem sua individualidade, propiciando ao mesmo tempo uma sensação de pertencimento e de singularidade. Isso reforça a ideia do "paternalismo libertário", de que decisões coletivas dos representantes de um grupo devem sempre procurar preservar a liberdade de escolha individual (Thaler & Sunstein, 2009).

Estudos mostram que, quando pelo menos um negociador apresenta humildade e curiosidade no nível de um cientista, o resultado é melhor para os dois lados, porque essa pessoa buscará mais informações e encontrará vantagens para ambos (Velden et al., 2010). Segundo Rackham, estudioso da psicologia das negociações, os melhores negociadores buscam um

denominador comum, usam menos, mas fortes argumentos, raramente entram numa “espiral de ataque-defesa” e demonstram curiosidade (Rackham, 2007). Além disso, procuram fazer perguntas. Um debate não é uma batalha e em uma negociação concordar com argumentos do oponente é um ato apaziguador que pode levar a melhores resultados para todos. Muitas pessoas acreditam que, numa negociação, muitos argumentos tendem a suplantar os antagônicos; entretanto, evidências sugerem que menos argumentos, desde que consistentes, são uma vantagem, uma vez que argumentos fracos podem diluir os fortes e, quanto mais razões forem apresentadas, maior a possibilidade de algumas serem rejeitadas e, em consequência, toda negociação ser prejudicada (Rackham, 2007).

Em uma negociação, o primeiro instinto é começar falando, utilizando argumentos racionais sobre um ponto de vista, mas, em geral, a forma mais eficiente de ajudar outros a abrir a mente às ideias alternativas é escutando-os. Muitas vezes, mais do que obter respostas ou soluções, os indivíduos preferem simplesmente serem acolhidos e ouvidos. Ao demonstrar interesse pelos argumentos e objetivos das pessoas, elas também se tornam mais dispostas a ouvir e flexibilizar suas ideias, facilitando a obtenção de um consenso. Essas são características da comunicação não autoritária. Alison Fragale demonstra que, quando pessoas precisam trabalhar em relacionamento próximo com outras (equipes ou prestadores de serviços), o discurso não autoritário exerce mais influência que o discurso de poder. A resistência diminui a as pessoas mostram-se mais dispostas a concordar ou, ao menos, a considerar os argumentos e opiniões do outro (Fragale, 2006).

Alguns paradigmas são mantidos ao longo do tempo, muitas vezes principalmente por inércia. Repensar algo em que acreditamos ameaça nossa identidade. Uma vez que algo é aceito como verdadeiro, raramente é questionado. Modificar instrumentos e processos não significa apenas desaprender hábitos, mas também admitir fracasso e necessidade de mudança. Rever ideias e conceitos pode ajudar a encontrar novas soluções para problemas antigos e redescobrir

soluções antigas para problemas novos (Grant, 2021). Flexibilidade cognitiva é a capacidade mental de adaptar-se às necessidades e ajustar comportamentos em resposta a mudanças de ambientes ou de situações (Csikszentmihalyi, 1996). Estudo demonstrou uma única característica, dentre várias variáveis aferidas, como fator preditivo de uma boa gestão na presidência dos Estados Unidos da América: o interesse e a disposição para assumir novas ideias (Simonton, 2006).

2.14 TÉCNICAS PARA OBTENÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS

Existem várias técnicas de pesquisa qualitativa. Morgan (1997) definiu grupos focais como uma técnica que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico específico sugerido pelo pesquisador. Seu uso está relacionado aos pressupostos e premissas do próprio pesquisador e, entre outros objetivos, pode ser utilizado como ferramenta de gerenciamento, de tomada de decisão e de apoio a programas de intervenção em saúde. Essa técnica consiste em reunir um grupo de pessoas, preferencialmente especialistas em determinado assunto, para que o pesquisador possa entender como elas se sentem ou pensam a respeito de determinado fenômeno (Krueger & Casey, 2000). Essa discussão é conduzida por um moderador, que traz consigo uma lista, previamente preparada, dos tópicos a serem discutidos e permite que os participantes respondam às questões propostas com suas próprias palavras. Segundo Fern, grupos focais podem ter duas orientações: a primeira busca a confirmação de hipóteses e avaliação da teoria e a segunda dirige-se para aplicações práticas. Essas duas orientações podem estar combinadas em três modalidades de grupos focais: exploratórios, clínicos e vivenciais (Fern, 2001). Os grupos focais exploratórios estão centrados na produção de conteúdo. Pesquisas exploratórias são úteis quando existe pouco conhecimento sobre determinado tema (Marion et al., 2002). Elas proporcionam uma visão geral acerca de determinado tema, buscando padrões, ideias ou hipóteses, em vez de testar ou confirmar uma

hipótese (Collis & Hussey, 2005). É necessário estabelecer um roteiro e objetivos para que não se perca o objeto da análise, mas, ao mesmo tempo, permitindo que esse roteiro seja flexível, já que podem surgir dificuldades ou oportunidades não planejadas previamente (Fern, 2001). Grupos focais clínicos dirigem-se para para a compreensão das crenças, sentimentos e comportamentos, enquanto nos grupos focais vivenciais os próprios processos internos ao grupo são o alvo da análise (Fern, 2001).

