



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Facilitadores, barreiras e fatores moderadores na
implementação de intervenções baseadas no valor em
hospitais**

4.º Curso de Doutoramento em Saúde Pública

Rute Sofia Carreira Simões Ribeiro

Agosto 2019

Facilitadores, barreiras e fatores moderadores na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, na Especialidade de Política, Gestão e Administração da Saúde, realizada sob a orientação científica de Prof.^a Doutora Ana Escoval e Prof.

Doutor António Caetano

Agosto 2019

More often one needs to ask, 'What goes on here?' rather than, 'What is wrong; and how can it be made better?' (...) the distinction between values, and elements of structure, process or outcome, is recognized and maintained. (...) emphasis must be shifted from preoccupation with evaluating quality to concentration on understanding the medical care process itself.

Avedis Donabedian

If you talk to a man in a language he understands, that goes to his head. If you talk to him in his language, that goes to his heart.

Nelson Mandela

Índice

Agradecimentos.....	ix
Resumo	xi
<i>Abstract</i>	xiii
Lista de tabelas.....	xv
Lista de figuras	xvi
Lista de siglas e acrónimos.....	xvii
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
PARTE I. REVISÃO DE LITERATURA	7
Capítulo 1. Estratégia, Dinâmica Organizacional e Valor.....	7
1.1. O Alinhamento entre os Profissionais e as Organizações	8
1.2. A Relevância do Ambiente e da Congruência nas Organizações	10
1.3. A Estratégia e os Comportamentos Estratégicos Autónomos.....	17
1.4. A Proposta do Modelo de Valor	20
1.5. Síntese e Aspetos Críticos.....	34
Capítulo 2. A Transição para o Modelo de Valor.....	39
2.1. O Doente no Centro do Valor.....	39
2.2. Estrutura e Cultura Organizacional	41
2.3. Tecnologias que Suportem Informação Acionável.....	42
2.4. Indicadores e Incentivos à Melhoria do Valor	44
2.5. Aprendizagem Organizacional e Colaboração.....	45
2.6. Liderar a Transição	47
2.7. Síntese e Aspetos Críticos.....	50
Capítulo 3. A Contratualização Interna para a Melhoria do Valor	55
3.1. Princípios da Contratualização	55
3.2. A Contratualização Externa e a Contratualização Interna.....	59
3.3. A Contratualização Interna e a Cadeia de Valor	63
3.4. Experiências de Contratualização Interna em Contexto Hospitalar	64
3.5. Ferramentas de Apoio à Contratualização Interna, para a Melhoria do Valor.....	66
3.6. Síntese e Aspetos Críticos.....	69
Parte II. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA	73
Capítulo 4. Objetivos e Abordagem Metodológica	73
4.1. A <i>Grounded Theory</i>	78
4.1.1. Descrição do método	78
4.1.2. Técnicas de recolha e análise de dados	82
4.2. A Metodologia Gioia.....	94
4.2.1. A metodologia Gioia enquanto ferramenta analítica	95
4.2.2. Codificação aberta <i>in vivo</i> , codificação axial e seletiva, codificação teórica	97
4.3. Questões éticas	103
Parte III. ESTUDOS EMPÍRICOS	105
Capítulo 5. Estudo 1: Revisão Sistemática de Facilitadores e Barreiras na Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais	105
5.1. Descrição do Método	106
5.2. Técnicas de Análise de Dados.....	108

5.3.	Resultados	111
5.3.1.	Avaliação da robustez: peso da evidência	112
5.3.2.	Síntese preliminar	113
5.3.2.1.	Tabulação.....	113
5.3.2.2.	Agrupamento e clusterização.....	123
5.3.2.3.	Análise temática	128
5.3.3.	Exploração de relações entre os estudos	133
5.3.3.1.	Variabilidade nas intervenções	133
5.3.3.2.	Rede de ideias e mapeamento conceitual	134
5.4.	Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais	143
5.5.	Discussão e Conclusões	151
Capítulo 6.	Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar	163
6.1.	O Contexto Organizacional e Institucional	163
6.2.	Princípios da contratualização interna orientada pelo valor	166
6.3.	Ferramentas da contratualização interna orientada pelo valor	170
6.4.	Etapas da contratualização interna orientada pelo valor.....	174
6.5.	Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses.....	182
6.5.1.	Fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos: anatomia de intervenções baseadas no valor.....	182
6.5.2.	Narrativa e modelo: fisiologia de intervenções baseadas no valor.....	188
6.5.3.	Plausibilidade do modelo	198
6.6.	Discussão e Conclusões	200
PARTE IV.	IMPLICAÇÕES PRÁTICAS.....	211
Capítulo 7.	A Contratualização Interna Baseada no Valor e o <i>Balanced Scorecard</i> de Cinco Perspetivas	211
7.1.	A Contratualização Interna Baseada no Valor	211
7.2.	O <i>Balanced Scorecard</i> de Cinco Perspetivas	224
CONCLUSÕES GERAIS		231
REFERÊNCIAS		239
Lista de autores		251
ANEXOS.....		I
Anexo 1.	JBICritical Appraisal Checklist for Qualitative Research	III
Anexo 2.	Avaliação da qualidade dos estudos incluídos na Revisão Sistemática e peso da evidência	V
Anexo 3.	Artigos incluídos na Revisão Sistemática (por ordem alfabética do primeiro autor).....	VII
Anexo 4.	Descrição das intervenções apresentadas pelos estudos.....	XIX
Anexo 5.	Carta de compromisso	XXVII
Anexo 6.	Inquérito sobre a narrativa da <i>grounded theory</i>	XXXIII

Agradecimentos

Grata à Professora Doutora Ana Escoval, pela inspiração e impulso no início da jornada. Ao Professor Doutor Constantino Sakellarides, pelas indicações a meio do trilha. Ao Professor Doutor António Caetano, pelas iluminárias até ao fim do caminho.

Grata à Ana Isabel Santos e ao Ricardo Alves, pela paciência que quase esgotei. À Ana Rita Pedro, pela solidariedade na colaboração com este trabalho (e muitos outros). Ao Sérgio Pedreiras, que muito me ensinou, achando que aprendia.

Grata à ENSP-NOVA, pelo ninho de crescimento que sustentou muitas pontes na condução deste trabalho. À Dra. Isabel Andrade, pela generosidade com que me ajudou no tratamento da bibliografia. À Dra. Alexandra Campos, pela amabilidade nos dias últimos. À D. Marieta Dâmaso, pelo afeto de sempre. Aos alunos da ENSP-NOVA, pelo que muito me disseram, quando julgavam perguntar. Às dezenas de profissionais nos hospitais que, partilhando comigo o que aí experienciavam, participaram de forma importante no curso da reflexão e na construção do corpo de conhecimento que espero ter deixado.

Grata aos meus, pela ancoragem. É esta tese do meu João e dos meus filhos Pedro e Francisco, doutorandos passivos, resilientes no afeto e incentivo, para chegarmos todos ao fim. É dos meus Pais, escutadores sem juízo de escolhas ou insucessos. É da minha irmã e do meu sobrinho Tiago Balboa (apelido de seu Pai-herói), que, a meu lado, contou azeitonas enquanto eu contava artigos, no alpendre de todos os futuros. Como ele, tem finalmente esta tese a maturidade para entrar no primeiro ano do resto da sua vida escolar.

Resumo

Introdução: Valor (eficiência) pode constituir-se como ponto de convergência entre os interesses dos profissionais e os interesses globais da organização. A transição do volume para o valor implicará uma abordagem contingencial, diagnóstico situacional e a congruência entre os elementos do sistema organizacional. A contratualização interna é construto de alinhamento organizativo para a melhoria do valor. Desconhecem-se estudos que sistematizem o conhecimento sobre os elementos que afetam, positiva ou negativamente, a transformação do modelo.

