



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Qual o conhecimento e que importância dão os diferentes profissionais de saúde ao conceito de saúde baseado em valor?

Matilde Lucas Martins Silva Nave

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo
ISCTE-IUL

outubro, 2024



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Qual o conhecimento e que importância dão os diferentes profissionais de saúde ao conceito de saúde baseado em valor?

Matilde Lucas Martins Silva Nave

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo
Professor Associado, Departamento de Economia,
ISCTE-IUL

outubro, 2024

*Dedico este trabalho à minha família e aos meus amigos que
me apoiaram e incentivaram a realizá-lo.*

Agradecimentos

A conclusão desta tese de mestrado representa o culminar de uma jornada de aprendizagem e crescimento, que não teria sido possível sem o apoio de diversas pessoas e instituições, às quais quero expressar a minha sincera gratidão.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Crespo, pela orientação, paciência, e valiosos conselhos durante todo o processo. A sua visão crítica e o seu conhecimento profundo foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus familiares, um agradecimento especial pelo amor, paciência e apoio incondicional em todos os momentos. Em particular, aos meus pais, pelo exemplo de perseverança e dedicação que sempre me inspirou, e ao meu irmão, pelo constante incentivo e companhia.

Gostaria também de agradecer aos meus amigos que, com as suas palavras de incentivo e compreensão, tornaram esta jornada mais leve e motivadora.

Aos profissionais de saúde que participaram na pesquisa, deixo o meu agradecimento pela generosidade em partilhar as suas experiências e perceções, que enriqueceram imensamente este estudo.

Desenvolver este trabalho foi uma experiência verdadeiramente gratificante, e sou imensamente grata pela colaboração de todos os que contribuíram para a sua concretização.

Resumo

Nos últimos anos, o Conceito de Saúde Baseado em Valor (Value-Based Healthcare - VBHC) tem ganho destaque como uma estratégia para enfrentar os desafios globais dos sistemas de saúde, como o aumento dos custos e a necessidade de melhorar os resultados clínicos. O VBHC foca-se em maximizar a relação entre os resultados de saúde que realmente importam para os pacientes e os custos envolvidos para alcançá-los. Este estudo tem como objetivo analisar o conhecimento e a importância que os profissionais de saúde em Portugal atribuem ao VBHC, assim como identificar os fatores que facilitam ou dificultam a sua implementação.

A pesquisa foi realizada através de um questionário estruturado com uma amostra de 144 profissionais de saúde, incluindo Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Outros profissionais. Os resultados indicam que, embora o VBHC seja reconhecido por parte dos profissionais, muitos ainda demonstram falta de familiaridade com o conceito e a sua aplicação prática. Além disso, foram identificados fatores como a participação em formações sobre VBHC e a disponibilidade de recursos, como fatores determinantes para a aceitação e a satisfação com a implementação do modelo.

Este estudo contribui para a compreensão das perceções dos profissionais de saúde sobre o VBHC e oferece sugestões práticas para a sua implementação eficaz. A educação contínua e o investimento em recursos são elementos cruciais para promover a transição para este modelo, que tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Palavras-chave: Saúde Baseada em Valor, VBHC, sistemas de saúde, profissionais de saúde, qualidade dos cuidados.

Abstract

In recent years, the concept of Value-Based Healthcare (VBHC) has gained prominence as a strategy to address the global challenges of healthcare systems, such as rising costs and the need to improve clinical outcomes. VBHC focuses on maximizing the relationship between health outcomes that truly matter to patients and the costs involved in achieving those outcomes. This study aims to analyze the knowledge and importance that healthcare professionals in Portugal attribute to VBHC, as well as to identify the factors that facilitate or hinder its implementation.

The research was conducted through a structured questionnaire with a sample of 144 healthcare professionals, including doctors, nurses, pharmacists, and other professionals. The results indicate that, although VBHC is recognized by some professionals, many still show a lack of familiarity with the concept and its practical application. Furthermore, factors such as participation in VBHC-related training and resource availability were identified as key determinants for the acceptance and satisfaction with the model's implementation.

This study contributes to the understanding of healthcare professionals' perceptions of VBHC and offers practical recommendations for its effective implementation. Continuous education and investment in resources are crucial elements to promote the transition to this model, which has the potential to significantly improve the quality of healthcare in Portugal.

Keywords: Value-Based Healthcare, VBHC, healthcare systems, healthcare professionals, quality of care.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>iii</i>
<i>Resumo</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Índice</i>	<i>vii</i>
<i>Índice de Quadros</i>	<i>ix</i>
<i>Índice de Figuras</i>	<i>ix</i>
<i>Glossário</i>	<i>xi</i>
1. Introdução	1
2. Revisão de Literatura	2
2.1. Conceito de Saúde Baseado em Valor	2
2.2. Fundamentos e Princípios do Conceito de Saúde Baseado em Valor	4
2.2.1. Organização dos Cuidados em Torno de Condições Médicas	4
2.2.2. Medir Resultados e Custos para Cada Paciente	4
2.2.3. Pagamento Baseado em Valor	5
2.2.4. Integração dos Cuidados em Ciclos de Atendimento	5
2.2.5. Plataformas de Tecnologia de Informação e Comunicação	5
2.3. Conceito de Saúde Baseado em Valor no Mundo	7
2.3.1. Adoção do VBHC no Setor Privado	8
2.4. Em Portugal	11
2.5. A Perceção dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de Saúde Baseado em Valor	12
2.5.1. A Perceção dos Médicos	12
2.5.2. A Perceção dos Enfermeiros	13
2.5.3. A Perceção dos Farmacêuticos	14
2.5.4. A Perceção de Outros Profissionais de Saúde	14

2.6.	<i>Desafios e Obstáculos na Implementação de Saúde Baseado em Valor</i>	15
3.	<i>Metodologia</i>	18
3.1.	<i>Tipo de estudo</i>	18
3.2.	<i>População e amostra</i>	18
3.3.	<i>Instrumento de Recolha dos Dados</i>	19
3.4.	<i>Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados</i>	19
4.	<i>Resultados</i>	20
4.1.	<i>Perfil Demográfico da Amostra</i>	20
4.2.	<i>Distribuição por Profissão</i>	20
4.3.	<i>Familiaridade com o VBHC</i>	21
4.4.	<i>Participação em workshops/formações sobre VBHC</i>	22
4.5.	<i>Conhecimento sobre o VBHC vs. Satisfação com a Implementação no local de trabalho</i>	22
4.6.	<i>Anos na organização vs. Satisfação com a Implementação do VBHC</i>	23
4.7.	<i>Conhecimento sobre o VBHC vs. Preferência em Trabalhar com o VBHC</i>	24
4.8.	<i>Satisfação com os Recursos Disponíveis vs. Perceção da Eficácia do Trabalho em Equipa</i>	25
4.9.	<i>Resistência a Mudanças vs. Opinião sobre o Impacto do VBHC</i>	27
5.	<i>Discussão</i>	29
5.1.	<i>Implicações Práticas</i>	33
6.	<i>Conclusões</i>	34
	<i>Bibliografia</i>	37
	<i>Anexo</i>	41
	<i>Anexo A – Questionário</i>	41

Índice de Quadros

Quadro 1 – ANOVA

Índice de Figuras

Figura 1 - Definição de valor

Figura 2 - Estrutura de Valor nos Cuidados de Saúde

Figura 3 - Distribuição Demográfica por Idade e Sexo

Figura 4 – Distribuição por Profissão

Figura 5 – Percentagem de Profissionais Familiarizados com o VBHC

Figura 6 – Participação em Workshops/formações sobre o VBHC

Figura 7 – Relação entre Familiaridade com o VBHC e Satisfação com a sua Implementação

Figura 8 – Média de Satisfação com a implementação do VBHC por anos na organização

Figura 9 – Média de Familiaridade com VBHC vs. Preferência em Trabalhar com VBHC

Figura 10 – Correlação entre Satisfação com os Recursos Disponíveis e Eficácia do Trabalho em Equipa na Implementação do VBHC

Figura 11 – Satisfação com os Recursos Disponíveis e Eficácia do Trabalho em Equipa na Implementação do VBHC

Figura 12 – Resistência a Mudanças vs. Opinião sobre o Impacto do VBHC

Figura 13 – Média de Opinião sobre o VBHC por Nível de Resistência a Mudanças

Glossário

VBHC - Value-Based Healthcare

TDABC - Time-Driven Activity-Based Costing

IPUs - Unidades de Prática Integrada

EHRs - Sistemas Eletrônicos de Saúde

IA - Inteligência Artificial

ACOs - Accountable Care Organizations

EUA - Estados Unidos da América EUA

APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

ANOVA - Análise de Variância

1. Introdução

Nos últimos anos, o setor da saúde tem enfrentado crescentes desafios, como o aumento dos custos e a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Nesse contexto, o conceito de Saúde Baseado em Valor (Value-Based Healthcare - VBHC) emergiu como uma abordagem inovadora com o potencial de transformar a forma como os cuidados de saúde são organizados e entregues. O VBHC propõe que os sistemas de saúde devem focar-se nos resultados que realmente importam para os pacientes, maximizando a relação entre a qualidade dos resultados de saúde e os custos incorridos para alcançá-los (Porter, 2010). Essa abordagem contrasta com o tradicional modelo de remuneração por volume de serviços, que frequentemente resulta em custos elevados sem uma correspondência proporcional em melhorias de qualidade (Berwick et al., 2008).

Este trabalho tem como objetivo investigar o nível de conhecimento e a importância que os diferentes profissionais de saúde em Portugal atribuem ao conceito de VBHC. O foco é compreender como Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Outros profissionais de saúde percebem essa abordagem e como avaliam o seu potencial para melhorar os cuidados de saúde prestados. A implementação bem-sucedida do VBHC requer não apenas mudanças estruturais e organizacionais, mas também uma aceitação ampla por parte dos profissionais, que desempenham um papel central na operacionalização deste modelo (Porter & Lee, 2013).

Assim, esta investigação pretende contribuir para o debate sobre as vantagens e desvantagens da adoção do VBHC, analisando as percepções de uma amostra diversificada de profissionais de saúde. Ao explorar as suas atitudes e a aceitação do conceito, este estudo procura oferecer insights valiosos para a formulação de estratégias eficazes de implementação do VBHC, alinhando a prática clínica com os princípios de valor.

2. Revisão de Literatura

2.1. Conceito de Saúde Baseado em Valor

O Conceito de Saúde Baseado em Valor (Value-Based Healthcare, VBHC) emergiu como uma abordagem revolucionária na prestação de cuidados de saúde, focando-se na maximização dos resultados de saúde para os pacientes em relação aos custos incorridos. Tem ganho destaque nos últimos anos como uma abordagem inovadora para enfrentar os desafios dos sistemas de saúde, como os custos elevados e a variação na qualidade dos cuidados. A premissa central do VBHC é melhorar os resultados de saúde dos pacientes enquanto se controlam os custos. Esta abordagem concentra-se em proporcionar valor ao paciente, definido como a relação entre os resultados de saúde alcançados e os custos incorridos para alcançar esses resultados (Porter, 2010).

Historicamente, o sistema de saúde tradicional operava num modelo baseado em volume, também conhecido como *fee-for-service*, onde a remuneração dos prestadores de serviços estava ligada à quantidade de procedimentos realizados e não aos resultados alcançados. Esse modelo, no entanto, revelou-se insustentável a longo prazo, uma vez que conduziu ao aumento dos custos de saúde, sem melhorias proporcionais na qualidade dos cuidados (Berwick et al., 2008).

O marco significativo na evolução do conceito de VBHC foi a publicação do livro *"Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results"* por Michael Porter e Elizabeth Teisberg em 2006. Os autores argumentaram que a verdadeira competição em saúde deveria ser baseada nos resultados obtidos e no valor proporcionado aos pacientes, ao invés do volume de serviços prestados. Segundo Porter e Teisberg (2006), o valor em saúde pode ser definido como a relação entre os resultados de saúde obtidos e os custos incorridos para alcançar esses resultados.

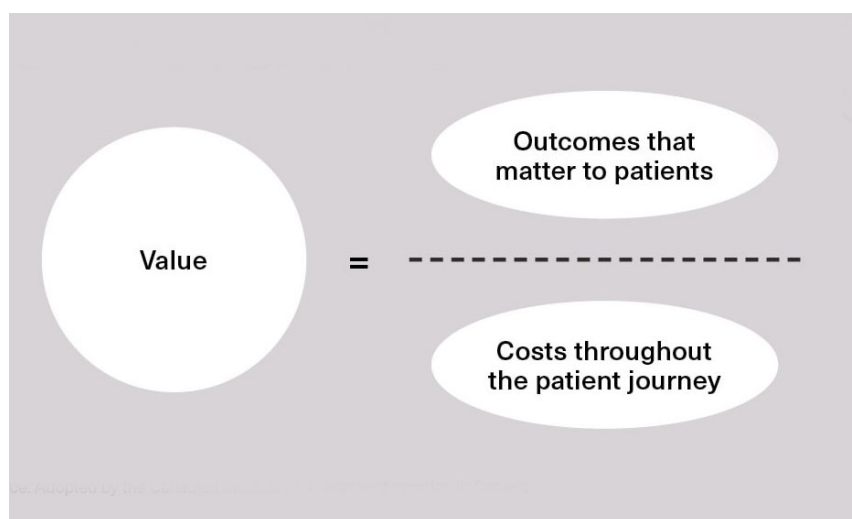


Figura 1: Definição de valor (Porter e Teisberg, 2006)

Este conceito ganhou força nas últimas décadas, especialmente em contextos onde os sistemas de saúde enfrentavam pressões crescentes, como o aumento dos custos e a gestão de doenças crônicas. A adoção do VBHC obrigou os sistemas de saúde a repensar as suas estruturas, promovendo uma integração mais estreita entre diferentes disciplinas médicas e o foco na continuidade dos cuidados ao longo de todo o ciclo de tratamento do paciente (Porter, 2010). A proposta central do VBHC é a reconfiguração dos sistemas de saúde em torno de condições médicas específicas, assegurando que todos os profissionais envolvidos no cuidado de um paciente colaborem para proporcionar os melhores resultados (Porter & Lee, 2013).