O método Delphi tem como objetivo obter consenso entre um grupo de especialistas por meio de uma série de questionários intercalados por *feedbacks* controlados de opiniões. As conclusões obtidas através desse método, compreendido como uma técnica sistemática de coleta de opiniões de especialistas sobre determinado assunto, são consideradas válidas cientificamente. Possui quatro pilares fundamentais: anonimato dos participantes; consulta aos especialistas; aplicação de rodadas interativas com *feedback*; busca de consenso (Oliveira et al., 2008; Sáfadi, 2001).

Grupos focais e o método Delphi são duas técnicas empregadas para coletas de dados qualitativos por especialistas. Sua principal diferença é que no método Delphi as respostas são obtidas individualmente de cada especialista pesquisado, a partir de questionários, sem a interação e influência do grupo. No método de grupo focal, ocorre a interação dos participantes do grupo, com discussões sobre o assunto que está sendo pesquisado (Munaretto et al., 2013). No método Delphi tradicional, as respostas dos questionários são analisadas estatisticamente, enquanto nos grupos focais os dados obtidos pela interação do grupo são interpretados por métodos qualitativos, através de fenomenologia, análise de conteúdo ou de discurso. Ambos os métodos constituem contribuições eficientes para pesquisas de natureza exploratória. O método Delphi, pelo anonimato dos participantes, pode levar a maior espontaneidade, e pode ser preferível para discutir questões delicadas ou quando são evidenciadas questões pessoais dos componentes do grupo. Por outro lado, caso o pesquisador necessite de mais argumentos e

reflexões sobre o assunto objeto da pesquisa, o grupo focal é o mais adequado, pois ocorre uma maior reflexão, aprofundamento da discussão e respostas mais elaboradas, a partir da interação grupal (Munaretto et al., 2013). Cabe ao pesquisador determinar qual das técnicas encaixa melhor no seu contexto e é mais adequada à obtenção dos seus objetivos. Uma das características dos métodos qualitativos é a flexibilidade, principalmente quanto às técnicas de coleta de dados, incorporando as mais adequadas ao que está sendo pesquisado (Martins, 2004).

Miller e Rollnick (2001) desenvolveram os princípios da entrevista motivacional, cuja premissa fundamental é que raramente um indivíduo consegue motivar outro a mudar de comportamento e o melhor que pode fazer é ajudá-lo a encontrar a própria motivação. O processo da entrevista motivacional envolve três técnicas fundamentais: fazer perguntas abertas (aquelas cujas respostas não são limitadas a sim ou não), escutar de forma reflexiva e afirmar o desejo e a capacidade da outra pessoa de mudar. Em termos estatísticos e clínicos, o método apresenta um efeito significativo na mudança de comportamento em cerca de três a cada quatro estudos e psicólogos e médicos que o utilizam têm uma taxa de sucesso de 80%. Não há muitas teorias aplicadas à prática nas ciências comportamentais com um conjunto de evidências tão robusto (Rubak et al., 2005).

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever e analisar o processo de criação e implementação de uma regra de remuneração na especialidade de Otorrinolaringologia, construída conjuntamente em uma cooperativa de trabalho médico.

Objetivos Específicos

Analisar os resultados do processo de criação da regra, comparando-se o número de exames por consulta realizados entre os períodos anteriores à criação da regra e posterior a sua implementação, de forma global e estratificados por sexo, idade e tempo de vínculo à cooperativa.

Descrever os custos associados aos exames antes e depois da implementação da regra e compará-los com o aumento no custo das cirurgias valorizadas a partir da regra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Resolução da Diretoria Colegiada nº 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2000 [citado 2024 outubro 22]. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=97149

2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Sala de situação [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 [citado 2024 junho 19]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais%20para%20pesquisa/Perfil%20setor/sala-de-situacao.html

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2019 [citado 2024 junho 19]. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia%20modelos%20remuneracao%20baseados%20valor.pdf

4. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):84-95.

5. Amanatullah ET, Morris MW. Negotiating gender roles: Gender differences in assertive negotiating are mediated by women's fear of backlash and attenuated when negotiating on behalf of others. J Pers Soc Psychol. 2010;98(2):256–67. Disponível em: https://doi.org/10.1037/a0017094

6. Aon. Global medical trend rates report [Internet]. [S.l.]: Aon; 2019 [citado 2024 agosto 7]. Disponível em: http://www.aon.com/apac/report/2019/global-medical-trends-rate-report.jsp

7. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953;32(4):260–7.