Objetivo geral: Descrever e analisar facilitadores, barreiras e fatores moderadores na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais

Metodologia: Para identificar facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1), desenvolveu-se uma Revisão Sistemática e respetiva síntese narrativa. Para sintetizar concetualmente facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1.A), recorreu-se à metodologia Gioia, produzindo-se uma síntese baseada no modelo de congruência. Para analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar (objetivo 2) e construir um modelo concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses (objetivo 2.A), desenvolveu-se uma *grounded theory*, com recurso à metodologia Gioia.

Resultados: O Estudo 1 (objetivos 1 e 1.A) teve como resultado teórico a Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais. São facilitadores: gestão do conhecimento e evolução (recursos); confiança mútua (história); cooperação para além do hospital (ambiente); desenvolvimento da inovação (trabalho); gerar e desenvolver lideranças (pessoas); partilha e aprendizagem (estrutura e processos informais); gerir talento e articulação dentro do hospital (estrutura formal); sentido de serviço ao doente (*output* organizacional); otimização partilhada dos processos e soluções (*output* grupal); ou *engagement* e empoderamento dos profissionais (*output* individual). São barreiras: falta de apoio à decisão (recursos); profissionais não comprometidos (história); barreiras nos cuidados de saúde primários (ambiente); priorização pelo urgente imediato (trabalho); domínio das velhas linhas de poder (pessoas); fronteiras internas (estrutura formal); ou ineficiência sistémica (*output* organizacional). O Estudo 2 (objetivos 2 e 2.A) teve como resultado teórico a Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses. A identidade organizacional explica os fenómenos observados na

componente (tendencialmente) informal: *buy-in*, apropriação e *disengagement* das lideranças intermédias e operacionais (os primeiros constituindo comportamentos estratégicos autónomos); descrédito da estratégia e das lideranças. A cooperação interna explica o conjunto de fenómenos observados na componente (tendencialmente) formal: preparação, desperdício de gestão e unidades territoriais.

Discussão e conclusões: A Síntese de Dinâmicas Tensionais apresenta facilitadores e barreiras que influenciam a congruência de uma organização sob a intenção de valor, enquanto a Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor apresenta fatores moderadores positivos e negativos na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais. A identificação de influências internas sugere que as organizações de saúde tendentes ao valor atentem na congruência dos seus subsistemas e focos tensionais, ainda que num ambiente favorável. A dinâmica dessas interações, relacionada com a complexidade das organizações de saúde e de cada organização em particular, poderá proporcionar novos modelos, melhorados ou, pelo contrário, limitados ou possíveis.

Implicações práticas: Relacionando-se com o carácter social e organizacional da investigação, e procurando acionar os modelos conceituais decorrentes dos Estudos desenvolvidos, propõe-se uma modificação do modelo clássico de contratualização designada Contratualização Interna Baseada no Valor e o *Balanced Scorecard* (BSC) de Cinco Perspetivas, uma adaptação do BSC às organizações integradas no Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chave (MeSH): “*Efficiency, Organizational*” [Mesh], “*Models, Organizational*” [Mesh], Contratualização interna, “*Grounded Theory*” [Mesh], Barreiras e facilitadores.

Abstract

Introduction: Value (efficiency) can be established as a point of convergence between both the interests of professionals and the overall interests of the organization. The transition from volume to value will imply a contingent approach, situational diagnosis, and the congruence between the several elements of the organizational system. Internal contractualization is an organizational alignment construct aimed at value improvement. Studies that systematize knowledge about the elements that affect, positively or negatively, the transformation of the model, are unknown.

General objective: Describe and analyze facilitators, barriers and moderating factors in implementing value-based interventions in hospitals.

Methodology: In order to identify facilitators and barriers in implementing value-based interventions in hospitals (objective 1), a systematic review and respective narrative synthesis was developed. In order to conceptually synthesize facilitators and barriers in implementing value-based interventions in hospitals (objective 1.A), the Gioia methodology was used, producing a synthesis based on the congruence model. In order to analyze moderating factors in implementing value-driven internal contracting in a hospital center (objective 2) and build a conceptual model of value-based interventions in Portuguese hospitals (objective 2.A), a grounded theory was developed, using the Gioia methodology.

Results: Study 1 (objectives 1 and 1.A) had the Synthesis of a Systematic Review on the Implementation of Value-Based Interventions in Hospitals: Tensional Dynamics as a theory result. Facilitators are: knowledge management and evolution (resources); mutual trust (history); cooperation beyond the hospital (environment); innovation development (work); leadership generation and development (people); sharing and learning (informal structure and processes); talent management and articulation within the hospital (formal structure); sense of service to the patient (organizational output); shared optimization of processes and solutions (group output); and worker engagement and empowerment (individual output). Barriers are: lack of decision support (resources); non-committed workers (history); barriers in primary health care (environment); prioritization to what is urgent and immediate (work); dominance of old power lines (people); internal borders (formal structure); and systemic inefficiency (organizational output). Study 2 (objectives 2 and 2.A) had the Anatomy of Value-Based Interventions in Portuguese Hospitals as a theory result. Organizational identity explains the phenomena observed in the (tendentiously) informal component: buy-in, appropriation and disengagement of intermediate and operational leaderships (the former constituting autonomous strategic

behaviours); and strategy and leadership discredit. Internal cooperation explains the set of the phenomena observed in the (tendentiously) formal component: preparation, management waste, and territorial units.

Discussion and conclusions: *The Synthesis of Tensional Dynamics presents facilitators and barriers that influence the congruence of an organization under the intention of value, while the Anatomy of Value-Based Interventions presents positive and negative moderating factors of the implementation of value-based interventions in hospitals. The identification of internal influences suggests that value-oriented health organizations are aware of the congruence of their subsystems and tensional focuses, albeit in a favourable environment. The dynamics of these interactions, related to the complexity of health organizations and of each individual organization, may provide new models either improved or, on the contrary, limited or possible.*

Practical implications: *Relating to the social and organizational character of this research, and seeking to activate the conceptual models resulting from the studies developed, a modification of the classical contractualization model is proposed, which we call Value-Based Internal Contractualization and the Five Perspectives Balanced Scorecard (BSC), a BSC adaptation to the Portuguese National Health Service.*

Keywords (MeSH terms): *“Efficiency, Organizational” [Mesh], “Models, Organizational” [Mesh], Internal contracting, “Grounded Theory” [Mesh], Barriers and facilitators.*

Lista de tabelas

Tabela 1.1. Forças em tensão nas organizações	16
Tabela 5.1. Peso da evidência dos estudos incluídos	112
Tabela 5.2. Artigos incluídos na Revisão Sistemática (por ordem alfabética do primeiro autor)	113
Tabela 5.3. Artigos incluídos na Revisão Sistemática e resultados (por ordem alfabética da intervenção)	116
Tabela 5.4. Facilitadores internos	136
Tabela 5.5. Barreiras internas	141
Tabela 5.6. Tensões organizacionais.....	146
Tabela 5.7. Facilitadores que atenuam as barreiras	150
Tabela 6.1. Grupos profissionais no CHU, em 2016	165
Tabela 6.2. Índice de desempenho global do CHU (contrato-programa 2016)	165
Tabela 6.3. Ferramenta de apoio à contratualização interna orientada pelo valor no CHU: o <i>Balanced Scorecard</i> (Matricial) de Cinco Perspetivas	170
Tabela 6.4. Reuniões por tipologia.....	180
Tabela 6.5. Fatores moderadores positivos	183
Tabela 6.6. Fatores moderadores negativos	186
Tabela 6.7. Tensões entre fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos	195
Tabela 6.8. Tensões entre fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos – dimensões	196