Outro aspecto crucial do VBHC é a ênfase na mensuração de resultados e custos. Kaplan e Porter (2011) destacam que a aplicação do conceito de "*Time-Driven Activity-Based Costing*" (TDABC) permitiu uma alocação mais precisa dos custos em cada etapa do tratamento, ajudando a identificar áreas de ineficiência e a promover uma utilização mais racional dos recursos. A capacidade de medir de forma sistemática os resultados clínicos antes, durante e após os tratamentos é crucial para identificar quais as intervenções que são mais eficazes e eficientes (Kaplan & Porter, 2011). Esta abordagem contrasta com os modelos tradicionais, onde muitas vezes não havia uma correspondência direta entre a qualidade dos cuidados e os custos incorridos.

Outro princípio fundamental do VBHC é a implementação de sistemas de pagamento baseados em valor, onde os prestadores de saúde são remunerados com base nos resultados alcançados, em vez de serem pagos apenas pela quantidade de procedimentos realizados. Modelos como os pagamentos por pacote e os modelos de risco partilhado têm sido testados em várias instituições, com resultados promissores tanto na melhoria dos cuidados como na contenção dos custos (Miller, 2009). Esses modelos recompensam os prestadores de serviços de saúde pela qualidade e eficiência dos cuidados, incentivando práticas que melhorem diretamente os resultados dos pacientes.

Estudos empíricos demonstram que a adoção do VBHC pode trazer melhorias substanciais. Um exemplo é a implementação de Unidades de Prática Integrada (IPUs), que têm mostrado ser eficazes na melhoria dos resultados de saúde e na redução de custos, ao integrar equipas multidisciplinares focadas em condições médicas específicas (Porter et al., 2013). Estas unidades permitem uma coordenação mais eficiente entre diferentes profissionais de saúde, promovendo uma visão holística do cuidado e eliminando redundâncias.

Com o foco na maximização dos resultados de saúde em relação aos custos, esta abordagem tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade dos cuidados e a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde.

2.2. Fundamentos e Princípios do Conceito de Saúde Baseado em Valor

Os fundamentos do VBHC estão intrinsecamente ligados à proposta de Michael E. Porter, que destaca a necessidade de reorganizar o sistema de saúde em torno de condições médicas específicas e medir os resultados de forma holística e centrada no paciente (Porter & Lee, 2013). Neste sentido, estes princípios incluem:

2.2.1. Organização dos Cuidados em Torno de Condições Médicas

Um dos principais pilares do VBHC é a organização dos cuidados em torno de condições médicas, um modelo frequentemente implementado através das chamadas Unidades de Prática Integrada (IPUs). Ao invés de organizar os cuidados por especialidades médicas ou departamentos, o VBHC propõe que os serviços sejam organizados em torno de condições médicas específicas. Essa abordagem, promove uma colaboração interdisciplinar onde equipas de profissionais de saúde trabalham juntas para atender todas as necessidades de saúde dos pacientes ao longo de todo o ciclo de cuidado, desde a prevenção até à reabilitação (Porter e Lee, 2013). Isto permite uma visão integrada do tratamento, onde todos os profissionais envolvidos colaboram de forma interdisciplinar para alcançar os melhores resultados para o paciente e uma redução de custos (Porter & Lee, 2013).

Um exemplo prático é na oncologia, onde as IPU permitem que os oncologistas trabalhem em estreita colaboração com cirurgiões, radioterapeutas, enfermeiros e outros especialistas, oferecendo um plano de tratamento integrado para cada paciente. Em vez de abordagens fragmentadas, onde os diferentes cuidados são prestados de forma isolada, a integração das equipas promove uma gestão mais eficaz da condição e melhor coordenação do cuidado (Kaplan & Witkowski, 2014).

Além disso, a ideia de "*care pathways*" complementa o modelo das IPU. Trata-se de roteiros pré-definidos que guiam os profissionais de saúde no tratamento de uma condição específica, garantindo que o paciente receba cuidados consistentes e de qualidade, independentemente do ponto de contacto no sistema de saúde (Vanhaecht et al., 2010).

2.2.2. Medir Resultados e Custos para Cada Paciente

A medição de resultados no VBHC é essencial para garantir que os cuidados prestados são eficazes e que os custos são controlados. Isso envolve a recolha sistemática de dados sobre o estado de saúde antes, durante e após o tratamento, permitindo uma avaliação clara do impacto das intervenções (Kaplan & Porter, 2011).

Para lidar com essa questão, Kaplan e Porter (2011) propuseram o conceito de "*time-driven activity-based costing*" (TDABC). Este método de custeio é particularmente útil para identificar áreas de ineficiência, permitindo que os prestadores de saúde ajustem os seus processos para maximizar o valor. O TDABC facilita a compreensão detalhada dos custos de cada intervenção clínica, atribuindo os recursos de forma mais racional. Ao medir os

resultados e os custos de maneira integrada, o VBHC oferece uma visão clara sobre quais as intervenções que produzem melhores resultados a um custo mais baixo, o que é fundamental para o processo de tomada de decisão (Kaplan & Porter, 2011).

A ideia é que, ao medir esses resultados, seja possível identificar as práticas mais eficazes e eficientes, promovendo uma melhoria contínua dos serviços de saúde.

2.2.3. Pagamento Baseado em Valor

Uma das mudanças mais significativas que o VBHC propõe é a transição dos modelos tradicionais de pagamento por serviço (*fee-for-service*) para modelos de pagamento baseados em valor, onde os prestadores de serviços são remunerados com base nos resultados alcançados e na eficiência com que os cuidados foram prestados (Porter, 2010).

O sistema tradicional, baseado em *fee-for-service*, incentiva o aumento do volume de serviços, independentemente da eficácia ou da necessidade dos mesmos. Em contraste, o VBHC promove modelos de pagamento baseados em valor, onde os prestadores de serviços são recompensados com base nos resultados obtidos e na eficiência do cuidado (Miller, 2009).

Este alinhamento incentiva os prestadores a focarem-se na qualidade e na eficácia do tratamento, em vez de apenas aumentarem o volume de serviços prestados (Porter, 2010).

2.2.4. Integração dos Cuidados em Ciclos de Atendimento

Outro princípio fundamental do VBHC é a integração e a continuidade dos cuidados ao longo de todo o ciclo de tratamento do paciente, desde a prevenção até a reabilitação. A falta de continuidade e de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados tem sido apontada como uma das principais causas de ineficiência nos sistemas de saúde tradicionais. A fragmentação dos cuidados pode resultar em duplicação de exames, tratamentos desnecessários e falta de comunicação entre os profissionais de saúde (Berwick et al., 2008).

O uso de sistemas de saúde eletrônicos, telemedicina, e outras ferramentas tecnológicas permite uma monitorização mais eficaz dos pacientes, melhora a coordenação entre os diferentes profissionais de saúde e facilita a recolha e análise de dados sobre os resultados dos tratamentos, contribuindo para uma prática clínica mais informada e baseada em evidências (Lee, 2013). Isso requer uma coordenação estreita entre os diferentes níveis de atenção e uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (Porter & Lee, 2013).

2.2.5. Plataformas de Tecnologia de Informação e Comunicação

A implementação do VBHC depende fortemente do uso de tecnologias de informação que permitam a recolha, análise e a partilha de dados entre os diferentes *stakeholders* do sistema de saúde. Essas plataformas são cruciais para a medição dos resultados e para a

coordenação do cuidado, facilitando a tomada de decisões informada (Porter & Lee, 2013). As três principais tecnologias que estão a transformar o VBHC são a telemedicina, os sistemas eletrônicos de saúde (EHRs) e a inteligência artificial (IA).

A telemedicina tem sido uma das inovações mais significativas na prestação de cuidados de saúde, permitindo o acesso remoto e o acompanhamento de pacientes de forma contínua e eficiente. Esta tecnologia é particularmente útil em regiões geográficas isoladas ou em casos em que os pacientes têm mobilidade reduzida. No contexto do VBHC, a telemedicina permite que os dados de saúde dos pacientes sejam acompanhados em tempo real, facilitando o ajustamento dos tratamentos e reduzindo a necessidade de visitas presenciais frequentes (Dinesen et al., 2016).

A capacidade de realizar consultas remotas e de supervisionar parâmetros de saúde de forma constante, tem melhorado os resultados de saúde, especialmente em pacientes com doenças crônicas. Estudos indicam que o uso da telemedicina na gestão da diabetes e de doenças cardiovasculares reduziu significativamente as hospitalizações e as complicações de saúde, aliando-se a proporcionar uma maior satisfação dos pacientes (OECD, 2020).

Os Sistemas Eletrônicos de Saúde (EHRs) são a espinha dorsal das plataformas de tecnologia de informação no VBHC. Estes sistemas armazenam e organizam os dados clínicos dos pacientes, permitindo uma partilha rápida e eficiente de informações entre prestadores de cuidados de saúde. Os EHRs são essenciais para garantir a continuidade dos cuidados, especialmente em casos de doenças crônicas, onde os pacientes podem precisar de acompanhamento de diferentes especialistas ao longo do tempo (Kaplan & Porter, 2011).

Os EHRs facilitam a integração dos cuidados, ao permitir que diferentes prestadores acessem a um histórico completo do paciente, o que elimina a redundância de exames e evita a prescrição de tratamentos incompatíveis. Esta coordenação interdisciplinar é vital para o sucesso do VBHC, onde os cuidados são organizados em torno das necessidades do paciente e não das especialidades médicas.

Além disso, os EHRs permitem uma medição mais precisa dos resultados de saúde comprovando um princípio central do VBHC. Os dados recolhidos são utilizados para avaliar o impacto das intervenções médicas e ajustar os tratamentos conforme necessário, garantindo que os pacientes recebem os cuidados mais eficazes ao menor custo.

A inteligência artificial (IA) está a emergir como uma ferramenta poderosa na área da saúde, e no contexto do VBHC, desempenhando um papel essencial na personalização dos cuidados e na otimização dos recursos de saúde. A IA permite que grandes volumes de dados clínicos sejam analisados de forma rápida e eficiente, identificando padrões que não são facilmente detetáveis pelos métodos tradicionais. Isso resulta em diagnósticos mais rápidos e precisos, bem como em tratamentos personalizados, que aumentam as probabilidades de sucesso clínico e melhoram os resultados para os pacientes (Lee & Yoon, 2021).

No VBHC, a IA é particularmente útil na análise preditiva, que permite prever complicações futuras com base nos dados clínicos atuais. Isso capacita os prestadores de cuidados a intervir proativamente, antes que os problemas se agravem, o que resulta numa melhoria dos resultados e numa redução significativa dos custos associados ao tratamento de complicações (Kaplan & Witkowski, 2014).

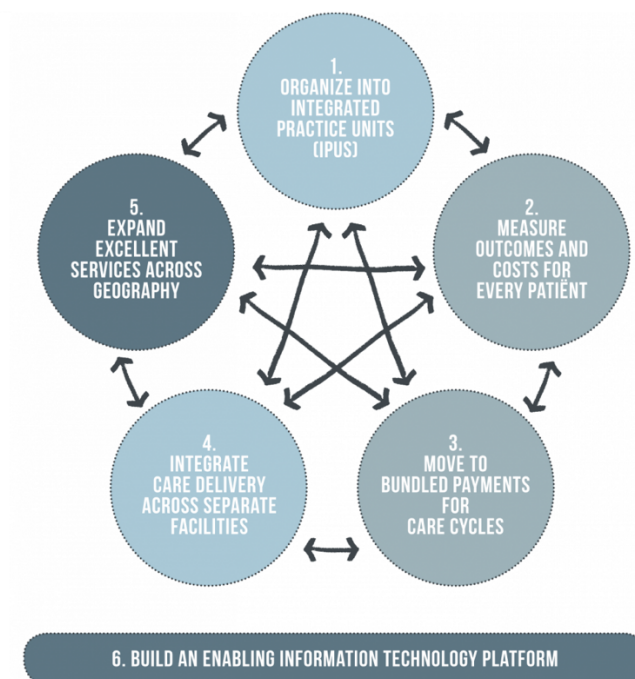


Figura 2: Estrutura de Valor nos Cuidados de Saúde (Michael E. Porter e Thomas H. Lee, 2013)

Estes princípios, quando aplicados de forma integrada, têm o potencial de transformar radicalmente o sistema de saúde, levando a um foco maior na qualidade dos cuidados e na experiência do paciente, ao mesmo tempo que promove a sustentabilidade financeira das instituições de saúde. O desafio, entretanto, reside na complexidade de reorganizar sistemas de saúde inteiros para alinhar-se a essas novas diretrizes, o que requer uma mudança significativa de cultura, processos e estruturas organizacionais.

2.3. Conceito de Saúde Baseado em Valor no Mundo

A implementação do Conceito de Saúde Baseado em Valor (VBHC) varia significativamente em diferentes regiões e contextos, refletindo a diversidade dos sistemas de saúde e das necessidades dos pacientes. Vários modelos e abordagens têm sido desenvolvidos e aplicados com o objetivo de maximizar o valor para os pacientes ao alinhar os incentivos de todos os *stakeholders*.

Na Europa, países como a Suécia e a Holanda são frequentemente citados como exemplos de sucesso na implementação do VBHC. A Suécia, por exemplo, introduziu o modelo em diversas áreas terapêuticas, incluindo cancro e diabetes, com resultados positivos em termos de qualidade e eficiência (OECD, 2020). A Holanda, por sua vez, implementou o VBHC por meio de reformas no sistema de seguro de saúde, onde os prestadores de serviços são remunerados com base na qualidade dos serviços prestados, incentivando uma melhoria contínua (OECD, 2021).

Nos Estados Unidos, o movimento VBHC ganhou força através de iniciativas como o *"Medicare Value-Based Purchasing Program"*, que visa alinhar os pagamentos aos hospitais com a qualidade dos cuidados fornecidos. Desde a implementação, o programa tem mostrado uma redução nas taxas de readmissão hospitalar e melhorias nos indicadores de qualidade (CMS, 2022).