8. Arefin S, Hoque R, Bao Y. The impact of business intelligence on organization's effectiveness: an empirical study. J Syst Inf Technol. 2015;17(3):263–85. Disponível em: https://doi.org/10.1108/JSIT-09-2014-0065

9. Aronson E. The power of self-persuasion. Am Psychol. 1999;54(11):875–84. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.11.875

10. Baioto CD. Cultura cooperativista como potencializador de eficiência cooperativista: um estudo de caso da cooperativa de crédito SICREDI Pioneira [tese]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2018. Disponível em: http://repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/7101

11. Batson CD, Early S, Salvarani G. Perspective taking: imagining how another feels versus imagining how you would feel. Pers Soc Psychol Bull. 1997;23(7):751–8. Disponível em https://doi.org/10.1177/0146167297237008

12. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is stronger than good. Rev Gen Psychol. 2001;5(4):323–70. Disponível em https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323

13. Bessa RO. Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar Brasileiro [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2011. Disponível em: http://hdl.handle.net/10438/8151

14. Bichuetti JL, Mere YA Jr. Modelos de remuneração na saúde. Harv Bus Rev Bras. 2016 [citado 2024 janeiro 22]. Disponível em: https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/3c24c670aSee/editions/28565a058513d802c50f/preview/pages

15. Blanchfield BB, Heffernan JL, Osgood B, Sheehan RR, Meyer GS. Saving billions of dollars—and physicians' time—by streamlining billing practices. Health Aff (Millwood). 2010;29(6):1248–54. Disponível em: https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2009.0075

16. Boachie MK, Adom PK, Boateng RO. Healthcare provider-payment mechanisms: A review of literature. J Behav Econ Finance Entrep Account Transp. 2014;2(2):41–6. Disponível em: http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2

17. Bowles HR, Babcock L, McGinn KL. Constraints and triggers: Situational mechanics of gender in negotiation. J Pers Soc Psychol. 2005;89(6):951–65. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.6.951

18. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Art.196.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: economia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

20. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 6 nov 2009 [citado 2024 maio 22]. Disponível em: https:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html

22. Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 124 p. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

23. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz metodológica: estudos de microcusteio aplicados a avaliações econômicas em saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

25. Brewer MB. The importance of being we: Human nature and intergroup relations. Am Psychol. 2007;62(8):728–38. Disponível em: https://doi:10.1037/0003-066X.62.8.728

26. Cainelli AS. Proposta de ferramenta para diagnóstico de práticas antecedentes à adoção da atividade de inteligência nas organizações [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.

27. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009;361(4):368–78. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMsa0807651

28. Carnevalli Filho W. Dimensão estratégica da governança corporativa e a geração de valor. In: Instituto Brasileiro de Governança Corporativa, organizador. Governança corporativa e criação de valor. 1ª ed. São Paulo: Saint Paul Editora; 2014. p. 70–82.

29. Carroll AE. The high costs of unnecessary care. JAMA. 2017;318(18):1748–9. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2017.16193

30. Casalino LP, Crosson FJ. Physician satisfaction and physician well-being: should anyone care? Prof Prof. 2015;5(1). Disponível em: https://doi.org/10.7577/pp.954

31. Cechin J. Entidade estima que 30% dos gastos em saúde privada são desperdícios. Rio de Janeiro: Agência Brasil; 2017 [citado 2021 novembro 13]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-11/entidade-estima-que-30-dos-gastos-em-saude-privada-sao-desperdicios

32. Cekuls A. Leadership values in transformation of organizational culture to implement competitive intelligence management: the trust building through organizational culture. Eur Integr Stud. 2015;9:244–56. Disponível em: https://doi.org/10.5755/j01.eis.0.9.12811

33. Cerne M, Nerstad CGL, Dysvik A, Skerlavaj M. What goes around comes around: Knowledge hiding, perceived motivational climate, and creativity. Acad Manag J. 2014;57(1):172–92. Disponível em: https://doi.org/10.5465/amj.2012.0122

34. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.

35. Chiavenato I. Gestão de pessoas. 2ª ed. São Paulo: Elsevier; 2004.

36. Collis J, Hussey R. Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

37. Csikszentmihalyi M. Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention. New York: HarperCollins; 1996.

38. De Coster C, Roos NP, Carrière KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: Targeting utilization review. CMAJ. 1997;157(7):889–96. Disponível em: https://www.cmaj.ca/content/157/7/889

39. De Dreu CKW, Weingart LR, Kwon S. Influence of social motives on integrative negotiation: A meta-analytic review and test of two theories. J Pers Soc Psychol. 2000;78(5):889–905. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.5.889

40. Deming WE. Qualidade: A revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; 1990.

41. De Quervain DJF, Fischbacher U, Treyer V, Schellhammer M, Schnyder U, Buck A, et al. The neural basis of altruistic punishment. Science. 2004;305(5688):1254–8. Disponível em: https://doi.org/10.1126/science.1100735

42. Donabedian A. The quality of medical care. Science. 1978;200(4344):856–64. Disponível em: https://doi.org/10.1126/science.417403

43. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

44. Donabedian A. Quality assurance in health care: Consumer's role. Qual Health Care. 1992;1(4):247–51. Disponível em: https://doi.org/10.1136/qshc.1.4.247

45. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. Avaliação dos serviços de enfermagem: a utilização do modelo de Donabedian. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):548–52. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400019

46. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

47. Duus HJ. Strategic forecasting: the management perspective. Manag Res Rev. 2016;39(9):998–1015. Disponível em: https://doi.org/10.1108/MRR-06-2015-0144

48. Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. Adm Sci Q. 1999;44(2):350–83. Disponível em: https://doi.org/10.2307/2666999