Lista de figuras

Figura 1.1. Modelo de congruência.....	12
Figura 1.2. Estratégias e comportamento estratégico autónomo	20
Figura 1.3. Cadeia de valor em saúde	22
Figura 1.4. Medição de valor em saúde	30
Figura 3.1. O modelo da contratualização em Portugal.....	57
Figura 3.2. A contratualização interna orientada pelo valor – perspectiva intraorganizacional.....	63
Figura 3.3. A estratégia da contratualização e a cadeia de valor – perspectiva interorganizacional.....	64
Figura 4.1. Abordagem metodológica	76
Figura 5.1. Fluxograma do processo de síntese	109
Figura 5.2. Fluxo da informação nas diferentes fases da Revisão Sistemática – Prisma	111
Figura 5.3. Número de intervenções por perspectiva.....	123
Figura 5.4. Distribuição das intervenções por nível de gestão	126
Figura 5.5. Percentagem de barreiras e facilitadores no contexto interno e externo .	128
Figura 5.6. Número de barreiras e facilitadores no contexto externo	129
Figura 5.7. Barreiras e facilitadores internos por grandes categorias.....	130
Figura 5.8. Facilitadores internos por subcategorias.....	131
Figura 5.9. Barreiras internas por subcategorias.....	132
Figura 5.10. Intervenções pelo ponto de influência das barreiras e facilitadores.....	134
Figura 5.11. Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais	145
Figura 5.12. Tensões por elemento organizacional e nível de gestão.....	149
Figura 6.1. Desenvolvimento da contratualização interna orientada pelo valor no CHU	174
Figura 6.2. Ciclo dos processos de contratualização interna no CHU	181
Figura 6.3. Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses	189
Figura 6.4. Ilustração de tensões entre fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos	197
Figura 7.1. Ciclo clássico da contratualização.....	211
Figura 7.2. Contratualização Interna Baseada no Valor – versão síntese	219
Figura 7.3. Contratualização Interna Baseada no Valor – versão completa	220
Figura 7.4. Contratualização Interna Baseada no Valor – versão explicativa	221
Figura 7.5. As ligações causais entre as cinco perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i> para o SNS	227

Lista de siglas e acrónimos

5BSC – *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas para o SNS
5BSCm – *Balanced Scorecard* (Matricial) de Cinco Perspetivas
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACO – Accountable Care Organizations
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP
AH – Administrador hospitalar
ARS – Administração Regional de Saúde
BSC – *Balanced Scorecard*
BSC-SNS – *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas para o SNS
C – consultoria
CA – Conselho de Administração
CE – contratualizador externo
CG – controlo de gestão
CHU – Centro Hospitalar Universitário
CI – contratualização interna
CIBV – Contratualização Interna Baseada no Valor
CIR – *Clinical Imaging Rounds*
CO – cultura e orientação estratégica
CRI – Centros de Responsabilidade Integrados
CSP – cuidados de saúde primários
CTH – Consulta a Tempo e Horas
D – doentes
DI – dados e informação
DO – desenvolvimento organizacional
DSPESA – diagnóstico situacional, planos (de ação), execução, seguimento, avaliação
EF – eficiência e finanças
EFQM – European Foundation for Quality Management
EIP – equipa de implementação do projeto
EPE – Entidades Públicas Empresariais
ESRC – Economic and Social Research Council
EUA – Estados Unidos da América
GAPP – *Geisinger Accelerated Performance Program*
GDH – Grupo(s) de Diagnóstico Homogéneo
GI – gestão intermédia
GO – gestão operacional
GT – gestão de topo
GTROIH – Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais
HCAHPS – *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*
HIE – *Health Information Exchanges*
HPWP – *high-performance work practices*
HVC – *High-Value Care*
HVCCS – *High-Value Care Culture Survey*
I-CARE – *Interactive Cost-Awareness Resident Exercise*
IHA – Integrated Healthcare Association
IOM – Institute of Medicine
IPU – Integrated Practice Units
JBI – Joanna Briggs Institute
JCI – Joint Commission International
KBVC – *knowledge-based value creation*
KPI – *key performance indicators*
KPIp – KPI próprios
KPIpi – KPI em parceria interna

KPIs – KPI sentinela
 KPIt – KPI de triangulação
 LHS – *learning health system*
 LIO – lideranças intermédias e operacionais
 LIOA – lideranças intermédias, operacionais e de apoio
 LIOTA – lideranças intermédias, operacionais, de topo e de apoio
 LT – lideranças de topo
 LVHN – Lehigh Valley Health Network
 MBQNA – *Malcolm Baldrige National Quality Award*
 MBWA – management by walking around
 MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
 MIE – Medidas de Intervenção Estratégica
 NHS – National Health Service
 OR SCORE – *Operating Room Surgical Cost Reduction*
 OS – outros setores
 PA – pós-alta
 PCG – Planeamento e Controlo de Gestão
 PDSA – plan-do-study-act
 PI – processos internos
 PSCOM – Penn State College of Medicine
 QI – *Quality Improvement*
 RE – responsável de especialidade
 RI – relacionamento interinstitucional
 RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo
 RMIC – *rainbow model of integrated care*
 SkaS – Skaraborg Hospital
 SNF – *skilled nursing facilities*
 SNS – Serviço Nacional de Saúde
 SOAP-V – *subjective-objective-assessment-plan-value*
 SS – sistema de saúde
 SWOT – *strengths, weaknesses, opportunities and threats*
 TDABC – *Time-Driven Activity-Based Costing*
 TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantida
 TPS – *toyota production system*
 TQM – *Total Quality Management*
 UCLA – Universidade da Califórnia em Los Angeles
 UCSF – University of California, San Francisco
 UUHSC – Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Utah
 VBHC – *Value Based Healthcare*
 VDO – *Value Driven Outcomes*
 WCHQ – Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality
 WHIO – Wisconsin Health Information Organization

INTRODUÇÃO GERAL

Mais cuidados de saúde nem sempre correspondem a melhores cuidados e a mudança do enfoque do volume para o valor* tem assumido particular relevância¹⁻⁴, constituindo-se como um desafio central^{5,6} às organizações de saúde.

O doente é perspetivado por gestores e líderes estratégicos no centro das abordagens de valor⁷ e é um dos princípios que parece dever orientar a mudança preconizada⁸. Esta transição requer, contudo, uma transformação essencial no pensamento e na abordagem, envolvendo um novo foco nos resultados de saúde⁹, pois valor tem sido compreendido como os ganhos em saúde alcançados por cada dólar gasto^{10,11}.

Num quadro de volume, ou de produção, os prestadores de cuidados e as organizações de saúde prosseguem tradicionalmente objetivos divergentes¹². Mas, motivações culturais¹, custos crescentes¹³, a integração não económica e a reciprocidade¹⁴ estão na base da procura de convergência entre os profissionais e as instituições num objetivo comum. Esse objetivo comum tem vindo a ser identificado como sendo a melhoria do valor^{10,12,15,16} e o entendimento sobre como pode essa melhoria ser alcançada¹², justificando a transição para um modelo de valor¹⁻⁴. Para além disso, a contenção de custos como objetivo não parece ser sustentável¹⁷, pois, nesta perspetiva de valor, ganhos e custos não são independentes¹¹. A qualidade pode ser, deste modo, um elemento da estratégia, não uma despesa², sendo que o investimento na qualidade pode reduzir custos^{1,18}. Neste novo contexto, parece importar a fundação de novas parcerias baseadas no valor¹⁹, sustentadas numa linguagem comum²⁰.