De acordo com dados recentes da OCDE, países que implementaram o VBHC nos seus sistemas de saúde têm observado uma redução nos custos per capita de saúde, enquanto mantêm ou melhoram os indicadores de qualidade (OECD, 2023). Por exemplo, a taxa de readmissões hospitalares dentro de 30 dias após a alta, um importante indicador de qualidade, caiu em média 5% nos países da OCDE que adotaram práticas de VBHC, enquanto os custos de saúde como percentagem do PIB foram mantidos estáveis (OECD, 2023).

Contudo, a implementação do VBHC não está isenta de desafios. Entre os principais obstáculos estão a dificuldade em padronizar a medição dos resultados de saúde, a resistência das partes interessadas a mudanças nos modelos de pagamento, e a necessidade de uma infraestrutura robusta para a recolha e análise de dados (Kaplan & Porter, 2011). Além disso, em países com sistemas de saúde fragmentados ou com menos recursos, a transição para um modelo de cuidados baseados em valor pode exigir investimentos iniciais significativos e uma mudança cultural que vai além de meras reformas estruturais (OECD, 2022).

Apesar desses desafios, o potencial do VBHC para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e a eficiência dos sistemas de saúde é vasto. Ao focar em resultados que são mais significativos para os pacientes e ao criar incentivos para a eficiência, o VBHC pode contribuir significativamente para a sustentabilidade dos sistemas de saúde a longo prazo. À medida que mais países exploram e implementam essa abordagem, é provável que vejamos um impacto crescente na forma como os cuidados de saúde são organizados, financiados e avaliados globalmente.

2.3.1. Adoção do VBHC no Setor Privado

A adoção do VBHC no setor privado tem vindo a ganhar relevância nos últimos anos, à medida que as seguradoras e os prestadores de serviços de saúde procuram adaptar-se a um

ambiente em que o foco principal passa a ser a qualidade dos cuidados prestados e os resultados clínicos obtidos, e não o volume de serviços prestados. Este movimento responde à crescente pressão por sistemas de saúde mais eficientes e centrados no paciente, bem como à necessidade de controlar os crescentes custos de saúde.

Tradicionalmente, o setor privado de saúde tem operado em grande parte sob um modelo de “*fee-for-service*” (Porter, 2010). No entanto, com o aumento dos custos de saúde e a pressão por resultados de saúde mensuráveis e de qualidade, as seguradoras e prestadores privados estão a transitar para modelos que recompensam os resultados clínicos e a eficiência no uso de recursos.

Neste novo contexto, as seguradoras privadas estão a desempenhar um papel crucial na implementação do VBHC, criando incentivos financeiros para os prestadores de saúde que conseguem demonstrar melhores resultados clínicos e redução de custos. Estes incentivos podem assumir várias formas, incluindo contratos de risco partilhado, pacotes de pagamento globais e modelos de pagamento baseados em episódios de cuidados, nos quais os prestadores são pagos com base num ciclo completo de tratamento para uma condição médica específica, em vez de cada consulta ou procedimento individual (Kaplan & Porter, 2011).

Os modelos de negócio no setor privado de saúde estão a ser reformulados para se alinharem aos princípios do VBHC. Uma das principais mudanças é a adoção das IPU ou “*care pathways*”. Estas unidades envolvem equipas multidisciplinares de profissionais de saúde que trabalham de forma coordenada para proporcionar cuidados centrados no paciente, ao longo de todo o ciclo de cuidados, desde a prevenção até à reabilitação (Porter & Lee, 2013). Ao eliminar redundâncias e melhorar a comunicação entre os diferentes níveis de cuidado, estas unidades têm demonstrado uma melhoria significativa nos resultados de saúde e na redução de custos em várias áreas terapêutica (Lee, 2013).

Além disso, contratos de valor e pagamentos baseados em desempenho são cada vez mais comuns. Por exemplo, as seguradoras estão a introduzir contratos em que os prestadores de saúde privados são remunerados com base nos resultados que alcançam para os seus pacientes, em vez do volume de serviços prestados (Miller, 2009). Estes contratos podem incluir pagamentos por desempenho, onde os prestadores são recompensados por cumprir certos critérios de qualidade, como a redução de readmissões hospitalares ou a melhoria em indicadores de saúde de longo prazo.

Um exemplo notável deste tipo de abordagem vem da “*UnitedHealthcare*”, uma das maiores seguradoras privadas nos Estados Unidos da América (EUA), que tem vindo a implementar programas de “*Accountable Care Organizations*” (ACOs) em parceria com prestadores de serviços de saúde. Estes programas alinham os incentivos dos prestadores com os resultados de saúde dos pacientes, recompensando-os por alcançarem melhores

resultados clínicos e redução de custos. Segundo dados da “UnitedHealthcare”, as suas ACOs conseguiram reduzir em cerca de 10% os custos de saúde ao longo de vários anos, mantendo ou melhorando os indicadores de qualidade (CMS, 2022).

Os principais impulsionadores da adoção do VBHC no setor privado são os incentivos financeiros que recompensam a melhoria de resultados e a eficiência dos cuidados. Os modelos tradicionais de pagamento por serviço (*fee-for-service*) têm sido criticados por fomentar o aumento desnecessário do volume de serviços, sem um foco adequado na eficácia dos tratamentos. O VBHC, em contrapartida, introduz modelos de pagamento baseados em valor, como os pagamentos por pacote ou os modelos de partilha de riscos, onde os prestadores assumem parte do risco financeiro associado aos cuidados, mas também partilham os ganhos quando conseguem melhorar os resultados e controlar os custos (Kaplan & Witkowski, 2014).

Estes modelos criam incentivos claros para os prestadores privados investirem em práticas mais eficientes, como o uso de tecnologia digital para monitorizar os pacientes remotamente, ou a implementação de sistemas de saúde eletrónicos que permitam uma gestão mais integrada dos cuidados. A adoção de ferramentas digitais tem sido amplamente promovida por seguradoras privadas que oferecem bónus, ou reduções nas taxas de prémios para prestadores que utilizem estas tecnologias de forma eficaz (OECD, 2023).

Outro incentivo financeiro significativo tem sido o surgimento de contratos de pagamento baseados em resultados no setor farmacêutico, onde as seguradoras só pagam pelos medicamentos que demonstram eficácia comprovada. Este tipo de contrato já está a ser implementado por seguradoras e grandes empresas farmacêuticas nos EUA e na Europa, como a Novartis, que firmou acordos de reembolso condicional com base nos resultados clínicos obtidos (OECD, 2022).

Apesar dos progressos, o setor privado enfrenta vários desafios na adoção do VBHC. Um dos principais obstáculos é a necessidade de sistemas robustos de recolha e análise de dados. Para que os prestadores possam ser remunerados com base nos resultados, é essencial que exista uma capacidade adequada para medir de forma precisa e contínua os resultados de saúde dos pacientes, o que muitas vezes requer investimentos significativos em infraestruturas tecnológicas e formação de pessoal (Porter & Lee, 2013).

Outro desafio é o desalinhamento de incentivos financeiros entre os diferentes atores do sistema de saúde. Prestadores, seguradoras e pacientes nem sempre têm incentivos alinhados, o que pode dificultar a implementação de modelos de pagamento baseados em valor. Por exemplo, os prestadores podem mostrar-se resistentes em assumir riscos financeiros em áreas onde os resultados são mais difíceis de prever, como doenças crónicas complexas (Kaplan & Porter, 2011).

2.4. Em Portugal

O VBHC tem vindo a ganhar destaque em Portugal, alinhando-se com as tendências globais de reestruturação dos sistemas de saúde focados cada vez mais nos resultados que realmente importam para os pacientes. A adoção do VBHC em Portugal tem sido impulsionada por um reconhecimento crescente da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, ao mesmo tempo que se controlam os custos crescentes, sendo este apoiado por iniciativas parlamentares, mudanças na mentalidade dos profissionais de saúde e empenho de instituições académicas e organizações de saúde para integrar os princípios de valor na prática clínica.

Portugal, à semelhança de muitos outros países europeus, enfrenta desafios significativos na sustentabilidade de seu sistema de saúde, resultantes do envelhecimento da população, da prevalência de doenças crónicas e das restrições orçamentais (OECD, 2019). Neste contexto, o VBHC oferece uma abordagem promissora para abordar essas questões, promovendo uma melhor alocação de recursos e uma maior eficiência nos cuidados de saúde. Em Portugal, o conceito de VBHC começou a ser mais discutido e implementado nas últimas duas décadas, especialmente em áreas como oncologia, cardiologia e cuidados primários.

A integração do VBHC em Portugal tem sido apoiada por várias iniciativas parlamentares e por políticas públicas tendo como exemplo a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020”, que destacou a importância de melhorar os resultados em saúde e promover a transparência e a responsabilização nos serviços prestados (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2015). Além disso, a adoção do VBHC é incentivada por programas específicos, como o “Programa Nacional para a Saúde”, que inclui objetivos relacionados à melhoria dos cuidados baseados em valor e à promoção da eficiência nos serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). O surgimento destas políticas tem sido um motor para mudanças significativas, permitindo que as instituições se concentrem nos resultados que realmente importam aos pacientes.

Apesar dos avanços, a implementação do VBHC em Portugal enfrenta também diversos desafios. Um dos principais obstáculos é a falta de dados e de sistemas de informação robustos que permitam a medição precisa dos resultados de saúde e dos custos associados (Ribeiro et al., 2019). A fragmentação dos sistemas de saúde e a falta de interoperabilidade entre plataformas tecnológicas dificultam a avaliação do desempenho das unidades de saúde e a identificação de áreas onde os cuidados podem ser melhorados. Para além disso, outro desafio significativo é a resistência à mudança dos profissionais de saúde. A transição para um modelo centrado em valor requer uma mudança cultural significativa, onde a ênfase passa do volume de serviços para a qualidade e para os resultados (Sousa et al., 2018).

Não obstante dos desafios, há exemplos promissores de implementação de VBHC em Portugal. Um dos casos mais destacados é o da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que

tem sido pioneira na adoção de VBHC, especialmente no tratamento de doenças crônicas. Esta unidade tem implementado práticas de cuidado integrado focados em resultados clínicos e na gestão eficiente de recursos, resultando em melhorias significativas na qualidade dos cuidados prestados e na satisfação dos pacientes (Ramos et al., 2020).

Paralelamente a colaboração entre o setor público e privado tem promovido a adoção do VBHC em várias frentes. Organizações como a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) têm desempenhado um papel crucial na sensibilização para a importância do VBHC e na promoção de práticas que alinhem os incentivos dos profissionais de saúde com os resultados de saúde dos pacientes (APAH, 2019). Além disso, as parcerias com universidades e centros de investigação têm possibilitado o desenvolvimento de *frameworks* para avaliação de resultados e custos, melhorando a capacidade de medir e otimizar o valor gerado pelos cuidados de saúde.

Outro aspeto relevante é o impacto que o VBHC pode ter na promoção da equidade no acesso aos cuidados. À medida que os resultados de saúde se tornam o foco central, há uma oportunidade de reduzir as desigualdades na prestação de cuidados, uma vez que os recursos podem ser direcionados para as áreas e populações onde são mais necessários. Esta abordagem pode levar a uma distribuição mais justa e eficiente dos recursos, especialmente em sistemas de saúde como o português, onde a pressão sobre o orçamento é constante.

2.5. A Perceção dos Profissionais de Saúde sobre o Conceito de Saúde Baseado em Valor

A implementação do VBHC tem suscitado debates e reflexões entre os diferentes profissionais de saúde, revelando perceções diferentes quanto à sua viabilidade na prática clínica. Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Outros profissionais de saúde têm manifestado opiniões e visões distintas sobre o VBHC, influenciadas pelas suas funções, formação profissional e responsabilidades no sistema de saúde. A compreensão dessas perceções é crucial para uma implementação eficaz do VBHC, garantindo que as mudanças estruturais que ele propõe são adequadamente integradas no quotidiano das práticas clínicas.

2.5.1. A Perceção dos Médicos

Os médicos são frequentemente vistos como líderes no processo de cuidados de saúde e, portanto, o seu entendimento e aceitação do VBHC são cruciais para o sucesso dessa abordagem. Estudos indicam que muitos médicos reconhecem a importância de uma abordagem que se foque nos resultados que realmente importam para os pacientes e entendem os princípios do VBHC. No entanto, a transição de um modelo baseado em volume de serviços para um baseado em valor exige uma transformação significativa nas práticas

clínicas, o que tem gerado alguns desafios na adaptação às mudanças exigidas por este modelo (Tsai et al., 2018).

Os médicos frequentemente expressam preocupações sobre a complexidade de medir o valor de maneira justa e significativa, especialmente em áreas onde os resultados podem ser influenciados por fatores externos, como as condições socioeconômicas dos pacientes (Berenson e Rice, 2015). Além disso, há uma percepção de que o VBHC pode aumentar a carga administrativa, desviando o foco da prática clínica para o cumprimento de metas de desempenho e relatórios.

Adicionalmente, a necessidade de adaptação ao uso mais intensivo de dados para avaliar os resultados dos tratamentos representa uma mudança significativa no papel do médico. A eficiência do VBHC depende da capacidade dos médicos em utilizarem dados clínicos para otimizar os cuidados prestados, o que pode exigir formação adicional e um maior suporte técnico. Este fator levanta questões sobre a sobrecarga de trabalho, visto que os médicos já operam em ambientes de grande pressão, sendo necessário equilibrar o foco na prática clínica com as exigências administrativas inerentes ao VBHC (Tsai et al., 2018).

2.5.2. A Percepção dos Enfermeiros

Os enfermeiros desempenham um papel central no cuidado ao paciente, e a sua percepção sobre o VBHC está intimamente ligada à sua experiência na linha da frente dos cuidados de saúde. De modo geral, os enfermeiros tendem a ver o VBHC de maneira positiva, principalmente porque a abordagem enfatiza a qualidade do cuidado e o bem-estar do paciente. A ênfase na qualidade do cuidado ao paciente alia-se bem com os valores da enfermagem, que privilegiam uma abordagem holística e humanizada no tratamento (Kirwan et al., 2019).

No entanto, também expressam preocupações sobre a viabilidade de implementar mudanças de larga escala sem o apoio adequado em termos de recursos e de formações. A natureza colaborativa do VBHC, que requer coordenação estreita entre diferentes profissionais, é vista como um benefício, mas também como um desafio, especialmente em ambientes onde as equipes de saúde são sobrecarregadas e os recursos são limitados.