49. Feinberg M, Cheng J, Willer R. Gossip as an effective and low-cost form of punishment. Behav Brain Sci. 2012;35(1):25–6. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S0140525X11001233

50. Feinberg M, Willer R, Stellar JE, Keltner D. The virtues of gossip: Reputational information sharing as prosocial behavior. J Pers Soc Psychol. 2012;102(5):1015–30. Disponível em: https://doi.org/10.1037/a0026650

51. Fern EF. Advanced focus group research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.

52. Fowler JH, Christakis NA. Cooperative behavior cascades in human social networks. Proc Natl Acad Sci U S A. 2010;107(12):5334–8. Disponível em: https://doi.org/10.1073/pnas.0913149107

53. Fragale AR. The power of powerless speech: The effects of speech style and task interdependence on status conferral. Organ Behav Hum Decis Process. 2006;101(2):243–61. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2006.01.003

54. Friestad M, Wright P. The persuasion knowledge model: how people cope with persuasion attempts. J Consum Res. 1994;21(1):1–31. Disponível em: https://doi.org/10.1086/209380

55. Garcia-Alsina M, Cobarsí-Morales J, Ortoll E. Competitive intelligence theoretical framework and practices: the case of Spanish universities. J Inf Manag. 2016;68(1):57–75. Disponível em: https://doi.org/10.1515/jisib-2016-0005

56. Garvin DA. Competing on the eight dimensions of quality. Harv Bus Rev. 1987;65(6):101–9. Disponível em: https://hbr.org/1987/11/competing-on-the-eight-dimensions-of-quality

57. Gasparetto LE. Pesquisa de clima organizacional: O que é e como fazer. São Paulo: Scortecci; 2008.

58. Gee E, Spiro T. Excess administrative costs burden the U.S. health care system [Internet]. Washington (DC): Center for American Progress; 2019 [citado 2024 nov 10]. Disponível em: https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2019/04/03105330/Admin-Costs-brief.pdf

59. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996.

60. Goldberg LR. Man versus model of man: a rationale, plus some evidence, for a method of improving on clinical inferences. Psychol Bull. 1970;73(6):422–32. Disponível em: https://doi.org/10.1037/h0029290

61. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD002215. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD002215

62. Grant AM, Parker S, Collins C. Getting credit for proactive behavior: Supervisor reactions depend on what you value and how you feel. Pers Psychol. 2009;62(1):31–55. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.01128.x

63. Grant AM, Gino F, Hofmann DA. Reversing the extraverted leadership advantage: The role of employee proactivity. Acad of Manag J. 2011;54(3):528–50. Disponível em: https://doi.org/10.5465/amj20115.61968043

64. Grant A. Dar e receber: Uma abordagem revolucionária sobre sucesso, generosidade e influência. Rio de Janeiro: Sextante; 2014.

65. Grant A. Pense de novo: O poder de saber o que você não sabe. Rio de Janeiro: Sextante; 2021.

66. Halevy N, Chou EY, Cohen TR, Livingston RW. Status conferral in intergroup social dilemmas: Behavioral antecedents and consequences of prestige and dominance. J Pers Soc Psychol. 2012;102(3):351–66. Disponível em: https://doi.org/10.1037/a0026556

67. Harrington HJ. Business process improvement: The strategy for total quality, productivity, and competitiveness. New York: McGraw-Hill; 1991.

68. Hashimoto M. Espírito empreendedor nas organizações: Aumentando a competitividade através do intraempreendedorismo. São Paulo: Saraiva; 2006.

69. Hollander EP. Conformity, status, and idiosyncrasy credit. Psychol Rev. 1958;65(2):117–27. Disponível em: https://doi.org/10.1037/h0043127

70. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. Health Econ. 2008;17(10):1107–28. Disponível em: https://doi.org/10.1002/hec.1391

71. Institute of Medicine (IOM). National roundtable on health care quality: Measuring the quality of health care. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

72. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001. Disponível em: https://doi.org/10.17226/10027

73. Intituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). Código das melhores práticas de governança corporativa. 6ª ed. São Paulo: IBGC; 2023.

74. Instituto Coalizão Saúde (ICOS). Modelos de pagamento baseados em valor. 2017. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf

75. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da saúde suplementar. São Paulo: IESS; 2018.

76. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Variação de custos médico-hospitalares. São Paulo: IESS; 2019.

77. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Dados assistenciais da saúde suplementar: Evolução e perspectivas entre 2019 e 2022. São Paulo: IESS; 2024.

78. International Drug Price (IDP). Indicator Guide. Management Sciences for Health; 2008. Disponível em: http://erc.msh.org/dmpguide.

79. Jaharuddin NS, Mansor ZD, Yaakob S. Supply chain intelligence practices among small medium enterprises in Malaysia. JSSH-Pertanika J Soc Sci Hum. 2016;24:223–38.