A estratégia para alcançar o objetivo de alinhamento entre profissionais e organizações parece depender, contudo, do estado de preparação da cultura organizacional^{1,16}, da existência de catalisadores da mudança¹⁶ e do alinhamento das lideranças^{1,6,12,16,21-23}. Neste âmbito, têm vindo a ser apresentadas várias medidas para alcançar esse alinhamento pelo valor, como inovação organizacional²³, centralidade do doente⁸, medição dos resultados⁸, melhorias nos sistemas operacionais²⁴, novas abordagens na análise de custos e resultados²⁵, ou a construção de um quadro geral para a definição

* Entende-se por modelo de volume aquele que é focado no volume de serviços prestados e no desempenho de serviços individuais¹³, está associado a *outputs* e recompensa o volume dos procedimentos aplicados à prestação de cuidados⁹⁵. Entende-se por modelo de valor aquele em que o objetivo é a obtenção de ganhos em saúde (*outcomes*) do modo mais eficiente possível e a medição é orientada pelo que *aconteceu* aos doentes e não apenas pelos serviços prestados. A medição no modelo de valor está relacionada com captar dados, em diferentes pontos do sistema de prestação, sobre resultados que interessam aos doentes, bem como sobre custos, ao longo da ocorrência de episódios de cuidados¹³. Sustenta-se, assim, nos resultados obtidos em relação aos *inputs* necessários e incorpora, desse modo, o conceito de eficiência^{10,11}. O modelo de valor pretende criar um contexto de melhoria e de aprendizagem¹³.

e avaliação de valor⁷. São, ainda, propostos incentivos financeiros assentes na demonstração de valor⁴ e incentivos associados a processos decisórios partilhados²⁶, bem como a remoção dos silos entre os serviços⁹, parcerias cooperativas com outras instituições⁹, ou a autoaprendizagem do sistema²⁷. Como fatores de alinhamento, têm sido referidas a transparência¹⁶, a comunicação^{21,28}, ou a confiança^{16,28}.

Nesta perspetiva de transição para o modelo de valor, a mudança pode envolver um ou mais elementos do sistema organizacional, ou pode implicar um realinhamento de todo o sistema²⁹. O papel do gestor centra-se, principalmente, assim, na inovação e renovação, importando a integração e adequação recíproca das variáveis presentes nas organizações: trabalho (tarefa), estrutura, pessoas, tecnologia, ambiente e competitividade. Nas circunstâncias diversas da organização e do seu ambiente, parece ser relevante, para além disso, uma abordagem contingencial à gestão, bem como competências de diagnóstico situacional. A dinâmica fundamental estará, assim, na congruência entre todos os elementos da organização, considerando, porém, a existência de tensões, que precisam de ser compreendidas e atendidas numa mudança estratégica de reorientação²⁹, como a que pode implicar a mudança do modelo de volume para o modelo de valor.

Sabendo que nenhuma estratégia eliminará por completo as tensões e diferenças entre os vários intervenientes do sistema²⁸, importando, antes, que consiga a sua convergência, têm sido experimentados vários construtos de alinhamento, enquanto novas soluções organizativas¹⁶. Uma das propostas, orientada para o valor, que resulta da revisão de literatura é a estratégia da contratualização³⁰⁻³⁹, pois procura integrar todos os atores naquilo a que se pode chamar de cadeia de valor. Também a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), determina a importância do desenvolvimento e aperfeiçoamento destes processos de contratualização interna⁴⁰, incentivando-se a implementação de modelos de governação integrada, de maneira a alinhar os interesses e contributos de todos os setores da organização⁴¹. Estes processos de contratualização interna, desenvolvidos entre os diferentes níveis de gestão da organização, estão intrinsecamente relacionados com a contratualização externa, estabelecida entre a administração dessa organização e o seu financiador. Esta é a modalidade utilizada, em Portugal*, para a distribuição do financiamento pelos

* Em Portugal, encontramos um modelo misto de valor e de volume, em que o processo de negociação nos cuidados hospitalares do Serviço Nacional de Saúde apresenta como objetivos específicos, tanto contratar o volume de atividade, como, por exemplo, contribuir para a redução da utilização de internamentos médicos evitáveis. As principais linhas de atividade assistencial e modalidades de pagamento agrupam-se nas vertentes de prestação de cuidados, sendo esta a predominante, bem como de incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência (representando 5% do valor do contrato-programa para os

diferentes prestadores de cuidados enquadrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁴⁰.

A contratualização interna constitui-se, deste modo, como possível construto de alinhamento ou de convergência dos profissionais e das organizações, por via da descentralização dos processos decisórios e da responsabilização de todos os atores, e uma abordagem possível à melhoria do valor, associando-se inevitavelmente à vertente externa, referente ao *ambiente* das organizações de saúde. Para suporte da contratualização interna, apresentam-se várias ferramentas de apoio, designadamente, o *Balanced Scorecard* (BSC) (para a medição do intangível), os indicadores-chave de desempenho (para a priorização para o valor), ou a gestão matricial (para o mapeamento da cadeia de valor). A contratualização interna pode, assim, perspetivar-se como um elemento da *estratégia*, procurando assegurar-se da congruência entre todos os elementos da organização (*trabalho, pessoas, estrutura formal e estrutura e processos informais*), reunindo *inputs* (*ambiente, recursos e história*) e tendo presentes os *outputs* organizacionais, grupais e individuais que o *sistema* procura, desse modo, alcançar²⁹. Foi esta a abordagem de gestão, baseada em Nadler e Tushman^{29,42}, que serviu de área de análise ao presente estudo.

As abordagens de valor em hospitais, nas quais se pode integrar a contratualização interna, têm sido largamente experienciadas em contexto internacional, admitindo a sua concretização de diferentes formas, desde que tenham como propósito alcançar duas dimensões: a garantia da qualidade e a redução de custos, compreendida como minimização do desperdício. Tem também sido procurada a implementação nos hospitais portugueses deste tipo de abordagens, em particular, da contratualização interna. São, porém, desconhecidos estudos que sistematizem o conhecimento existente sobre esta matéria, designadamente, sobre os elementos que, estando presentes nas diferentes intervenções baseadas no valor em contexto hospitalar, afetam, positiva ou negativamente, a transformação do modelo de volume num modelo de valor, isto é, são facilitadores, barreiras e fatores moderadores na implementação dessas intervenções. Foi, assim, formulado o objetivo geral deste trabalho: *descrever e analisar facilitadores, barreiras e fatores moderadores na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais*.

hospitais e centros hospitalares), incentivos de *benchmarking* que valorizam a comparação e a competição positiva entre instituições e incentivos à avaliação de resultados na ótica dos utentes e, ainda, de penalidades associadas ao contrato-programa (que não podem exceder 3% do seu valor global)⁴⁰.

A justificação teórica da pertinência deste trabalho é exposta nos Capítulos 1 a 3 da Parte I e a sua abordagem metodológica no Capítulo 4 da Parte II.

Sendo diversos e dispersos os trabalhos sobre a implementação de abordagens de valor em contexto internacional, conduziu-se o Estudo 1, tendo como objetivo principal identificar facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1), para o que se desenvolveu uma Revisão Sistemática e a correspondente síntese narrativa. Prosseguiu-se, no âmbito do mesmo Estudo 1, o objetivo secundário de sintetizar concetualmente facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1.A), para o que se recorreu à estrutura de dados desenvolvida por Gioia e coautores⁴³, produzindo-se, deste modo, uma síntese baseada no modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹. O Estudo 1: Revisão Sistemática de Facilitadores e Barreiras na Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais é explicitado no Capítulo 5 da Parte III, dele decorrendo a *Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais*.

Por outro lado, considerou-se a necessidade de estudar o que *acontece* na implementação da contratualização interna nos hospitais portugueses e os seus fatores moderadores positivos e negativos. Assim, conduziu-se o Estudo 2, tendo como objetivo principal analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar (objetivo 2). Prosseguiu-se, no âmbito do mesmo Estudo 2, o objetivo secundário de construir um modelo concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses (objetivo 2.A). Para a concretização destes dois objetivos, desenvolveu-se uma *grounded theory*, com recurso igualmente à estrutura de dados desenvolvida por Gioia e coautores⁴³, inspirados, ainda, em Selfridge e Sokolik⁴⁴, Mintzberg⁴⁵, Mirabeau e Maguire⁴⁶ e Nadler e Tushman²⁹. O Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar é explicitado no Capítulo 6 da Parte III, dele decorrendo a *Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses*.