Outro ponto importante levantado pelos enfermeiros refere-se à necessidade de adequação dos recursos. A implementação de VBHC requer não apenas mudanças culturais e estruturais, mas também investimento em formação e tecnologia. A falta de recursos humanos e materiais adequados pode dificultar a aplicação prática dos princípios do VBHC no cotidiano dos enfermeiros, especialmente em ambientes onde o rácio enfermeiro-paciente já é elevado (Kirwan et al., 2019).

A ênfase na medição de resultados também é vista com ceticismo, pois os enfermeiros geralmente estão mais focados nos cuidados diretos aos pacientes do que na recolha e análise de dados.

2.5.3. A Perceção dos Farmacêuticos

Os farmacêuticos, cuja prática está cada vez mais integrada ao cuidado interdisciplinar, veem no VBHC uma oportunidade para reforçar o seu papel na equipa de saúde, especialmente na otimização do uso de medicamentos e na melhoria da segurança do paciente (Brock et al., 2017). O VBHC valoriza a contribuição dos farmacêuticos para a segurança e a eficácia do tratamento, destacando a importância da escolha correta de medicamentos, da adesão ao tratamento e da minimização de reações adversas.

No entanto, alguns farmacêuticos expressam preocupações sobre a adequação dos sistemas atuais de mensuração de desempenho e a sua capacidade de captar plenamente o valor que a sua prática agrega ao cuidado do paciente.

Além disso, a implementação de sistemas de monitorização de resultados pode aumentar as exigências de documentação para os farmacêuticos, desviando o seu tempo de outras atividades cruciais, como o aconselhamento ao paciente e ao cumprimento de indicadores de desempenho. Para que o papel dos farmacêuticos no VBHC seja efetivamente potenciado, é necessária uma abordagem que permita captar melhor o valor que eles agregam ao sistema de saúde (Chen et al., 2017).

2.5.4. A Perceção de Outros Profissionais de Saúde

Quando falamos em outros profissionais de saúde, falamos em Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeutas e Assistentes Sociais, Auxiliares de Ação Médica e outros que também desempenham papéis cruciais na promoção da saúde e no cuidado ao paciente dentro do modelo VBHC. Estes profissionais geralmente veem o VBHC como uma abordagem que reconhece e valoriza a contribuição multidisciplinar para o cuidado centrado no paciente (Bodenheimer e Sinsky, 2014).

Os Fisioterapeutas, valorizam o foco na reabilitação e na recuperação funcional, áreas onde os seus serviços são essenciais para alcançar os resultados esperados no VBHC, dado que uma recuperação bem-sucedida reflete diretamente nos resultados de saúde valorizados por este modelo (Bodenheimer e Sinsky, 2014).

Por outro lado, os nutricionistas apreciam o foco na prevenção e na gestão de doenças crónicas, onde a intervenção dietética pode ter um impacto significativo no valor do cuidado a longo prazo.

No entanto, a implementação do VBHC também apresenta desafios para estes profissionais, especialmente no que diz respeito à integração plena dos seus serviços nos sistemas de saúde tradicionais, que ainda podem ser dominados por modelos de remuneração baseados em volume. Existe a preocupação de que, apesar do foco do VBHC ser em resultados, alguns sistemas de saúde ainda possam subvalorizar as contribuições dessas disciplinas, uma vez que os benefícios de suas intervenções podem ser difíceis de quantificar de maneira imediata (Chen et al., 2017).

Assim, as percepções dos diferentes profissionais de saúde sobre o VBHC são diversas e refletem tanto o potencial quanto os desafios de implementar este modelo em ambientes de saúde complexos. Apesar dos Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Outros profissionais de saúde reconhecerem a importância de focar em resultados de saúde que importam para os pacientes, expressam também preocupações sobre a praticidade da implementação do VBHC, especialmente em termos de mensuração de resultados e carga administrativa adicional. Para que o VBHC seja efetivamente implementado, é crucial abordar essas preocupações e garantir que todos os profissionais de saúde recebem o apoio necessário para adaptar as suas práticas ao novo modelo. Só assim será possível capitalizar sobre os benefícios potenciais do VBHC, melhorando os resultados de saúde para os pacientes e promovendo a sustentabilidade do sistema de saúde a longo prazo.

2.6. Desafios e Obstáculos na Implementação de Saúde Baseada em Valor

A transição para um sistema de saúde baseado em valor representa uma mudança significativa nos paradigmas da prestação de cuidados de saúde, no entanto, não está isenta de desafios. A implementação do VBHC enfrenta desafios e obstáculos significativos que comprometem sua aplicação em larga escala.

Um dos principais desafios na implementação do VBHC é a falta de conhecimento e formação específica entre os profissionais de saúde. Muitos profissionais ainda não possuem uma compreensão clara dos princípios fundamentais do VBHC, o que inclui a importância de focar em resultados que realmente importam para os pacientes e de medir o valor como uma relação entre esses resultados e os custos envolvidos (Porter e Lee, 2013). A ausência de programas de formação contínuos e adequados impedem que os profissionais compreendam como aplicar esses conceitos na prática clínica, resultando numa resistência à mudança e na perpetuação de práticas tradicionais que não estão alinhadas com os objetivos do VBHC (Young et al., 2018).

Além disso, em muitas instituições de saúde continuam a enfatizar modelos de cuidado tradicionais, com pouca ou nenhuma integração dos princípios de VBHC (Young et al., 2018). Muitas escolas de medicina, enfermagem e outras ciências da saúde mantêm um foco em modelos tradicionais de prestação de cuidados, com pouca ênfase no valor, na coordenação

interdisciplinar e na medição de resultados centrados no paciente (Duncan et al., 2012). Sem uma formação adequada, os profissionais podem não estar preparados para realizar a transição para o VBHC, o que compromete a qualidade e a eficácia da sua implementação.

Os obstáculos institucionais e culturais são outro entrave significativo à adoção do VBHC.

As instituições de saúde frequentemente operam dentro de estruturas estabelecidas e culturas organizacionais que podem ser resistentes a mudanças profundas. A VBHC exige uma reestruturação substancial das práticas organizacionais, incluindo a mudança de foco de um modelo baseado em volume para um modelo baseado em resultados (Spear, 2005). Isso requer uma transformação não apenas dos processos clínicos, mas também dos sistemas de gestão, governação e incentivos, o que muitas vezes encontra resistência dentro das organizações.

A cultura organizacional desempenha um papel crucial na aceitação e implementação de novas abordagens de cuidado. Em muitas instituições, há uma mentalidade enraizada que valoriza a produtividade medida pelo volume de serviços, o que é contrário aos princípios do VBHC que focam na qualidade e nos resultados (Goddard et al., 2012). Além disso, a liderança nas organizações de saúde pode não estar plenamente comprometida com a implementação do VBHC, o que dificulta a criação de um ambiente favorável à mudança. Sem um apoio claro e uma liderança comprometida, os esforços para implementar o VBHC podem ser fragmentados e insuficientes para superar a inércia institucional (Dixon-Woods et al., 2014).

A cultura de trabalho em silos, comum em muitas instituições de saúde, também representa um obstáculo significativo. O VBHC exige colaboração interdisciplinar e uma abordagem integrada no cuidado ao paciente, mas essa integração é dificultada quando diferentes departamentos e profissionais trabalham de forma isolada, com pouca coordenação e comunicação (O'Brien et al., 2009). Superar esses obstáculos culturais é essencial para garantir a implementação eficaz do VBHC e a entrega de cuidados de saúde de alta qualidade.

Os desafios económicos e financeiros são, talvez, os mais complexos na implementação do VBHC. A transição para um modelo de saúde baseado em valor requer investimentos significativos em infraestruturas, tecnologias de informação e na formação de pessoal (Kaplan e Porter, 2011). Muitas instituições de saúde enfrentam restrições orçamentais que limitam a sua capacidade de financiar essas mudanças, o que torna difícil a implementação do VBHC, apesar dos potenciais benefícios a longo prazo.

Além disso, o sistema tradicional de *“free-for-service”*, que ainda prevalece em muitos sistemas de saúde, criando um desalinhamento de incentivos que desestimula a adoção do VBHC (Miller, 2009). Profissionais e instituições podem enfrentar perdas financeiras imediatas ao reduzir procedimentos desnecessários ou investir em cuidados preventivos de alta

qualidade que não são adequadamente remunerados nos modelos de pagamento atuais. Este desalinhamento financeiro cria resistência à mudança e dificulta a transição para modelos de pagamento que recompensem o valor em vez do volume.

Outro aspecto económico relevante é a complexidade associada à medição precisa dos custos e resultados em saúde. Métodos tradicionais de contabilidade muitas vezes não captam adequadamente os custos reais dos cuidados, o que torna difícil avaliar o verdadeiro valor entregue aos pacientes (Kaplan e Witkowski, 2014). Desenvolver e implementar sistemas robustos de custeio e mensuração de valor é uma tarefa complexa e dispendiosa, mas essencial para o sucesso do VBHC.

A incerteza regulatória e as mudanças políticas também contribuem para os desafios financeiros na implementação do VBHC. Mudanças nas políticas de saúde, estruturação de contratos e regulamentações podem criar um ambiente imprevisível, dificultando o planeamento e os investimentos necessários para a transição para modelos baseados em valor (Damberg et al., 2014). A falta de políticas claras e consistentes que apoiem e incentivem o VBHC pode atrasar ou impedir sua adoção ampla.

Superar esses desafios requer uma abordagem multifacetada que inclua investimentos em educação, reformas institucionais e políticas de saúde que incentivem práticas baseadas em valor. Apenas através de um esforço coordenado para abordar esses obstáculos será possível transformar os sistemas de saúde para que sejam mais eficientes, eficazes e centrados no paciente. Contudo, com a adoção crescente de tecnologias digitais e o apoio de políticas públicas favoráveis, o futuro do VBHC parece promissor.

3. Metodologia

O projeto a desenvolver no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, terá como principal objetivo compreender qual o conhecimento e qual a importância que os diferentes profissionais de saúde dão ao Conceito de Saúde Baseado em Valor. Assim realizou-se um estudo quantitativo, seguindo uma lógica descritiva e correlacional.

Tendo em vista a crescente relevância do VBHC e os desafios inerentes à sua implementação, a partir desta questão, pretende-se não só avaliar o nível de familiaridade dos profissionais com o conceito, mas também a sua aceitação, satisfação e a perceção do impacto que o VBHC pode ter na melhoria dos cuidados prestados. Além disso, com os métodos correlacionais, é possível identificar padrões e analisar a relação entre duas ou mais variáveis.

3.1. Tipo de estudo

O estudo é quantitativo e segue uma abordagem descritiva e correlacional. O objetivo principal foi analisar o nível de familiaridade, satisfação e aceitação do modelo VBHC por diferentes profissionais de saúde.

3.2. População e amostra

A população-alvo foi composta por profissionais de saúde de várias especialidades, todos a exercer em serviços de saúde localizados em Portugal, excluindo assim aqueles que trabalham no estrangeiro. Além disso, ficou definido que, no caso de profissionais que trabalhassem em mais de uma instituição, as respostas deveriam refletir a instituição com a qual tinham o maior vínculo laboral.

A amostra foi composta por 144 profissionais de saúde, com diferentes níveis de experiência, profissões e localizações, conforme descrito. A idade média foi de 45,36 anos, com predominância feminina e uma diversidade de profissões (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, como farmacêuticos, psicólogos e auxiliares de saúde, nutricionistas, ...).

Relativamente ao tempo de serviço, o trabalhador mais recente tem cerca de 1 ano de experiência, enquanto o mais experiente acumulava 40 anos de serviço, sendo a média de 13,97 anos de experiência. A maioria dos inquiridos residia nos distritos de Lisboa (95 participantes) e Porto (26 participantes).

3.3. Instrumento de Recolha dos Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário estruturado, desenvolvido com base nos objetivos da investigação. Este instrumento foi dividido em sete secções principais, abordando desde o conhecimento sobre o VBHC até às perceções e atitudes sobre a implementação deste modelo no local de trabalho. Utilizou-se uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, entre o “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

3.4. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados

A recolha de dados será feita online através da plataforma *Qualtrics*, garantindo os princípios éticos da investigação, respeitando o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

Após a recolha dos dados, os mesmos serão processados e analisados com recurso ao Excel, utilizando técnicas como correlações de *Pearson* e ANOVA.

Finalmente, após a análise dos dados recolhidos e a identificação das oportunidades de melhoria, serão propostas recomendações para otimizar a implementação do VBHC, com base na perceção dos profissionais de saúde.

4. Resultados

4.1. Perfil Demográfico da Amostra

Os participantes foram agrupados de acordo com suas características sociodemográficas.

A Figura 3 ilustra a distribuição demográfica, diferenciando os participantes por faixas etárias e sexo.

A idade média dos participantes foi de 45,36 anos, variando entre o mínimo de 22 anos e o máximo de 85 anos sendo a maioria dos inquiridos, do sexo feminino (53%).

Entre os participantes, 25 mulheres e 31 homens têm idades entre 22 e 39 anos.

Na faixa etária entre 40 e 59 anos, há um número maior de mulheres, totalizando 45, enquanto 25 homens pertencem a este grupo.

O grupo de profissionais com idades entre 60 e 85 anos é o menor, com 7 mulheres e 11 homens.

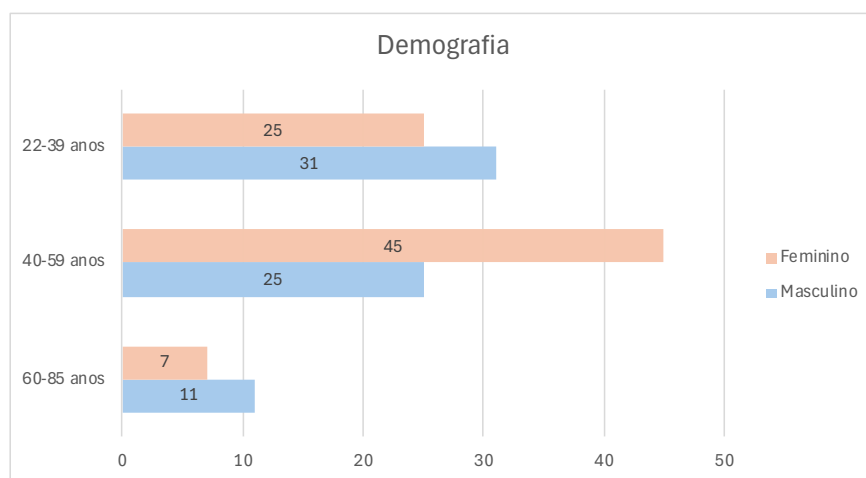


Figura 3: Distribuição Demográfica por Idade e Sexo

4.2. Distribuição por Profissão

A Figura 4 apresenta a distribuição dos participantes por profissão.