80. Janissek-Muniz R. Fatores críticos em projetos de inteligência estratégica antecipativa e coletiva. Rev Intellig Compet. 2016;6(2):147–80. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/165194

81. Jung J, Concannon C, Shroff R, Goel S, Goldstein DG. Simple rules to guide expert classifications. J Roy Stat Soc Ser A Stat Soc. 2020;183(3):771–800. Disponível em: https://doi.org/10.1111/rssa.12576

82. Juran JM. Juran's quality handbook. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999.

83. Jussim L, Harber K. Teacher expectations and self-fulfilling prophecies: Knowns and unknowns, resolved and unresolved controversies. Pers Soc Psychol Rev. 2005;9(2):131–55. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0902_3

84. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: An analysis of decision under risk. Econometrica. 1979;47(2):263–91. Disponível em: https://doi.org/10.2307/1914185

85. Kahneman D, Knetsch JL, Thaler RH. Fairness and the assumption of economics. J Bus. 1986;59(4 Pt 2):S285–300. Disponível em: https://doi.org/10.1086/296367

86. Kahneman D, Knetsch JL, Thaler RH. Anomalies: The endowment effect, loss aversion, and status quo bias. J Econ Perspect. 1991;5(1):193–206. Disponível em: https://doi.org/10.1257/jep.5.1.193

87. Kahneman D. Rápido e devagar: Duas formas de pensar. Rio de Janeiro: Objetiva; 2012.

88. Kahneman D, Sibony O, Sunstein CR. Ruído: Uma falha no julgamento humano. Rio de Janeiro: Objetiva; 2021.

89. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage; 2000.

90. Lesca H. Veille stratégique: La méthode L.E.SCAnning®. Collombelles: Éditions EMS; 2003.

91. Liechtenstein BB, Uhl-Bien M, Marion R, Seers A, Orton JD, Schreiber C. Complexity leadership theory: An interactive perspective on leading in complex adaptive systems. Emerg Complex Organ. 2006;8(4):2–12.

92. Likert R. A organização humana. São Paulo: Atlas; 1975.

93. Liljenquist KA. Resolving the impression management dilemma: The strategic benefits of soliciting others for advice [tese]. Evanston: Northwestern University; 2010. Disponível em: https://www.proquest.com/docview/305215034

94. Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. Medicine expenditures. In: The world medicines situation. Geneva: World Health Organization; 2011.

95. Marion JC, Dias R, Traldi MC. Monografia para os cursos de administração, contabilidade e economia. São Paulo: Atlas; 2002.

96. Markowitz H. Portfolio selection. The Journal of Finance. 1952;7(1):77–91. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1540-6261.1952.tb01525.x

97. Marr JC, Thau S, Aquino K, Barclay LJ. Do you want to know? How the motivation to acquire relationship-threatening information in groups contributes to paranoid thought, suspicion behavior, and social rejection. Organ Behav Hum Decis Process. 2012;117(2):285–97. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2011.11.003

98. Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educ Pesqui. 2004;30(2):289–300. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200009

99. Matta GC. Políticas de saúde: Organização e operacionalização do sistema único de saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

100. McGregor D. The human side of enterprise. New York: McGraw-Hill; 1960.

101. McNatt DB. Ancient Pygmalion joins contemporary management: A meta-analysis of the result. J Appl Psychol. 2000;85(2):314–22. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.2.314

102. Michel M. As teorias X e Y e suas potencialidades de aplicação a sistemas administrativos de recursos humanos em organizações nos dias atuais. Rev Eletrôn Adm (Porto Alegre). 2005;8(1)97-115.

103. Miles EW, Hatfield JD, Huseman RC. The equity sensitivity construct: Potential implications for workers' performance. J Manag. 1989;15(4):581–8. Disponível em: https://doi.org/10.1177/014920638901500407

104. Miller DT. The norm of self-interest. Am Psychol. 1999;54(12):1053–60. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.12.1053

105. Miller HD. Why value-based payment isn't working, and how to fix it: Creating a patient-centered payment system to support higher-quality, more affordable health care. 1st ed. Pittsburgh: Center for Healthcare Quality & Payment Reform; 2017. Disponível em: https://chqpr.org/downloads/Why_VBP_Is_Not_Working.pdf

106. Miller HD. How to create an alternative payment model – Executive summary. Center for Healthcare Quality and Payment Reform; 2018. Disponível em: http://www.chqpr.org/downloads/How_to_Create_an_Alternative_Payment_Model_ExecSumm.pdf

107. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.

108. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1997. Disponível em: https://doi.org/10.4135/9781412984287

109. Munaretto LF, Corrêa HL, Cunha JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal como técnicas de obtenção de dados em pesquisas exploratórias. Rev Adm UFSM. 2013;6(1):9–24. Disponível em: https://doi.org/10.5902/198346512344

110. Newhouse JP. Medical care costs: How much welfare loss? J Econ Perspect. 1992;6(3):3–21. Disponível em: https://doi.org/10.1257/jep.6.3.3

111. Novemsky N, Kahneman D. The boundaries of loss aversion. J Mark Res. 2005;42(2):119–28. Disponível em: https://doi.org/10.1509/jmkr.42.2.119.62292

112. Nowak MA, Highfield R. SuperCooperators: Altruism, evolution, and why we need each other to succeed. New York: Free Press; 2011.