Na sequência da condução dos Estudos 1 e 2, são apresentadas, no Capítulo 7 da Parte IV, as suas implicações práticas, através de duas propostas, nas quais se procurou integrar o conhecimento alcançado nos Estudos desenvolvidos, tornando esse conhecimento acionável. A primeira consiste numa proposta de modificação do modelo clássico de contratualização interna, designada *Contratualização Interna Baseada no Valor*. A segunda consiste numa proposta de adaptação do *Balanced Scorecard* para o Serviço Nacional de Saúde, designada *Balanced Scorecard de Cinco Perspetivas*. As

duas propostas procuram contribuir para a sustentação das abordagens baseadas no valor em hospitais, relacionando-se com o caráter social e organizacional da investigação.

PARTE I. REVISÃO DE LITERATURA

Mudar do modelo de volume para o modelo de valor requer que se tenha em consideração a questão do alinhamento entre os profissionais e as organizações de saúde. Uma das abordagens de gestão em Portugal que procura o alinhamento entre os profissionais e as organizações é a contratualização interna. Para além de pretender o fortalecimento de um alinhamento interno⁴⁰, tem a finalidade de fazer coincidir as metas dos serviços com as metas assumidas pela administração perante o financiador³⁷. A contratualização interna apresenta-se, ainda, como uma abordagem possível na mudança dos hospitais para o modelo de valor.

O gestor hospitalar tem, hoje, assim, a tarefa de planear, organizar, dirigir e controlar a utilização de recursos, funções de gestão tradicionais, mas flexíveis e adaptáveis. Para além disso, a dinâmica de uma organização pode ser analisada através dos seus subsistemas e respetivas interações. Com base em diversos modelos organizacionais, como o modelo de congruência, proposto por Nadler e Tushman^{29,42}, podem salientar-se os seguintes subsistemas: trabalho ou tarefa, estrutura, pessoas, tecnologia, ambiente e competitividade.

O setor da saúde apresenta certamente especificidades que deverão ser consideradas na adoção por uma ou outra abordagem, ou pela combinação de diferentes abordagens. Não obstante, também os hospitais são organizações. E se, inicialmente, a ênfase das abordagens à gestão estava nas tarefas, hoje em dia, o foco está na competitividade, no caos e complexidade, na aprendizagem organizacional e no capital intelectual.

Capítulo 1. Estratégia, Dinâmica Organizacional e Valor

A estratégia de prestação de cuidados baseados no valor pode fornecer uma visão mais ampla da nova gestão pública, acomodando os princípios desta com um novo tipo de governança⁴⁷. Esta nova governança está na base de um movimento cada vez maior para a integração do valor em saúde e da *consciência de custos* (*cost awareness*) nas organizações e nos profissionais, sustentando o seu alinhamento e consensualizando competências abrangentes e multidisciplinares relacionadas com valor⁴⁸.

A implementação deste novo modelo não será instantânea, mas evolutiva⁴⁷, acompanhando a sua apropriação, individual e coletivamente, por todos os profissionais em contacto com o percurso do doente no sistema, fazendo parte da cadeia de valor. A abordagem de valor poderá implicar, ainda, a reorganização dos serviços e o alinhamento dos modelos de financiamento com os processos de cuidar⁴⁷.

Para a melhoria do valor em saúde, é proposta, por isso, a construção de novas parcerias dentro das organizações, assentes em lideranças, que explorem novas oportunidades e estruturas organizacionais, ultrapassando as disfuncionalidades associadas às tradicionais¹⁶.

1.1. O Alinhamento entre os Profissionais e as Organizações

Desde os anos 90, têm sido identificados vários estudos que discutem modelos de alinhamento entre os profissionais e a organização, que procuram melhorar uma ou mais de três áreas chave, designadamente, a melhoria do processo de cuidar, a redução de custos e o aumento da qualidade na prestação de cuidados¹⁶. São também descritos vários fatores que influenciam o alinhamento e a integração e que ultrapassam o modelo tradicional de relacionamento entre a organização e os seus profissionais¹⁶.

O alinhamento dos profissionais com a organização apresenta, contudo, diferentes níveis de integração, designadamente o alinhamento tático, o estratégico e o transformacional, requerendo este último um foco em modelos estruturais que suportem a integração clínica e uma nova governança organizacional¹⁶.

Podem identificar-se diferentes estratégias para o alinhamento entre os profissionais e as organizações. Uma das abordagens parte de uma integração não económica que enfatiza a natureza colaborativa entre as partes, enquanto a segunda tem por base a integração económica, sendo o alinhamento alcançado por via financeira¹⁶. As variáveis não económicas referem-se ao planeamento partilhado, aos processos decisórios e ao desenvolvimento de estratégias de melhoria orientadoras do desempenho da organização, parecendo constituir a base da integração clínica e, muitas vezes, a dimensão mais desafiante na tentativa de alcançar alinhamento¹⁶. Para além disso, poderão ser estas as componentes que permitem que os profissionais e os hospitais atuem de modo mais efetivo num quadro de modelos de financiamento complexos e em permanente mudança¹⁶. Outros autores referem que a chave do alinhamento estará na implementação de modelos de incentivos financeiros, associados ao desempenho e produtividade clínica, a objetivos de qualidade e à produção académica, de modo integrado⁴⁹.

Os modelos de alinhamento dos anos 90 focalizavam-se primordialmente na integração económica, enquanto atualmente se procura incorporar nos modelos de alinhamento, tanto variáveis económicas, como não económicas¹⁶. Considera-se a importância da convergência das duas componentes, atentando, por um lado, na necessidade de alinhamento de incentivos financeiros e observando, por outro, que a integração não

económica constitui a base do alinhamento¹⁴. Este último acontecerá de modo direto, dada a existência de reciprocidade, e de modo indireto, uma vez que assenta na construção de confiança nos profissionais¹⁴.

As estratégias de alinhamento entre os profissionais e os hospitais parecem ser determinantes no modelo de valor^{1,11,22,50,51}, ainda que contrariado por alguns autores, como Burns e Muller⁵², que referem que a evidência sobre os resultados dos esforços em encetar relações de colaboração entre os profissionais e os hospitais não é significativa. Burns e Muller⁵² adiantam, porém, alguns fatores que poderão contribuir para o sucesso desse alinhamento, designadamente, a revisão do modo como os prestadores são pagos, mudanças internas nos processos clínicos, o aumento de competências na gestão destas parcerias e mudanças sistémicas que admitam a existência simultânea de diferentes tipos de integração. Estes fatores podem aplicar-se a diferentes organizações de saúde, desde que respeitado o especial contexto de cada organização, dos seus profissionais e do particular estado de maturidade e sofisticação organizacional⁵². Na ótica da manutenção da *congruência* ou consistência interna, importa, pois, uma compreensão dos diferentes e particulares elementos presentes numa organização na procura da convergência entre atores.

Os modelos de alinhamento entre os prestadores e a organização tornam-se, de qualquer modo, mais difíceis quando os programas clínicos são transversais aos departamentos, serviços e outras estruturas setorializadas tradicionais¹⁶. Quanto a este aspeto, Ranawat e seus colaboradores⁵⁰ apresentaram um modelo em que cada corpo diretivo da linha de produção coordena os esforços do seu serviço em proximidade com líderes de outros serviços, de modo a reduzir os custos e a aumentar a eficiência ao nível hospitalar. Kenagy e coautores¹⁹ referem-se a este tipo de abordagens como parcerias baseadas no valor, que compatibilizam as diversas *equações de valor* e identificam, deste modo, oportunidades colaborativas.