Observa-se que a amostra é composta principalmente por Outros Profissionais de Saúde, que representam 40,97% do total, os Médicos refletem 36,11% da amostra, seguidos de Enfermeiros, que representam 22,92%.

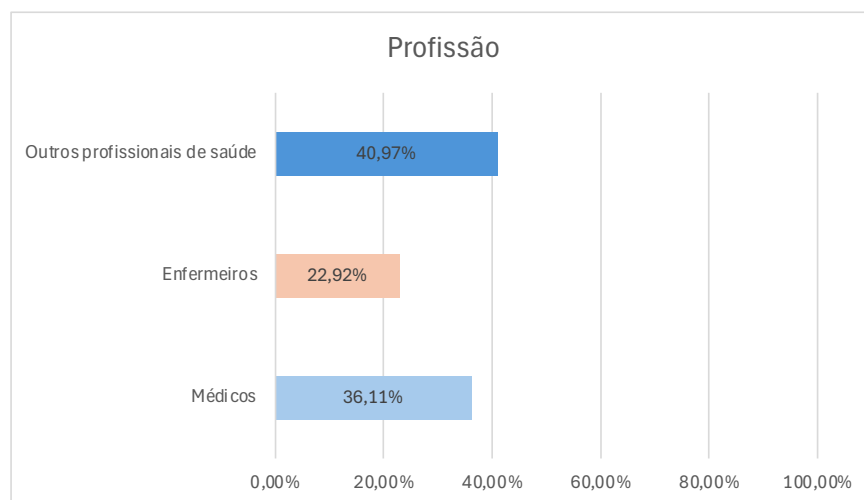


Figura 4: Distribuição por Profissão

Estes dados mostram uma distribuição relativamente equilibrada entre Médicos e Outros profissionais de saúde, enquanto os Enfermeiros são o grupo menos representado.

4.3. Familiaridade com o VBHC

A familiaridade com o VBHC, foi analisada mostrando que 36,11% dos participantes relataram estar familiarizados com o VBHC e 61,11% indicaram não estar familiarizados com o conceito.

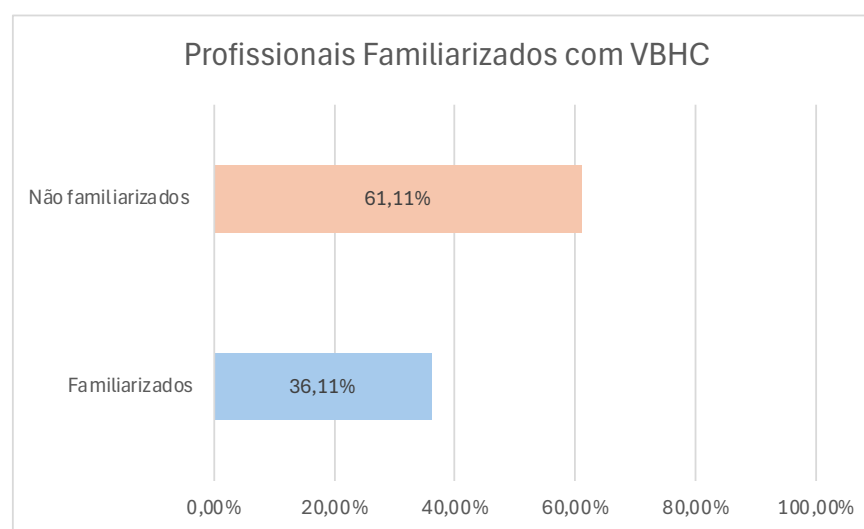


Figura 5: Percentagem de Profissionais Familiarizados com o VBHC

Estes resultados sugerem que a maioria dos profissionais de saúde ainda não tem um conhecimento aprofundado sobre o VBHC, o que pode indicar uma necessidade de maior disseminação e educação sobre o modelo.

4.4. Participação em workshops/formações sobre VBHC

A participação em workshops e formações sobre o VBHC é fundamental para garantir que os profissionais de saúde compreendem e apliquem adequadamente esse modelo nas suas práticas. Importa assim analisar esta variável com o objetivo de avaliar o nível de envolvimento dos profissionais de saúde em ações de educação sobre o tema.

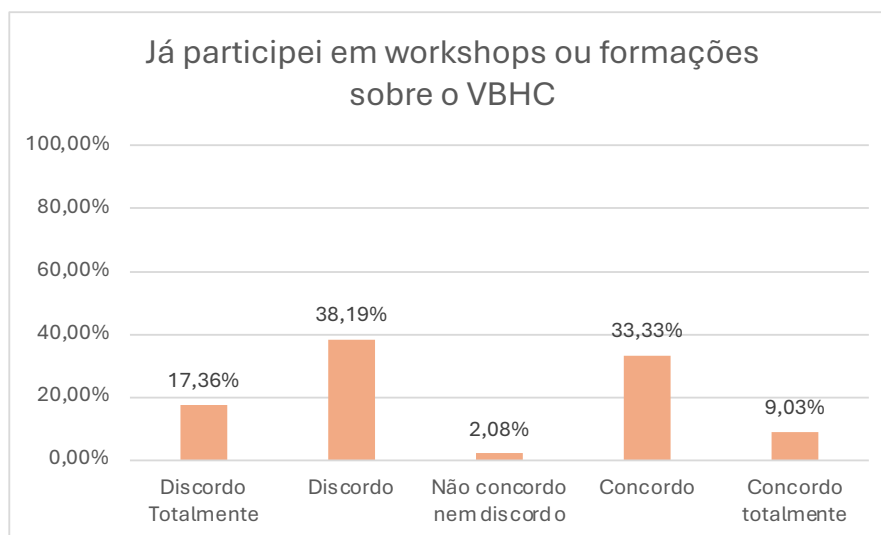


Figura 6: Participação em Workshops/formações sobre o VBHC

A maior parcela dos participantes indicou discordar da afirmação, com 38,19%, o que sugere que quase 40% dos inquiridos não participaram em formações. Além disso, 33,33% afirmam concordar que já participaram em workshops ou formações. Contudo, uma proporção menor, 9,03%, indicou concordar totalmente.

No outro extremo da escala, 17,36% dos profissionais afirmaram discordar totalmente de terem participado em formações, enquanto apenas 2,08% ficaram na posição neutra (não concordo nem discordo).

4.5. Conhecimento sobre o VBHC vs. Satisfação com a Implementação no local de trabalho

Foi realizada uma análise de correlação para explorar a relação entre o nível de familiaridade com o VBHC e a satisfação com a implementação do modelo no local de trabalho. O coeficiente de correlação de $r = 0,86$ revelou uma forte correlação positiva entre essas variáveis.

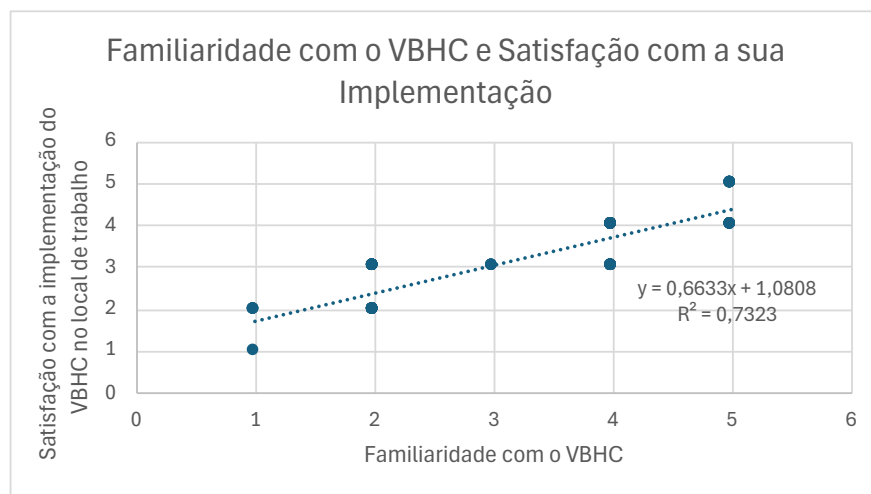


Figura 7: Relação entre Familiaridade com o VBHC e Satisfação com a sua Implementação

A equação da linha de tendência, $y = 0,6633x + 1,0808$, indica que um aumento no conhecimento sobre o VBHC está associado a um aumento na satisfação com a implementação. O coeficiente de determinação $R^2 = 0,7323$ sugere que 73,23% da variação na satisfação pode ser explicada pela familiaridade com o VBHC.

Como visualizado na Figura 7, à medida que o conhecimento sobre o VBHC aumenta, os níveis de satisfação com sua implementação também aumentam significativamente, comprovando os estudos que indicam que a educação adequada pode melhorar a aceitação de novos modelos na saúde (Porter & Lee, 2013).

4.6. Anos na organização vs. Satisfação com a Implementação do VBHC

Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar os níveis de satisfação com a implementação do VBHC entre profissionais de saúde com diferentes anos na organização. Os participantes foram divididos em três grupos com base em anos de casa: Menos de 5 anos, 5-10 anos e Mais de 10 anos. As médias de satisfação foram calculadas para cada grupo, conforme mostrado no Quadro 1.

Grupo	Contagem	Soma	Média	Variância
Menos de 10 anos	61	222	3,639	0,8010929
10-20 anos	49	156	3,188	0,8197729
Mais de 20 anos	34	99	2,911	0,56773619

Fonte de Variação	SS	df	MS	F	P-valor	F Crítico
Entre os Grupos	12,7896933	2	6,39484667	8,49450788	0,00032866	3,06029177
Dentro dos Grupos	106,147807	141	0,75282132			
Total	118,9375	143				

Quadro 1: ANOVA

Os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa entre os anos na empresa e a satisfação com a implementação do VBHC ($p < 0,05$), conforme o Quadro 1.

A estatística F calculada ($F = 8,49$) também foi superior ao valor de F crítico ($F \text{ crítico} = 3,06$), confirmando que as variações nas médias de satisfação entre os grupos são significativas.

As médias de satisfação (Figura 8) mostram que os profissionais com menos de 10 anos de casa apresentam a maior média (3,64), seguidos pelos profissionais com 10-20 anos de casa (3,19), enquanto os profissionais com mais de 20 anos têm a menor média de satisfação (2,91).

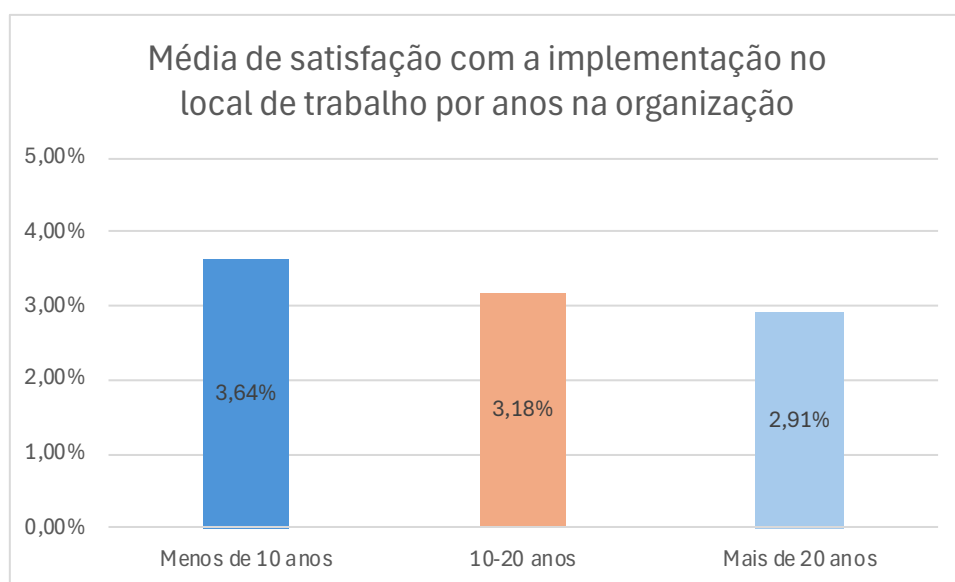


Figura 8: Média de Satisfação com a implementação do VBHC por anos na organização

Estes resultados sugerem que profissionais com menos tempo na organização estão mais satisfeitos com a implementação do VBHC, o que pode ser explicado por uma maior abertura a novas abordagens entre profissionais mais jovens, enquanto, aqueles com mais de 20 anos de experiência na mesma organização podem ser mais críticos ou resistentes a mudanças no modelo de prestação de cuidados de saúde. Estes resultados são suportados por estudos que mostram que a resistência à mudança é mais comum entre profissionais com maior tempo de serviço (Maher et al., 2017).

4.7. Conhecimento sobre o VBHC vs. Preferência em Trabalhar com o VBHC

Os resultados, conforme ilustrados na Figura 9, indicam uma forte correlação positiva de $r=0,89$ entre o nível de familiaridade com o VBHC e a preferência por trabalhar num ambiente que adote as práticas do VBHC. À medida que o nível de familiaridade dos profissionais com o conceito de VBHC aumenta, observa-se um aumento proporcional na preferência em atuar num ambiente que adote as suas práticas. Por exemplo, entre os profissionais com o nível

mais alto de familiaridade (nível 5), a média de preferência alcança 4,82%, numa escala de *Likert* enquanto a média de familiaridade é 5,00%. Em contrapartida, os profissionais com menor familiaridade (nível 1) apresentam uma menor média de preferência (1,00%), refletindo também um menor conhecimento do conceito (1,67%).