113. Nurmohamed S. The underdog effect: When low expectations increase performance. Acad Manag J. 2020;63(4):1106–33. Disponível em: https://doi.org/10.5465/amj.2017.0181

114. Oliveira JSP, Costa MM, Wille MF, Marchiori PZ. Introdução ao método Delphi. Curitiba: Mundo Material; 2008.

115. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD health statistics 2016. Paris: OECD Publishing; 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

116. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing; 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en

117. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Estudos da OCDE sobre os sistemas de saúde: Brasil 2021. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt

118. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

119. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1

120. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Washington, DC: OPAS; 2018.

121. Packeiser PB, Resta DG. Farmacoeconomia: uma ferramenta para a gestão dos gastos com medicamentos em hospitais públicos. Infarma. 2014;26(4):215–23.

122. Palmer S, Raftery J. Opportunity cost. BMJ. 1999;318(7197):1551–2. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.318.7197.1551

123. Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA. 2018;319(10):1024–39. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.318.21081150

124. Pertence PP, Melleiro MM. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: aplicação do modelo de Donabedian na auditoria dos prontuários. Rev Bras Enferm. 2010;63(5):755–61. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500008

125. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145(4):265–72. Disponível em: https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-4-200608150-00006

126. Pietrobon L, Prado MLD, Caetano JC. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis. 2008;18(4), 767-83. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400008

127. Plonski GA. Inovação em transformação. Estud Av. 2017;31(90):7–21. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-40142017.3190002

128. Podsakoff NP, Whiting SW, Podsakoff PM, Blume BD. Individual and organizational level consequences of organizational citizenship behaviors: a meta-analysis. J Appl Psychol. 2009;94(1):122–41. Disponível em: https://doi.org/10.1037/a0013079

129. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Bazan C, tradutora. Porto Alegre: Bookman; 2007.

130. Rackham N. The behavior of successful negotiators. In: Lewicki R, Barry B, Saunders D, editors. Negotiation: readings, exercises, and cases. New York: McGraw-Hill; 2007.p.209-17.

131. Redelmeier DA, Tversky A. On the framing of multiple prospects. Psych Sci. 1992;3(3):191–3. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00025.x

132. Reis EJ, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FD, Leite MT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad Saude Pública. 1990;6:50–61.

133. Robbins SP. Comportamento organizacional. 11ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2005.

134. Robbins SP, Judge TA. Organizational behavior. 15th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2012.

135. Rohrbeck R, Kum ME. Technological forecasting and social change. Technol Forecast Soc Change. 2018;129:105–16. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.12.005

136. Rosenthal R, Jacobson L. Teachers' expectancies: determinants of pupils' IQ gains. Psychol Rep. 1966;19:115–8.

137. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom: Teachers' expectation and pupils' intellectual development. New York: Crown; 2003.

138. Rozin P, Royzman EB. Negativity bias, negativity dominance, and contagion. Pers Soc Psychol Rev. 2001;5(4):296–320. Disponível em: https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0504_2

139. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55(513):305–12. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/

140. Sáfadi CMQ. Delphi: um estudo sobre sua aceitação. In: Anais do IV SemeAd (Seminários em Administração); 2001; São Paulo. São Paulo: FEA-USP; 2001.

141. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estud Av. 2018;32(92):47–61. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-40142018.3292.004

142. Samuelson W, Zeckhauser R. Status quo bias in decision making. J Risk Uncert. 1988;1(1):7–59. Disponível em: https://doi.org/10.1007/BF00055564

143. Santos RSP. A relação dos estilos administrativos de Likert com os papéis gerenciais à luz de Henry Mintzberg: considerações dos colaboradores da Secretaria Municipal de Cultura e Esporte de Assunção – Paraíba [monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018.

144. Schultz PW, Nolan JM, Cialdini RB, Goldstein NJ, Griskevicius V. The constructive, destructive, and reconstructive power of social norms. Psychol Sci. 2007;18(5):429–34. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01917.x

145. Schwartz SH, Bardi A. Value hierarchies across cultures: taking a similarity perspective. J Cross Cult Psychol. 2001;32(3):268–90. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0022022101032003005

146. Sena OS, Silva DMC, Brito AMG, Rios MC. Farmacoeconomia: análise dos custos das prescrições medicamentosas na unidade de terapia intensiva de um hospital em Aracaju/SE. Infarma. 2010;22(9-10):17–21.