Estas perpectivas conduzem-nos à ideia da cooperação, a que encontramos referência ao longo do estudo das organizações. Conflito e cooperação são, pois, elementos que integram a vida de uma organização, constituindo dois aspetos inseparáveis. Esta questão remete-nos para as tensões que existem dentro das organizações, aspeto referido seguidamente, a propósito da necessidade de congruência dentro da organização.

1.2. A Relevância do Ambiente e da Congruência nas Organizações

Importa referir a influência do ambiente na organização, particularmente porque a contratualização interna, melhor descrita no Capítulo 3, está intrinsecamente relacionada com a contratualização externa, estabelecida entre a administração e o financiador. Esta característica foi ressaltada pela abordagem contingencial, em resultado dos trabalhos, por exemplo, de Burns e Stalker⁵³ ou de Lawrence e Lorsch⁵⁴, partindo das premissas da teoria dos sistemas. Os conceitos básicos das organizações são dinâmicos, não estáticos. Neste sentido, Burns e Stalker notam que as organizações têm, em simultâneo, características mecanísticas (próprias de organizações burocráticas e adequadas a condições estáveis) e orgânicas (próprias de organizações adaptativas e adequadas a condições mutativas)⁵³. Da abordagem contingencial decorrem, por isso, novos modelos organizacionais, como a estrutura matricial, a estrutura em redes ou em equipas, que são mais flexíveis e orgânicas, bem como a relevância de competências de diagnóstico situacional, que partam da compreensão das características do ambiente, da tecnologia e da própria organização. Têm surgido também modelos diretamente dirigidos à implementação de intervenções baseadas no valor, tendo em conta essas mesmas características. É o caso do *Consolidated Framework for Implementation Research*, que atende a aspetos tanto referentes ao contexto interno e externo, como à intervenção em si e ao processo de implementação, procedendo a um levantamento de facilitadores e barreiras⁵⁵.

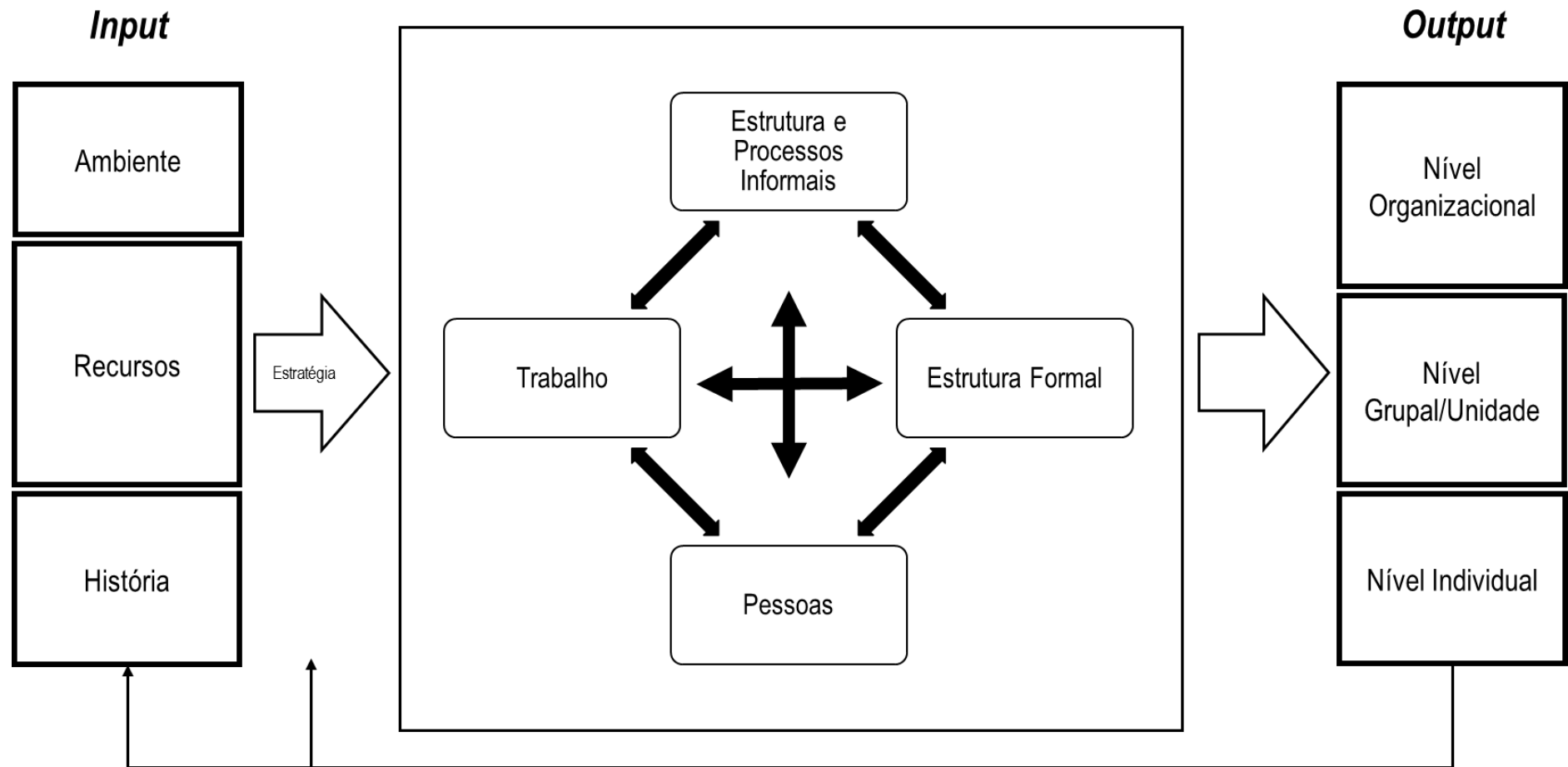
Respeitando também à necessidade de ajustamento entre os vários subsistemas organizativos e o ambiente, Lawrence e Lorsch⁵⁴ compreenderam que o grau de diferenciação nas organizações está inversamente relacionado com o grau de integração. A diferenciação é relativa à especialização e consiste no estado de segmentação do sistema organizacional em subsistemas, cada um tendendo a desenvolver atributos particulares em relação às exigências do ambiente externo. Os autores incluem no conceito não só a divisão formal do trabalho, como também os atributos de comportamento dos membros dos subsistemas. A integração é relativa à coordenação e consiste no processo de alcançar unidade de esforços entre os vários subsistemas, para cumprir a *tarefa* da organização. Os autores citados sugerem vários determinantes de efetividade* dos instrumentos integrativos, como a elevada influência em toda a organização, a resolução de conflitos, a perceção das recompensas pelos

* Efetividade é entendida, no âmbito deste estudo, como eficácia organizacional.

profissionais como sendo relativas ao desempenho global, ou o posicionamento intermédio do sistema integrativo⁵⁴.

O modelo de congruência de Nadler e Tushman⁴² veio incorporar o *ambiente*. Os autores conjugam as variáveis constantes das organizações com a estratégia, para além de adicionarem três níveis de *outputs* e acrescentarem outros *inputs* para além do ambiente e da tecnologia, enquanto condicionantes da *estratégia* a desenvolver (Figura 1.1). As diferentes partes de uma organização podem ajustar-se bem umas às outras e funcionarem efetivamente, ou ajustarem-se mal e conduzir a problemas, disfuncionalidades e pior desempenho²³. Ao invés de se focarem numa ou noutra variável, os autores sugerem a importância de todas e a necessidade de serem, como um todo, congruentes. A dinâmica fundamental está, assim, na congruência entre os elementos da organização, em particular, dos quatro subsistemas ao centro²⁹. Quando a estratégia é consistente com as condições ambientais e existe consistência interna, isto é, adequação entre as quatro componentes organizacionais, a organização é mais eficaz²⁹.