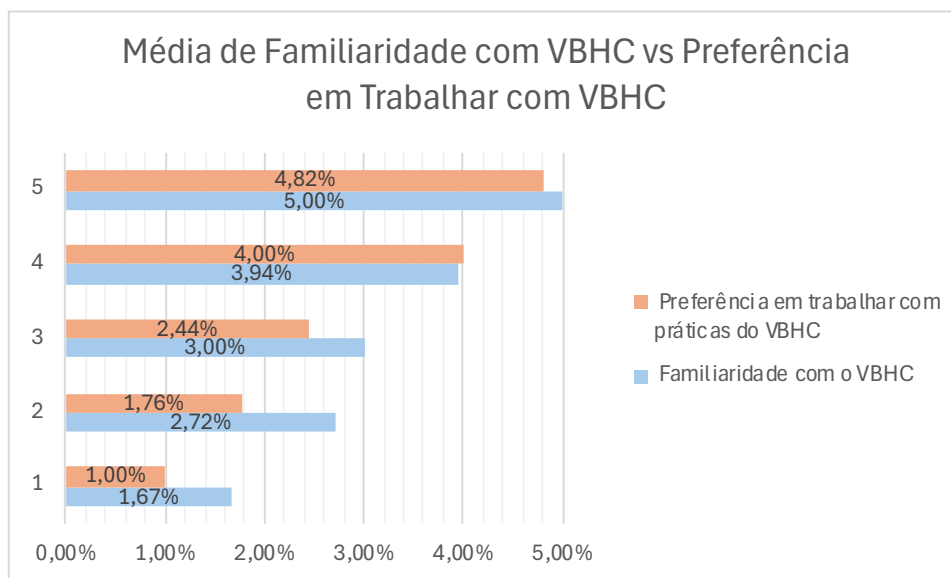


Figura 9: Média de Familiaridade com VBHC vs Preferência em Trabalhar com VBHC

Estes resultados sugerem que o conhecimento sobre o VBHC influencia diretamente a disposição dos profissionais de saúde para atuar em ambientes que implementem este modelo. Profissionais que têm maior familiaridade com o conceito tendem a valorizar mais a aplicação prática do VBHC no local de trabalho, destacando a importância da capacitação e do aumento de conhecimento sobre o VBHC para promover a sua aceitação e a adoção mais ampla. Kaplan et al. (2014) argumentam que a implementação de novos modelos de cuidado, como o VBHC, depende de uma aceitação generalizada, e que o conhecimento profundo é um fator determinante na adoção das práticas relacionadas a esses modelos.

4.8. Satisfação com os Recursos Disponíveis vs. Percepção da Eficácia do Trabalho em Equipe

Os resultados desta análise indicam uma forte correlação positiva entre a satisfação com os recursos disponíveis para implementar o VBHC e a percepção da eficácia do trabalho em equipe na implementação do VBHC.

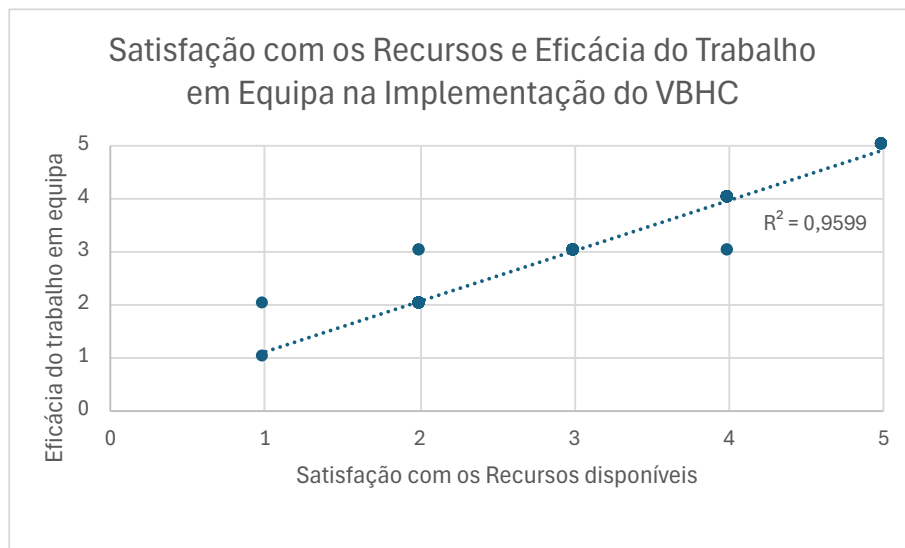


Figura 10: Correlação entre Satisfação com os Recursos Disponíveis e Eficácia do Trabalho em Equipa na Implementação do VBHC

O coeficiente de determinação (R^2) de 0,9599 (Figura 10) demonstra que há uma forte relação linear entre essas variáveis. Isto significa que, à medida que a satisfação com os recursos aumenta, a percepção sobre a eficácia do trabalho em equipa também tende a melhorar de maneira proporcional.

Por outro lado, como demonstrado na Figura 11, observou-se que a ausência de recursos adequados compromete a percepção da eficácia do trabalho em equipa, em concordância com os resultados apresentados por Fried e Rundall (2017).

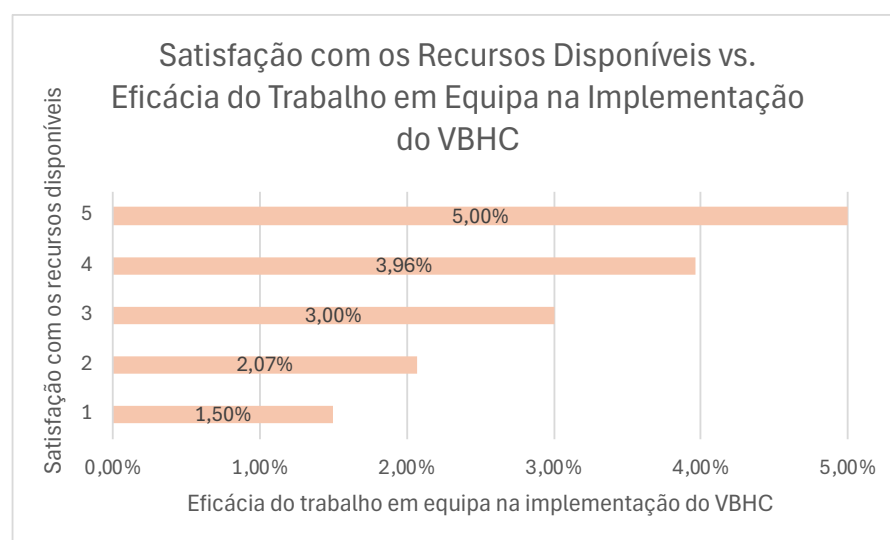


Figura 11: Satisfação com os Recursos Disponíveis e Eficácia do Trabalho em Equipa na Implementação do VBHC

Shortell et al. (2015) destacam que a infraestrutura adequada, associada ao suporte organizacional, promove a colaboração entre as equipas e facilita a implementação de mudanças organizacionais, como o VBHC.

4.9. Resistência a Mudanças vs. Opinião sobre o Impacto do VBHC

Os resultados indicam uma correlação positiva significativa ($r = 0,87$) entre a resistência às mudanças e a opinião de que o VBHC melhora a qualidade dos cuidados de saúde, conforme demonstrado nas figuras abaixo.

O gráfico de dispersão (Figura 12) revela uma linha de tendência ascendente, sugerindo que à medida que o desconforto com as mudanças aumenta, também cresce a percepção de que o VBHC impacta positivamente a qualidade dos cuidados de saúde. Da mesma forma, o gráfico de barras (Figura 13) destaca que os profissionais com maior resistência (nível 4 e 5) apresentam uma média de opinião mais elevada (5,00), enquanto aqueles com menor resistência (nível 1) demonstram uma opinião mais moderada (2,30).

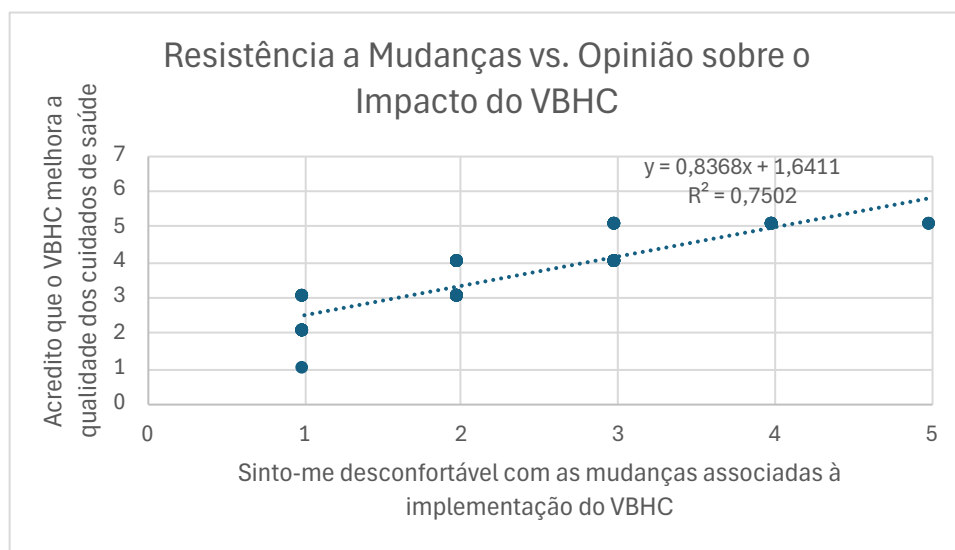


Figura 12: Resistência a Mudanças vs. Opinião sobre o Impacto do VBHC

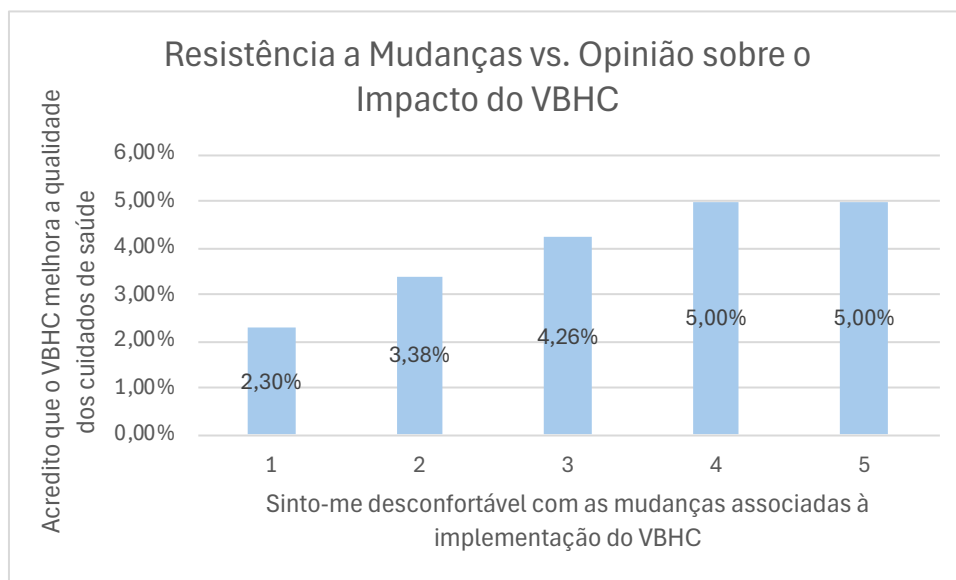


Figura 13: Média de Opinião sobre o VBHC por Nível de Resistência a Mudanças

Estes resultados sugerem que, embora os profissionais possam-se sentir desconfortáveis com as mudanças, eles reconhecem o valor do VBHC na melhoria dos cuidados de saúde, alinhando-se com a literatura que afirma que, apesar dos obstáculos iniciais, a implementação de práticas baseadas em valor é vista como positiva a longo prazo (Foster et al., 2018).

5. Discussão

Os resultados obtidos neste estudo fornecem evidências relevantes sobre a aceitação e a percepção dos profissionais de saúde em relação ao Conceito de Saúde Baseado em Valor (VBHC), bem como os fatores que influenciam essa percepção. As análises revelaram correlações significativas entre o conhecimento sobre o VBHC, a satisfação com sua implementação e outros fatores, como resistência a mudanças e tempo de experiência dos profissionais de saúde. Estes resultados são consistentes com a literatura existente e oferecem *insights* práticos para a implementação do VBHC em instituições de saúde.

A participação em workshops ou em formações sobre o VBHC apresentou resultados reveladores. Os resultados estão alinhados com estudos prévios que destacam a importância crítica de ações educativas e workshops na implementação de novos modelos de gestão em saúde. Porter e Lee (2013), pioneiros na concepção do VBHC, enfatizam que a formação contínua e a participação em formações são essenciais para que os profissionais compreendam plenamente os benefícios deste modelo. De acordo com Bohmer (2016), a adesão e o sucesso do VBHC dependem diretamente da compreensão dos profissionais em relação aos princípios fundamentais do modelo, o que só pode ser alcançado através de uma aprendizagem adequada. Estudos mais recentes, como o de Kaplan e Norton (2016), reforçam que o conhecimento adequado é um fator decisivo para a aceitação de inovações, especialmente em sistemas de saúde complexos.

Por outro lado, a falta de participação em workshops ou formações, conforme revelada pela alta taxa de respostas negativas, pode estar relacionada com fatores como a falta de oferta dos mesmos e a ausência de políticas institucionais que incentivem o conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a importância do VBHC. Estudos como o de Silva et al. (2019) corroboram esta ideia, destacando que o entrave do acesso a formações é um dos principais desafios na implementação de novos modelos em saúde, como o VBHC. Além disso, Dahl et al. (2018) argumentam que a ausência de educação direcionada, limita significativamente a implementação de inovações, uma vez que os profissionais de saúde podem sentir-se menos preparados para lidar com as mudanças introduzidas.

Souza et al. (2020) conduziram um estudo em que observaram uma correlação direta entre a participação em workshops e a aceitação do VBHC, com os profissionais que participaram em formações demonstrando maior disposição para adotar o modelo em comparação àqueles sem uma prática formal, que apresentaram resistência considerável. Esses dados reforçam a necessidade de as instituições de saúde investirem não apenas na oferta de formações sobre o VBHC, mas também em políticas que incentivem a participação dos profissionais em tais programas (Poston & Rumsey, 2021; Souza et al., 2020).