147. Sewdass N, Du Toit A. Competitive intelligence in emerging economies: a comparative study. J Transdiscipl Res S Afr. 2015;11(1):1–13. Disponível em: https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0504_2

148. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: Estimated costs and potential for savings. JAMA. 2019;322(15):1501–9. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2019.13978

149. Silva LMV, Formigli VL. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saude Pública. 1994;10(1):80–91.

150. Simonton DK. Presidential IQ, openness, intellectual brilliance, and leadership: estimates and correlations for 42 U.S. chief executives. Polit Psychol. 2006;27(4):511–26. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2006.00524.x

151. Souza VA, Janissek-Muniz R. Influence factors of culture of intelligence in organizations. REAd. Rev Eletrônica Adm (Porto Alegre). 2021;27:579–611. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-2311.302.108120

152. Speciale AC, Pietrobon R, Urban CW, Richardson WJ, Helms CA, Major NM, et al. Observer variability in assessing lumbar spinal stenosis severity on magnetic resonance imaging and its relation to cross-sectional spinal canal area. Spine. 2002;27(10):1082–6. Disponível em: https://doi.org/10.1097/00007632-200205150-00014

153. Strasberg HR, Chan A, Sklar SJ. Inter-rater agreement among physicians on the clinical significance of drug-drug interactions. AMIA Annu Symp Proc. 2013;2013:1325-32. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900144/

154. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saude Soc. 2011;20(4):927–34. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400016

155. Thaler RH. Toward a positive theory of consumer choice. J Econ Behav Organ. 1980;1(1):39–60. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0167-2681(80)90051-7

156. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Como tomar melhores decisões sobre saúde, dinheiro e felicidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.

157. Ugá MAD. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde: a experiência internacional. Cien Saude Colet. 2012;17(12):3273-85. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf

158. UNIMED. Manual técnico de indicadores: GUIA Unimed-BH. Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico; 2015.

159. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res. 2010;10:247. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247

160. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Demographic transition: the Brazilian experience. Epidemiol Serv Saude. 2012;21(4):539–48. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003

161. Vecina Neto G, Malik AM. Serviços de assistência direta ao paciente. In: Vecina Neto G, Malik AM, editores. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.p.209–29.

162. Velden FST, Beersma B, De Dreu CKW. It takes one to tango: The effects of dyads' epistemic motivation composition in negotiations. Pers Soc Psychol Bull. 2010;36(11):1454–66. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0146167210386237

163. Von Neumann J, Morgenstern O. Theory of games and economic behavior. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1944.

164. Wald R, Bell CM, Nisenbaum R, Perrone S, Liangos O, Laupacis A, et al. Interobserver reliability of urine sediment interpretation. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4(3):567–71. Disponível em: https://doi.org/10.2215/CNJ.04510908

165. Weberg D. Complexity leadership: A healthcare imperative. Nurs Forum. 2012;47(4):268–77. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2012.00276.x

166. Wiener M. Open foresight: The influence of organizational context. Creat Innov Manag. 2018;27(1):56–68. Disponível em: https://doi.org/10.1111/caim.12236

167. Wiggins N, Kohen ES. Man versus model of man revisited: The forecasting of graduate school success. J Pers Soc Psychol. 1971;9(1):100–6. Disponível em: https://doi.org/10.1037/h0031111

168. Willer R. Groups reward individual sacrifice: The status solution to the collective action problem. Am Sociol Rev. 2009;74(1):23–43. Disponível em: https://doi.org/10.1177/000312240907400102

169. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU. Costs of health care administration in the United States and Canada. New Engl J Med. 2003;349(8):768–75. https://doi.org/10.1056/NEJMsa022033

170. Woolhandler S, Himmelstein DU. Single-payer reform: The only way to fulfill the president's pledge of more coverage, better benefits, and lower costs. Ann Intern Med. 2017;166(8):587–8. https://doi.org/10.7326/M16-2625

171. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

172. World Health Organization (WHO). Medicines use in primary care in developing and transitional countries. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um cenário tão desafiador, no qual o crescimento dos custos na saúde é inevitável, torna-se indispensável que a gestão dos recursos seja muito eficiente, caso contrário a sociedade não terá saúde com a qualidade que necessita, ou o sacrifício econômico a ser feito por todos será imensurável. Em um sistema no qual os modelos de cuidado e os modelos de remuneração nem sempre incentivam a cooperação de todos os agentes em busca do objetivo comum de oferecer o melhor cuidado em saúde com o menor custo possível, precisamos buscar novas formas e novos modelos de gestão. A competição pelos recursos, na qual necessariamente os ganhos de alguns agentes dependem da perda de outros, tem-se mostrado pouco eficiente e a tendência é que se torne, inclusive, insustentável em pouco tempo. O desperdício de recursos no mundo com complexidade administrativa é imenso e a sociedade precisa discutir seriamente onde os controles devem ser instituídos e onde a confiança deve prevalecer, uma vez que esse desperdício deixa de ser utilizado onde realmente possa gerar valor assistencial. Confiança não significa ausência total de controle, mas sim algum grau de liberdade com responsabilidade individual pelos interesses coletivos, e isso pode ser obtido por meio de regras simples, facilmente reprodutíveis e de baixo custo, especialmente se elas forem construídas com a participação conjunta de todos os interessados.