FIGURA 1.1. MODELO DE CONGRUÊNCIA



Fonte: Nadler e Tushman²⁹

Ambiente, recursos e história, ilustrados na coluna à esquerda da Figura 1.1, *supra*, constituem *inputs* das organizações enquanto sistemas complexos, considerados os fatores ou o *material* com que a organização tem de trabalhar. O ambiente consiste em todos os fatores fora da organização em análise, ou seja, o contexto de um ambiente mais lato dentro do qual a organização existe e que é crítico para o seu funcionamento. Os *recursos* são o segundo *input* da organização e consistem no conjunto dos diferentes bens ou ativos a que tem acesso, que podem ser tangíveis ou intangíveis, como o clima organizacional, devendo considerar-se o valor relativo destes recursos à luz do ambiente, bem como o alcance da sua flexibilidade. A *história* é o terceiro *input* da organização, na medida em que a forma como as organizações funcionam hoje é grandemente influenciada por eventos passados⁴².

A *estratégia* e a *organização* são os dois grandes elementos do modelo de Nadler e Tushman, sendo a estratégia o conjunto⁴² ou o padrão²⁹ de decisões que emerge ao longo do tempo sobre como são aplicados os recursos em resposta às ameaças e oportunidades do ambiente²⁹, no contexto da sua história⁴², e a organização o mecanismo que é desenvolvido para transformar a estratégia em *output*²⁹. A estratégia poderá ser considerado o *input* (derivativo dos três primeiros) mais importante para a organização, pois as decisões estratégicas determinam implicitamente a natureza do trabalho ou tarefas desenvolvidas pela organização, bem como as decisões estratégicas sobre objetivos determinam os *outputs* do sistema⁴².

A organização, ilustrada ao centro da mesma figura, inclui quatro componentes principais, nomeadamente, trabalho, pessoas, estrutura formal e estruturas e processos informais, sendo a interdependência⁴² ou congruência a dinâmica fundamental entre estes elementos²⁹, que existem em estados de equilíbrio relativo, consistência ou adequação entre si⁴². A componente do trabalho deverá ser o ponto de partida da análise, pois as restantes componentes dependem da natureza das atividades a desenvolver⁴².

A eficácia organizacional é maior quando a estratégia é consistente com as condições ambientais e existe igualmente consistência interna entre as quatro componentes organizacionais²⁹, isto é, a efetividade do modelo tem na base a qualidade da *adequação (fit)* ou congruência entre as suas componentes⁴². Não existe, porém, uma única maneira certa de organizar, sendo esta determinada pela natureza da estratégia, bem como pelo trabalho, pelos indivíduos que fazem parte da organização e pelos processos e estruturas informais, incluindo cultura, que se desenvolveram ao longo do tempo²⁹.

A componente do *trabalho* refere-se às atividades e funções que têm de ser feitas e às suas características, por oposição ao modo como está organizado. A componente das *pessoas* refere-se à natureza e características dos funcionários. *Estrutura e processos informais* são aqueles que tendem a desenvolver ou emergir ao longo do tempo, enquanto a organização *opera*, e são geralmente implícitos e não escritos, mas influenciando uma boa parte dos comportamentos, tanto em prejuízo como benefício do desempenho organizacional, complementando a estrutura formal. A *estrutura formal* consiste no conjunto de estruturas, processos, métodos e procedimentos explicita e formalmente desenvolvidos para que os indivíduos desempenhem as atividades consistentemente com a estratégia organizacional, designadamente, a configuração organizacional dos postos de trabalho, do ambiente de trabalho e dos sistemas formais de atração, colocação, desenvolvimento e avaliação de recursos humanos⁴². Também Selfridge e Sokolik vieram notar a necessidade de compreender a distinção entre as componentes formais, publicamente observáveis, e as componentes informais, aspetos ocultos, afetivos e relativos a questões psicossociais⁴⁴.

Ilustrados na coluna à direita, estão os *outputs*, aquilo que a organização produz, o seu desempenho e eficácia⁴². No âmbito do modelo de Nadler e Tushman, são identificados três indicadores-chave do *output* organizacional, designadamente ao *nível organizacional*, ao *nível grupal* e ao *nível individual*⁴². Na avaliação do desempenho da organização ao nível organizacional, devem considerar-se três fatores, que se referem ao: (i) cumprimento dos objetivos da organização, e como esta os cumpre, (ii) à utilização dos seus recursos e ao modo como os otimiza e rentabiliza e (iii) à adaptabilidade, isto é, se continua a organização em posição favorável face ao seu ambiente, ou seja, se é capaz de mudança ou adaptação a alterações ambientais⁴².

O funcionamento dos grupos e unidades dentro da organização (departamentos, divisões ou outras subdivisões), bem como o dos seus indivíduos (e *outputs* a eles relativos, como, por exemplo, a qualidade percebida da vida profissional, ou a satisfação), contribuem para o desempenho organizacional⁴².

A congruência parece estar relacionada com a eficácia e o desempenho, mas um sistema congruente pode ser, contudo, resistente à mudança, pois desenvolve formas de se isolar de influências externas, tornando-se incapaz de responder a novas situações²⁹. Importará que se considere, nesse esforço de congruência, as tensões existentes nas organizações, referidas *infra*.

O modelo apresentado pelos autores citados consiste numa proposta para a gestão das transições a que as organizações se sujeitam de tempos a tempos²⁹. A mudança pode envolver um ou mais elementos do sistema organizacional, ou pode implicar um realinhamento de todo o sistema, afetando os seus elementos principais. Nadler e Tushman²⁹ apontam, por isso, a manutenção da congruência do sistema enquanto é implementada a mudança como um problema central, ou, ao invés, a transição da organização para uma nova configuração e uma nova definição de congruência.

Importará, neste aspeto, salientar a diferença entre mudanças *incrementais*, que estão focalizadas em mudanças individuais de modo a manter ou reforçar a congruência, e mudanças *estratégicas*, que afetam toda a organização, ou vários subsistemas desta, incluindo a estratégia, implicando normalmente quebrar o padrão atual de congruência²⁹. As primeiras são feitas no quadro das atuais estratégias e componentes organizacionais. As segundas modificam esse quadro, reformulando-o, modificando-o, ou quebrando-o, podendo incluir alterações na definição do *negócio*, do poder ou da cultura. Em resposta a eventos externos importantes, as mudanças incrementais podem ser antecipatórias (de *afinação*) ou reativas (de *adaptação*) e as mudanças estratégicas podem igualmente ser antecipatórias (de *reorientação*) ou reativas (de *recriação*). A mudança estratégica de reorientação²⁹ que pode implicar uma transição do modelo de volume para o modelo de valor poderá exigir o equilíbrio das diferentes variáveis e entre as diferentes forças, de maneira a não se anularem mutuamente.

A congruência é, por isso, segundo Nadler e Tushman, o grau de consistência entre as necessidades, exigências, metas, objetivos e/ou estrutura de uma componente e as necessidades, exigências, metas, objetivos e/ou estrutura de uma outra componente²³. Existe, assim, uma ideia importante de tensão entre as diferentes componentes, que deverá ser reconhecida, compreendida e atendida. Os mesmos autores sugerem algumas questões que surgem da tentativa de ajustamento das diferentes forças que constituem as componentes da organização. Outras teorias organizacionais têm igualmente revelado, ao longo do tempo, vários binómios de tensão. A Tabela 1.1, *infra*, ilustra algumas dessas tensões.