A correlação significativa ($r = 0,86$) entre o conhecimento sobre o VBHC e a satisfação com a sua implementação indica que o nível de familiaridade com o modelo é um dos principais determinantes da satisfação dos profissionais de saúde. Este resultado está em conformidade com estudos anteriores que afirmam que a educação e a formação são fatores cruciais para a aceitação de novos modelos de gestão de cuidados de saúde. Porter e Lee (2013) argumentam que o sucesso na implementação do VBHC depende do grau de compreensão dos profissionais sobre o conceito. Quanto mais os profissionais entendem os princípios e benefícios do VBHC, mais satisfeitos e comprometidos estes tendem a estar com a sua implementação. Este ponto também é reforçado por Foster et al. (2018), que argumentam que o conhecimento profundo e a confiança no modelo são fundamentais para a sua adoção.

Kaplan e Porter (2016) conduziram estudos em diversas instituições de saúde e descobriram que profissionais que possuíam maior familiaridade com os princípios do VBHC mostravam não apenas maior satisfação com a implementação do modelo, mas também melhor desempenho no cuidado ao paciente. Através de um estudo específico observaram que, hospitais que investiram numa educação contínua sobre o VBHC relataram uma melhoria significativa na satisfação dos profissionais, uma vez que entenderam os benefícios tangíveis para a qualidade do cuidado prestado e o uso mais eficiente dos recursos.

A ANOVA mostrou que existe uma diferença significativa nos níveis de satisfação com a implementação do VBHC entre profissionais com diferentes anos na mesma organização. Profissionais com menos de 10 anos de casa apresentaram maiores níveis de satisfação (média = 3,64), enquanto aqueles com mais de 20 anos mostraram menores níveis de satisfação (média = 2,91). Estes resultados são consistentes com a literatura, que aponta que profissionais mais experientes tendem a resistir mais a mudanças organizacionais e a novos modelos de gestão Lundgren et al. (2020). Maher et al. (2017) destacam que a resistência à mudança é mais prevalente entre profissionais com maior tempo numa mesma organização, dado que estes podem estar mais acostumados a métodos tradicionais e podem ver os novos modelos como um desafio às práticas estabelecidas.

Lundgren et al. (2020), no estudo a um hospital que implementou o VBHC em diversas áreas clínicas verificou que os profissionais com mais de 20 anos de serviço numa mesma instituição relataram desconforto com a alteração de processos estabelecidos, especialmente em áreas de prestação de cuidados onde a experiência tradicional desempenha um papel importante. Esses profissionais perceberam as novas abordagens do VBHC como disruptivas às suas práticas habituais. Em contrapartida, os profissionais com menos tempo na instituição adaptaram-se mais rapidamente e relataram maior satisfação com o modelo, pois reconheceram os benefícios de uma abordagem mais centrada em valor desde o início das suas carreiras (Lundgren et al., 2020; Richter & Hohenstein, 2017).

A menor satisfação entre os profissionais mais experientes pode estar associada à percepção de que o VBHC exige uma reestruturação de processos de trabalho e uma maior colaboração entre equipas, o que pode ser visto como disruptivo para aqueles que estão mais acostumados com práticas convencionais. Portanto, é importante que as instituições de saúde ofereçam suporte e formações específicas para os profissionais com mais tempo de carreira, a fim de reduzir a resistência e aumentar a aceitação das novas práticas. Neste sentido, Bohmer (2016) argumenta que a implementação de modelos como o VBHC requer uma abordagem cuidadosa que envolva não apenas a educação, mas também o apoio contínuo por parte da gestão, especialmente para profissionais mais experientes.

Os resultados também indicaram uma forte correlação ($r = 0,89$) entre o conhecimento sobre o VBHC e a preferência dos profissionais por trabalhar num ambiente que adote este modelo. Profissionais que relataram maior familiaridade com o VBHC demonstraram uma clara preferência por trabalhar em ambientes que implementam práticas baseadas em valor. Estes dados vão ao encontro com o estudo de Kaplan e Porter (2014), que afirmam que a familiaridade com modelos inovadores de gestão de saúde está diretamente relacionada com disposição dos profissionais em adotá-los na prática diária.

Jones e Wilson (2019) observaram que a familiaridade com o VBHC está associada a uma motivação intrínseca dos profissionais em promover melhorias nos cuidados de saúde e otimizar os custos. No estudo que foi realizado num hospital universitário, verificou-se que os profissionais com alto nível de conhecimento do VBHC mostraram uma preferência clara em permanecer em ambientes que continuavam a implementar o modelo, valorizando a oportunidade de contribuir para a inovação e o foco no valor entregue ao paciente.

Essa preferência pode ser explicada pelo facto de que os profissionais que compreendem melhor o VBHC estão mais conscientes dos benefícios que ele oferece, tanto em termos de melhoria da qualidade dos cuidados quanto na eficiência dos recursos. A formação adequada e o envolvimento dos profissionais no processo de implementação são fundamentais para garantir que eles estejam dispostos a trabalhar com o modelo.

Outro dado relevante deste estudo foi a correlação significativa ($r = 0,9599$) entre a satisfação com os recursos disponíveis para a implementação do VBHC e a percepção de eficácia do trabalho em equipa. Shortell et al. (2015) destacam que a eficácia das equipas de trabalho está diretamente relacionada com a qualidade dos recursos oferecidos pela instituição, como infraestrutura, tecnologia e suporte organizacional. Profissionais que se sentem bem equipados e apoiados pela instituição tendem a perceber o trabalho em equipa como mais eficaz, especialmente em ambientes que adotam o VBHC, onde a colaboração entre profissionais de diferentes áreas é essencial.

No presente estudo, verificou-se que a falta de recursos adequados prejudica a percepção da eficácia do trabalho em equipa, alinhando-se com os resultados de Fried e Rundall (2017).

Estes autores observaram que em instituições de saúde onde os recursos são limitados, os profissionais tendem a expor a frustração, o que afeta negativamente a coesão e a colaboração entre as equipes. Um exemplo prático destacado pelos autores foi a implementação do VBHC num hospital com recursos tecnológicos insuficientes, onde as equipes enfrentaram dificuldades na coordenação de cuidados e na comunicação entre departamentos, o que comprometeu os resultados iniciais da implementação.

Em contrapartida, Edmondson (2018) demonstrou que o acesso a recursos adequados, como tecnologias de saúde e suporte organizacional, melhora significativamente a colaboração entre equipes. No seu estudo com hospitais norte-americanos, Edmondson constatou que as equipes que dispunham de ferramentas adequadas e suporte organizacional estruturado conseguiam integrar de forma mais eficiente as práticas do VBHC, resultando numa implementação mais suave e eficaz.

Estes resultados sugerem que, para garantir o sucesso na implementação do VBHC, as instituições de saúde devem investir em recursos adequados e na criação de uma cultura organizacional que promova a colaboração interprofissional. A falta de recursos pode gerar insatisfação entre os profissionais e comprometer a eficácia das equipes, afetando negativamente a implementação do modelo.

Por fim, a correlação significativa ($r = 0,87$) entre a resistência a mudanças e a opinião sobre o impacto do VBHC revela um dado interessante: mesmo os profissionais que se sentem desconfortáveis com as mudanças associadas à implementação do VBHC tendem a reconhecer os benefícios do modelo na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Este resultado pode parecer contraditório à primeira vista, mas está em conformidade com a literatura que aponta que, embora a resistência inicial seja comum, muitos profissionais eventualmente reconhecem o valor das mudanças após perceberem os benefícios práticos. Kotter (1996) afirma que a resistência à mudança muitas vezes reflete mais o medo do desconhecido do que a rejeição ao modelo em si.

No contexto da saúde, Reiss (2019) observou que, em muitas instituições, a resistência é resultado de uma falta de familiaridade com o conceito, mas essa postura muda quando os resultados positivos se tornam evidentes, como maior eficiência e melhores resultados clínicos.

Barlow et al. (2020) fornecem um exemplo prático desse fenômeno ao estudar a implementação do VBHC numa grande rede hospitalar nos EUA em que inicialmente, os profissionais demonstraram uma resistência significativa devido à necessidade de mudanças nas rotinas e na forma de trabalho, mas, após a implementação, a maioria dos profissionais reconheceu que o modelo proporcionou uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados e na eficiência dos processos.

Portanto, estratégias eficazes de gestão da mudança, que incluam formações, uma comunicação clara e um apoio organizacional, são cruciais para garantir que os profissionais, mesmo os mais resistentes, estejam dispostos a adotar o VBHC. (Kotter, 1996; Reiss, 2019; Barlow & McCay, 2020).

5.1. Implicações Práticas

Os resultados deste estudo oferecem implicações práticas e significativas para a implementação do VBHC em instituições de saúde. Primeiramente, é essencial que as instituições invistam em programas de educação contínua para aumentar o conhecimento sobre o modelo, especialmente entre profissionais mais experientes. Além disso, é importante fornecer recursos adequados e garantir que as equipes de trabalho têm a infraestrutura necessária para colaborar de forma eficaz.

Outro ponto relevante é a necessidade de uma gestão eficiente da mudança. Profissionais que resistem inicialmente ao VBHC podem, com o tempo e com o suporte adequado, reconhecer os benefícios do modelo, o que reforça a importância de criar uma cultura organizacional que promova a inovação e a colaboração.

6. Conclusões

Os resultados deste estudo demonstram que, embora o conceito de Saúde Baseado em Valor (VBHC) seja reconhecido por parte significativa dos profissionais de saúde em Portugal, ainda existem lacunas importantes em termos de conhecimento e familiaridade com a sua aplicação prática. Profissionais que participaram em formações ou workshops sobre o VBHC tendem a apresentar maior satisfação com a implementação do modelo e maior disposição para trabalhar em ambientes que adotem esta abordagem, corroborando a literatura que destaca a educação contínua como crucial para o sucesso de novos modelos de gestão em saúde (Porter & Lee, 2013; Kaplan & Porter, 2011).

No entanto, o estudo também identificou desafios, como a resistência à mudança, particularmente entre profissionais com maior tempo de serviço, e a falta de recursos adequados para apoiar a transição para um modelo baseado em valor. Estes obstáculos estruturais e culturais são consistentes com os encontrados em outros estudos internacionais, que apontam para a necessidade de uma transformação mais ampla, envolvendo políticas institucionais e suporte contínuo aos profissionais (Nilsson et al., 2017; Kaplan & Witkowski, 2014).

Para garantir o sucesso do VBHC em Portugal, é essencial que se invista em programas de habilitação que promovam uma maior compreensão dos benefícios do modelo, enquanto fornecem os recursos necessários para facilitar a colaboração interdisciplinar e a medição de resultados. Além disso, o apoio organizacional é fundamental para minimizar a resistência à mudança e garantir que os profissionais de saúde veem o VBHC não apenas como uma teoria, mas como uma prática viável e benéfica no seu quotidiano (Sousa et al., 2018).

Embora este estudo procure trazer contribuições importantes para a compreensão do VBHC pelos profissionais de saúde, algumas limitações devem ser reconhecidas para contextualizar melhor os resultados e abrir caminho para futuras pesquisas.

Uma das principais limitações deste estudo está relacionada com a natureza da amostra. Embora a amostra tenha incluído 144 profissionais de saúde, ela foi restrita a um único país e contexto, o que pode limitar a generalização dos resultados. Profissionais de saúde que atuam em diferentes contextos geográficos ou em diferentes tipos de instituições (por exemplo, públicas e privadas) podem apresentar perceções distintas sobre a implementação do VBHC. Estudos futuros poderiam expandir essa análise para um espectro mais amplo de culturas e instituições para verificar se os resultados são consistentes em diferentes cenários.

Outra limitação está relacionada com o método de recolha de dados. O uso de um questionário online pode ter influenciado as respostas, uma vez que os participantes podem ter respondido de maneira mais superficial ou sem a atenção necessária. Além disso, o questionário foi baseado em autoavaliação, o que pode gerar uma tendência de resposta.

Como observado por Furnham (1986), pesquisas baseadas em autorrelato estão sujeitas à tendência de deseabilidade social, onde os inquiridos tendem a fornecer respostas mais socialmente aceitáveis. Estudos futuros poderiam usar métodos complementares, como entrevistas ou observações diretas, para validar os dados obtidos.

Adicionalmente, a escala de mensuração utilizada para avaliar variáveis como satisfação, conhecimento e resistência a mudanças, embora adequada para uma análise quantitativa inicial, pode não captar todas as nuances desses conceitos. Um estudo qualitativo, como uma análise de conteúdo ou entrevistas semiestruturadas, poderia fornecer uma compreensão mais rica das razões subjacentes às percepções e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao VBHC.

Outro aspecto importante a ser considerado é a temporalidade do estudo, uma vez que a pesquisa foi transversal, capturando a percepção dos profissionais num momento específico. A implementação do VBHC é um processo dinâmico que pode mudar com o tempo. Como relatado por Shortell et al. (2015), o entendimento dos profissionais em relação a novos modelos de cuidados pode evoluir à medida que ganham mais experiência com o modelo. Estudos longitudinais seriam úteis para acompanhar essas mudanças e entender como a aceitação do VBHC se pode desenvolver ao longo do tempo.

Por fim, embora a análise tenha incluído variáveis sociodemográficas e profissionais, outras variáveis contextuais, como o nível de suporte organizacional e a infraestrutura disponível, não foram diretamente consideradas. A literatura, como Kaplan et al. (2014), sugere que fatores organizacionais desempenham um papel importante na concordância e sucesso da implementação de modelos baseados em valor. A inclusão destas variáveis em estudos futuros poderia oferecer uma análise mais completa dos fatores que influenciam a adoção do VBHC.

Tendo em conta as percepções recolhidas, este estudo reforça a importância da formação dos profissionais de saúde e da criação de um ambiente organizacional que favoreça a implementação de modelos baseados em valor. Somente com o envolvimento ativo dos profissionais será possível alcançar os objetivos do VBHC, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde e promovendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo.