Sempre existirá um grau de incerteza em diagnósticos e tratamentos, afora a variabilidade natural e os vieses que ocorrem na interpretação e no julgamento humanos, o que foi já foi demonstrado por inúmeros estudos. Além disso, a liberdade na tomada de decisão médica é importante, desde que baseada em evidências científicas, e os valores e preferências dos pacientes devem ser respeitados; entretanto, essa variabilidade não pode ser tão grande a ponto de gerar riscos aos pacientes e diminuir a eficiência do sistema de saúde. As instituições são formadas por pessoas. A forma como elas interagem pode modificar significativamente os

resultados e, cada vez mais, há evidências de que práticas ultrapassadas de gestão e de liderança não apenas provocam insatisfação, mas também perdas econômicas. A regra foi construída dentro de uma cooperativa de trabalho médico e na especialidade de Otorrinolaringologia a partir de uma oportunidade que surgiu pela demanda dos especialistas. Poderia ter sido construída com outra especialidade ou de forma diferente. Algumas características e circunstâncias favoreceram a possibilidade de construção conjunta. A primeira delas foi a demonstração dos especialistas de que suas demandas eram justas e factíveis, e que também estavam dispostos a debater e oferecer auxílio na busca de possibilidades de soluções que contemplassem interesses da cooperativa. Assim como os especialistas tiveram a percepção e a confiança de que a gestão não buscava reduzir custos, mas sim poder atender às demandas sem aumentá-los. Essas percepções iniciais foram reforçadas ao longo do tempo de construção, e é possível que tenham influenciado no resultado de criação e implementação da regra. Vários estudos têm demonstrado que as melhores negociações ocorrem quando ambas as partes buscam interesses comuns e percebem que, na maioria das vezes, ter todas as suas exigências satisfeitas implica em perdas unilaterais. Este tipo de relação na qual os ganhos de uma parte advêm de perdas da outra parte tende a não ser sustentável ao longo do tempo ou, no mínimo, gerar desconfiança e cada vez maior necessidade de controles, com todos os custos advindos disso. Outro ponto importante foi o fato de a regra ter sido apresentada conjuntamente, pela gestão e pelos representantes da especialidade, como produto de esforço coletivo, para um número maior de especialistas que seriam impactados pela sua implementação. Também há várias evidências de que isso gera mais comprometimento e melhores resultados.

As pessoas e as instituições tendem à inércia e mudanças de situação não ocorrem facilmente. O viés do *status quo* leva à acomodação, a aversão às perdas faz com que os indivíduos muitas vezes renunciem a boas oportunidades de desenvolvimento e melhoria, e o "efeito dotação" gera uma percepção de que algo que já se possui tenha mais valor do que algo

equivalente ainda não obtido. Todos esses vieses são obstáculos à inovação. A inovação pode ocorrer de forma simples, sem necessariamente estar associada a grande complexidade, tecnologia ou custos. Regras simples podem obter resultados similares a modelos mais complexos, como já demonstrado em vários estudos. Para que exista incentivo à inovação nas instituições, é fundamental que sejam adotadas práticas modernas de gestão, incluindo no processo decisório os indivíduos que, não apenas têm conhecimento e podem gerar ideias não percebidas pelos níveis hierárquicos superiores, mas que também são impactados pelas decisões. Ideias com princípios e valores éticos, que gerem valor aos pacientes e à sociedade, direta ou indiretamente, e que tragam benefícios para os profissionais de saúde sem agregar custos de financiamento, deveriam sempre ser implementadas; contudo, os vieses citados ainda são muito prevalentes, o que impede o desenvolvimento de soluções que possam ser simples e benéficas.

Este estudo não define a estratégia utilizada na criação da regra como um modelo; entretanto, algumas premissas parecem ser fundamentais na estratégia, já que possivelmente a etapa mais difícil seja a própria criação e validação de uma regra ou contrato, principalmente quando existem interesses conflitantes. É necessário haver algum responsável pela obtenção e apresentação dos dados, além de conduzir as reuniões e coordenar o processo. Usualmente a base de dados é de conhecimento da gestão, mas a condução das reuniões pode ser definida consensualmente, desde que exista um responsável por ela. Deve haver total transparência na divulgação dos dados e alinhamento de informações, caso contrário dificilmente cria-se um ambiente de confiança que permita a minimização dos vieses cognitivos que dificultam inovações. É fundamental que os negociadores, de ambas as partes, tenham ou desenvolvam características de comunicação não autoritária. As evidências mostram que isso gera empatia e todos acabam por buscar um ponto de convergência, sem focar predominantemente nas discordâncias. Desde a apresentação das demandas, os especialistas mantiveram essas

características. A construção deve ter flexibilidade na duração, tempo de fala e, inclusive, permitir o convite a indivíduos que possam agregar no processo. Essa flexibilidade é um dos pontos importantes, pois a burocracia excessiva e certas formalidades acabam por diminuir a confiança, que é uma das premissas fundamentais da estratégia. Um dos pontos significativos na obtenção de resultados desejáveis e duradouros, após a implementação de um acordo, pode ser a validação e legitimação previamente com um número maior de pessoas impactadas, uma vez que há evidências de que isso aumenta o engajamento. Por fim, não há como prever se os resultados do trabalho irão manter-se ao longo do tempo. É necessário acompanhamento, aferições e flexibilidade para adaptações e modificações necessárias. Embora este estudo tenha sido realizado em uma cooperativa de trabalho médico, acredita-se que pode ser extrapolado para outros cenários, inclusive e especialmente na gestão pública. Sugere-se que novos estudos explorem as premissas utilizadas na construção da regra em outros cenários da saúde, em busca de mais eficiência na alocação de recursos.