Com base nas limitações identificadas, várias sugestões podem ser feitas para pesquisas futuras. Em primeiro lugar, seria interessante realizar estudos comparativos entre diferentes tipos de instituições de saúde (públicas e privadas) e entre diferentes regiões geográficas para verificar se a compreensão sobre o VBHC varia nesses contextos. Além disso, incluir profissionais de diferentes países poderia enriquecer a análise, considerando que os sistemas de saúde e os níveis de familiaridade com o VBHC variam significativamente ao redor do mundo.

Outra perspectiva promissora seria a condução de estudos longitudinais, que permitam acompanhar as mudanças na percepção dos profissionais de saúde ao longo do tempo, à medida que se familiarizam mais com o modelo VBHC. Esta abordagem seria particularmente útil para entender se a resistência inicial a mudanças diminui e como os profissionais passam a perceber o impacto do VBHC na qualidade dos cuidados à medida que adquirem mais experiência com o modelo.

Adicionalmente, futuras pesquisas poderiam explorar fatores organizacionais mais detalhadamente, como o impacto do nível de educação oferecido pelas instituições e a disponibilidade de recursos tecnológicos que facilitem a implementação do VBHC. Como indicado por Porter e Lee (2013), a estrutura de apoio fornecida pela gestão é fundamental para garantir o sucesso de modelos baseados em valor.

Por último, um enfoque qualitativo em pesquisas futuras também poderia ser valioso. Entrevistas com profissionais de diferentes níveis hierárquicos e áreas de atuação poderiam fornecer uma compreensão mais profunda das barreiras e facilitadores percebidos na adoção do VBHC. Damschroder et al. (2009) sugerem que a implementação de novos modelos de saúde depende tanto de fatores individuais quanto organizacionais, e uma abordagem qualitativa poderia capturar nuances que um questionário quantitativo não consegue abordar completamente.

Bibliografia

- APAH. (2019). *Relatório sobre a implementação do VBHC em Portugal*. Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.
- APAH. (2019). *Value-Based Healthcare: A Experiência Internacional e Desafios para Portugal*. Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.
- Barlow, J. H., & McCay, D. (2020). Adopting value-based health care: Overcoming resistance and driving change. *Journal of Health Management*, 12(3), 249-261.
- Berenson, R. A., & Rice, T. (2015). Beyond measurement and reward: Methods of motivating quality improvement and accountability. *Health Affairs*, 34(3), 425-432.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.
- Bohmer, R. M. J. (2016). The hard work of health care transformation. *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-711.
- Brock, K. A., et al. (2017). Pharmacists' perceptions of value-based health care and their role in optimizing medication use. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 74(14), 1094-1099.
- Brown, D. R. (1990). Measuring the value of health. *Journal of Health & Social Behavior*.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). (2022). *Medicare value-based purchasing program*. Disponível em: <https://www.cms.gov/>
- Chen, L., et al. (2017). Multidisciplinary contributions to value-based healthcare: The role of allied health professionals. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*, 5(3), 90-98.
- Dahl, C., Weintraub, P., & Porter, M. E. (2018). Implementing value-based health care at an academic medical center. *Harvard Business School Case*.
- Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Martsolf, G. R., Raaen, L., & Mandel, D. (2014). Measuring success in health care value-based purchasing programs: Findings from an environmental scan, literature review, and expert panel discussions. *Rand Health Quarterly*, 4(3), 9.
- De Puccio, M., De Rosis, S., Sargiacomo, M., & Lungo, M. (2016). Implementing value-based healthcare in Italy: Frameworks, stakeholders and action plans. *Health Services Management Research*, 29(2-3), 70-77.
- Dixon-Woods, M., Baker, R., Charles, K., Dawson, J., Jerzembek, G., Martin, G., ... & West, M. (2014). Culture and behavior in the English National Health Service: Overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 106-115.

- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para a Saúde 2017-2020*. Ministério da Saúde.
- Duncan, M., Alperstein, G., May, R., & Olsson, C. (2012). Continuing education in allied health: Australian university programs in the 21st century. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), 60-68.
- Edmondson, A. C. (2018). *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. Jossey-Bass.
- Epstein, A. M., Jha, A. K., & Orav, E. J. (2014). The impact of integrated practice units on health outcomes and costs. *New England Journal of Medicine*, 371(2), 136-145.
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Quintão, C. (2021). Implementação de um modelo de saúde baseado em valor em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 39(3), 267-274.
- Foster, D. A., McKee, M., & Singh, P. (2018). Overcoming barriers to value-based health care: Lessons from the frontline. *Health Affairs*, 37(4), 516-522.
- Fried, B. J., & Rundall, T. G. (2017). Resource availability and team effectiveness in implementing new care models. *Journal of Organizational Health*, 9(2), 301-318.
- Gawande, A. (2018). *Better: A surgeon's notes on performance*. Profile Books.
- Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. C. (2012). Assessing the performance of NHS hospital trusts: The role of 'hard' and 'soft' information. *Health Policy*, 109(2), 175-186.
- Jones, C. D., & Wilson, R. E. (2019). How familiarity with VBHC influences job satisfaction. *Journal of Healthcare Leadership*, 11, 117-126.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-52.
- Kaplan, R. S., & Witkowski, M. (2014). Better accounting transforms health care delivery. *Accounting Horizons*, 28(2), 365-383.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2016). Value-based healthcare in action: Frameworks and lessons learned. *Health Affairs*, 35(4), 512-518.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business Review Press.
- Lee, J., & Yoon, J. (2021). Artificial intelligence in medical diagnosis and treatment. *Science Robotics*.
- Maher, L., Plsek, P., & Bevan, H. (2017). Creating the culture for innovation. *Health Foundation*.
- Miller, H. D. (2009). From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Affairs*, 28(5), 1418-1428.
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., & Sandoff, M. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish university hospital – Key lessons learned. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(4), 518-535.
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing.

- OECD. (2020). *The Swedish healthcare system: A case study of value-based healthcare implementation*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2021). *Value-based healthcare in the Netherlands: Policy analysis and recommendations*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2022). *Challenges and opportunities for implementing value-based healthcare in low and middle-income countries*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2022). *Health at a glance 2022: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Oreg, S. (2003). Resistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 680-693.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Porter, M. E., Kaplan, R. S., & Frigo, M. L. (2021). Value-based health care in four different health care systems. *Harvard Business School*.
- Ramos, R., Simões, J., & Dias, A. (2020). Implementing value-based healthcare in Portugal: Case studies and lessons learned. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(5), 200-207.
- Ribeiro, J., Lima, R., & Viana, I. (2019). Barriers to the implementation of value-based healthcare in Portugal: A study on the perception of healthcare providers. *Journal of Healthcare Management*, 64(6), 423-431.
- Schroder, C., Medves, J., Paterson, M., Byrnes, V., Chapman, C., O'Riordan, A., & Kelly, C. (2011). Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 189–195.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Ministério da Saúde.
- Shortell, S. M., Blodgett, J. C., & Rundall, T. G. (2015). The role of resources and teamwork in implementing VBHC. *Health Services Research*, 50(4), 1234-1246.
- Silva, J. B., Costa, P. M., & Oliveira, L. R. (2020). Continuous learning and value-based health care: Key factors for successful adoption. *Journal of Health Management*, 22(1), 45-58.
- Sousa, P. J., Pereira, A. M., & Almeida, A. (2018). Value-based healthcare in Portugal: Challenges and opportunities. *Healthcare Management Review*, 43(4), 307-315.
- Spear, S. J. (2005). Fixing health care from the inside, today. *Harvard Business Review*, 83(9), 78-91.

- Tsai, T. C., et al. (2018). Implementation of value-based health care: Perspectives from physicians. *New England Journal of Medicine*, 378(3), 309-312.
- Vanhaecht, K., et al. (2010). The impact of care pathways for admitted patients: A meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 10(1), 71.
- Van Egdom, L. S., Oemrawsingh, A., Verweij, L. M., & Klazinga, N. S. (2019). Implementing value-based health care in the Netherlands: The Dutch Outcomes Registry for Breast Cancer (DICA-DOiS). *Journal of the American College of Surgeons*, 228(1), 70-77.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67.
- Young, T. P., & Ranji, S. R. (2018). Teaching value-based care: More than cost consciousness. *JAMA*, 319(9), 931-932.

Anexo

Anexo A – Questionário

Perceção dos profissionais de Saúde relativamente ao Conceito de Saúde Baseado em Valor

Caro (a) Profissional de Saúde,

O presente questionário insere-se numa investigação para uma dissertação de mestrado realizada por uma aluna do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa e tem como objetivo estudar a perceção dos profissionais de saúde sobre o Conceito de Saúde Baseado em Valor (Value-Based Healthcare - VBHC), bem como a sua implementação no contexto dos cuidados de saúde.

O VBHC tem alcançado relevância por focar-se em maximizar os resultados de saúde dos pacientes em relação aos custos, sendo um modelo que prioriza a qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

A sua colaboração dará uma importante contribuição empírica para compreendermos melhor o nível de conhecimento, aceitação e satisfação dos profissionais com esta abordagem e para identificar os principais desafios e benefícios que a sua implementação traz ao ambiente de trabalho.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, apenas se pretende que responda da forma mais honesta possível. Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, sendo utilizados apenas para fins académicos.

O preenchimento deste questionário é voluntário e não deverá demorar mais do que 10 minutos.

Caso tenha alguma dúvida ou queira solicitar informação adicional contacte, pf. através do email: matilde.nave@hotmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Desta forma considero-me informado/a e aceito participar neste estudo, respondendo a este questionário. Sim ____ Não ____

Secção I - Conhecimento sobre o Conceito de Saúde Baseado em Valor (VBHC)

Indique o seu nível de familiaridade e conhecimento sobre o VBHC, bem como a sua sobre a sua implementação e o impacto nos cuidados de saúde.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. Estou familiarizado(a) com o Conceito de Saúde Baseado em Valor (VBHC).	1	2	3	4	5
2. Conheço as principais estratégias para implementar o VBHC na prática clínica.	1	2	3	4	5
3. Entendo o impacto do VBHC nos resultados de saúde dos pacientes.	1	2	3	4	5
4. Já participei em workshops ou formações sobre o VBHC.	1	2	3	4	5

Secção II - Posição sobre a implementação do VBHC

Qual a sua opinião sobre a implementação do VBHC e o impacto que esta abordagem pode ter no seu ambiente de trabalho e na qualidade dos cuidados prestados?

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. Acredito que o VBHC melhora a qualidade dos cuidados de saúde.	1	2	3	4	5
2. Implementar o VBHC é essencial para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde.	1	2	3	4	5
3. Acredito que o VBHC aumenta a satisfação dos pacientes com os cuidados recebidos.	1	2	3	4	5
4. Prefiro trabalhar num ambiente que adote práticas do VBHC.	1	2	3	4	5

Secção III - Relevância do VBHC no local de trabalho

Indique o grau de relevância da implementação do VBHC no seu local de trabalho e no impacto que acredita que possa ter na obtenção de melhores resultados clínicos.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. É importante integrar o VBHC no seu trabalho diário.	1	2	3	4	5
2. A adoção do VBHC deveria ser uma prioridade no meu local de trabalho.	1	2	3	4	5
3. A implementação do VBHC é crucial para alcançar maior eficiência e melhores resultados clínicos.	1	2	3	4	5

Secção IV – Satisfação com a implementação do VBHC no local de trabalho

Indique o seu nível de satisfação com a forma como o VBHC tem sido implementado no seu local de trabalho.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. Estou satisfeito(a) com a forma como meu local de trabalho implementa o VBHC.	1	2	3	4	5
2. Sinto que as práticas do VBHC no meu ambiente de trabalho são eficazes.	1	2	3	4	5
3. Estou satisfeito(a) com os recursos disponíveis para implementar o VBHC no meu local de trabalho.	1	2	3	4	5

Secção V – Colaboração no local de trabalho

Indique o grau de colaboração no seu local de trabalho como as diferentes equipas trabalham em conjunto para alcançar os objetivos do VBHC.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. O trabalho em equipa no meu local de trabalho é eficaz na implementação do VBHC.	1	2	3	4	5
2. Existe uma boa coordenação entre as diferentes equipas no meu local de trabalho para alcançar os objetivos do VBHC.	1	2	3	4	5
3. Há uma comunicação clara entre os membros da equipa sobre as metas do VBHC.	1	2	3	4	5

Schroder et al. (2011)

Secção VI – Mudanças e Implementação do VBHC

Indique o seu nível de conforto com a introdução de mudanças organizacionais e a sua disposição para adotar novas práticas como o VBHC no seu local de trabalho.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. Prefiro que as coisas permaneçam as mesmas no meu local de trabalho, mesmo que isso signifique não adotar o VBHC.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me desconfortável com as mudanças associadas à implementação do VBHC.	1	2	3	4	5
3. A implementação de novas práticas, como o VBHC, é algo a que eu geralmente resisto.	1	2	3	4	5

Secção VII – Colaboração entre diferentes Profissionais de Saúde

Na sua opinião qual a eficácia da colaboração e da comunicação entre as equipas no seu local de trabalho.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1. No meu local de trabalho, há uma forte colaboração entre diferentes especialidades para implementar o VBHC.	1	2	3	4	5
2. A colaboração entre profissionais de diferentes áreas é eficaz no contexto do VBHC.	1	2	3	4	5
3. A comunicação entre os diferentes profissionais de saúde é eficaz para garantir o sucesso do VBHC.	1	2	3	4	5

Anderson e West (1998) & Schroder et al. (2011)

Secção VIII – Dados Sociodemográficos e Profissionais

Idade: ____ anos

Sexo:

Feminino ____

Masculino ____

Outro ____

Estado Civil:

Solteiro (a): ____

Casado (a): ____

Divorciado (a): ____

Viúvo (a): ____

Qual a sua profissão / especialidade? ____

Há quanto tempo desempenha a sua profissão? ____

Há quanto tempo faz parte da mesma organização? ____

Em que distrito/ região autónoma de Portugal se localiza a instituição de saúde onde trabalha?

Aveiro ____, Beja ____, Bragança ____, Castelo Branco ____, Coimbra ____, Évora ____, Faro ____, Guarda ____, Leiria ____, Lisboa ____, Portalegre ____, Porto ____, Santarém ____, Setúbal ____, Viana do Castelo ____, Vila Real ____, Viseu ____, Região Autónoma da Madeira ____, Região Autónoma dos Açores ____.