TABELA 1.1. FORÇAS EM TENSÃO NAS ORGANIZAÇÕES

Forças em tensão		Questões
Indivíduo	Organização	Como são as necessidades individuais satisfeitas pela configuração organizacional? Têm os indivíduos percepções erradas da estrutura organizacional? Há convergência entre os objetivos individuais e organizacionais?
Indivíduo	Tarefa	Como são as necessidades individuais satisfeitas pelas tarefas? Têm os indivíduos as competências e capacidades para alcançar as exigências da tarefa?
Tarefa	Organização	É a configuração organizacional adequada a satisfazer as exigências da tarefa? A configuração organizacional motiva comportamento consistente com as exigências da tarefa?
Tarefa	Organização informal	A estrutura da organização informal facilita ou não o desempenho da tarefa? Inibe ou ajuda a satisfazer as exigências da tarefa?
Organização	Ambiente	É adequado o equilíbrio entre o grau de diferenciação e o grau de integração ao ambiente, em relação ao desempenho da organização?

Fonte: Adaptado de Nadler e Tushman⁴² e de Lawrence e Lorsch⁵⁴

As organizações que apresentam uma elevada complexidade são mais difíceis de mudar, seja pela sua *dimensão* em termos de funcionários, seja pela sua *diversidade* no que se refere, por exemplo, à dispersão geográfica²⁹. Nadler e Tushman notam que é importante considerar que as mudanças estratégicas lidam com questões ideológicas, sobre como deve ser a organização, mas também com questões pessoais, sobre como impacta isso na carreira profissional. Estas questões são normais e devem ser compreendidas, antecipadas e tornadas construtivas pelo gestor da mudança que pretenda ser bem-sucedido²⁹.

Também Abernethy e Lillis²³ parecem notar a importância da congruência, referindo-se, porém, a *ajustamento*. As autoras consideram-no um conceito central nas organizações de saúde, tendo examinado como as opções estratégicas em hospitais influenciam os ajustamentos realizados nas estruturas de gestão internas e nos sistemas de medição do desempenho. Estudaram, mais precisamente, os benefícios sinérgicos da complementaridade entre a estratégia e opções particulares quanto à configuração da organização, tendo como resultado a verificação de interdependências significativas entre estes três elementos. As autoras citadas concluíram, ainda, que quando estes distintos elementos se complementam, principalmente quando os hospitais procuram responder às necessidades em saúde através da inovação dos serviços, o desempenho é melhorado. A sustentabilidade (*survival*) organizacional está, assim, dependente de um ajustamento entre os seus subsistemas. Organizações menos bem-sucedidas demonstram habitualmente um ajustamento frágil²³. A relação entre a estratégia, por um lado, e os sistemas de medição do desempenho, por outro, não é, contudo, necessariamente direta, mas indireta, dado que parece ocorrer por via da natureza da configuração estrutural²³. Já a estrutura parece atuar como uma importante variável de mediação entre a inovação dos serviços enquanto prioridade estratégica e os sistemas de medição do desempenho escolhidos²³.

Outros autores, como Sowers e seus colaboradores¹⁶, referem também a importância da existência de parâmetros de avaliação do desempenho associados a uma estratégia organizacional que envolva uma escolha por uma determinada estrutura, que, por sua vez, fomente a autonomização dos prestadores, alinhados, no entanto, com o hospital. Também Escoval vai de encontro a este entendimento, na medida em que afirma a necessidade do empenho da gestão intermédia, interventiva e proativa, na adequação da estrutura institucional à estratégia organizacional³⁴. Abernethy e Lillis²³ notam, contudo, que muitas das adaptações atuais às condições estruturais nos hospitais e a implementação de sistemas de medição do desempenho têm como objetivo ultrapassar as consequências disfuncionais associadas às estruturas hospitalares tradicionais.

1.3. A Estratégia e os Comportamentos Estratégicos Autónomos

Na temática da estratégia e da autonomia*, importará notar as considerações de Mintzberg⁴⁵, bem como o trabalho de Mirabeau e Maguire⁴⁶, sobre a relação entre a estratégia emergente e os comportamentos estratégicos autónomos. A estratégia foi tradicionalmente entendida como um *plano*, sendo explícita, desenvolvida de modo consciente e com um propósito e elaborada previamente a decisões específicas às quais é aplicada⁴⁵. Mintzberg veio, contudo, referir a incompletude e a não operacionalização desta definição para o investigador, por reduzir as suas conclusões a generalizações normativas abstratas. Por isso, Mintzberg designa este conceito de estratégia *pretendida* ou *intencional* (na expressão original, *intended*), enquanto define a estratégia em geral, e em particular a estratégia *realizada*, como um padrão numa série de decisões. Assim, quando uma sequência de decisões exibe uma certa consistência, com o passar do tempo considerar-se-á que uma estratégia se formou. Este entendimento permite-nos, segundo Mintzberg, considerar as duas vertentes da formação da estratégia, isto é, como era pretendida (linhas orientadoras *a priori*) e como foi desenvolvida (consistências *a posteriori* no comportamento decisional). A primeira é formulada através de um processo consciente, a segunda forma-se gradualmente decisão a decisão e possivelmente de modo inconsciente⁴⁵.

Uma organização pode manter-se num ambiente estável durante anos, sem necessidade de reavaliar a sua estratégia, até que o ambiente se torne de tal modo turbulento que impossibilita a predição do tipo de estabilidade que possa vir a emergir⁴⁵.

* Autonomia é entendida genericamente no âmbito deste estudo, podendo compreender as vertentes de autonomia gestonária (administrativa), funcional (organizativa) ou financeira, ou mesmo diferentes graus destas.

Por ser o ambiente inconsistente, os padrões da alteração da estratégia nunca podem ser estáveis, mas irregulares e *ad hoc*, observando períodos de continuidade, alteração, fluxo, ou limbo. Mas, ainda assim, existem, segundo Mintzberg, padrões na formação da estratégia. O autor identifica dois padrões principais, sobrepondo-se um ao outro. O primeiro é o ciclo de vida de uma estratégia global, desde a concepção, elaboração, declínio e morte. O segundo é a presença de ondas de mudança e continuidade periódicas no ciclo de vida da estratégia, sendo que ciclos mais longos podem ser identificados como um ciclo de vida que se segue a outro. Este último padrão sugere que as estratégias não mudam normalmente de uma forma incremental contínua. Ao invés, a mudança acontece em surtos, cada um seguido de um período de continuidade⁴⁵.

Mintzberg apresentou três formas de ver combinados os dois tipos de estratégia referidos anteriormente: intencional e realizada. Assim, as estratégias intencionais que são realizadas designam-se *deliberadas*, as estratégias intencionais que não são realizadas designam-se *irrealizadas* e as estratégias realizadas que não haviam sido intencionais designam-se *emergentes*. As segundas são devidas possivelmente a expectativas irrealistas, ao indevido entendimento do ambiente ou a alterações durante a implementação. As últimas são devidas possivelmente à não existência de uma estratégia intencional à partida, ou por ter sido esta deslocada, como acontece no segundo caso⁴⁵.

Mas Mintzberg acrescenta que a prática devolveu outras relações entre as estratégias intencionais e as estratégias realizadas. Por exemplo, estratégias intencionais que, à medida que se tornam realizadas, alteram a sua forma e tornam-se em parte emergentes; ou estratégias emergentes que são formalizadas como deliberadas; ou ainda estratégias intencionais que se tornam *realizadas em excesso*. Estas combinações resultam do facto de não serem verdadeiras as premissas sobre as quais se baseia a convicção de que o estratega *formula* num patamar superior e que o subordinado *implementa* num patamar inferior⁴⁵. Trata-se das premissas segundo as quais se considere que o *formulador* está completamente informado, ou tão informado como o *implementador*, e que o ambiente é suficientemente estável ou previsível de maneira a não ser necessária reformulação durante a implementação. A ausência destas duas condições deverá levar ao colapso da dicotomia formulação-implementação e ao recurso a um modo adaptativo e não planeador, tornando a estratégia um processo de aprendizagem, onde a implementação informa a formulação e as intenções são modificadas no terreno, resultando em estratégia emergente⁴⁵. Questões que importa

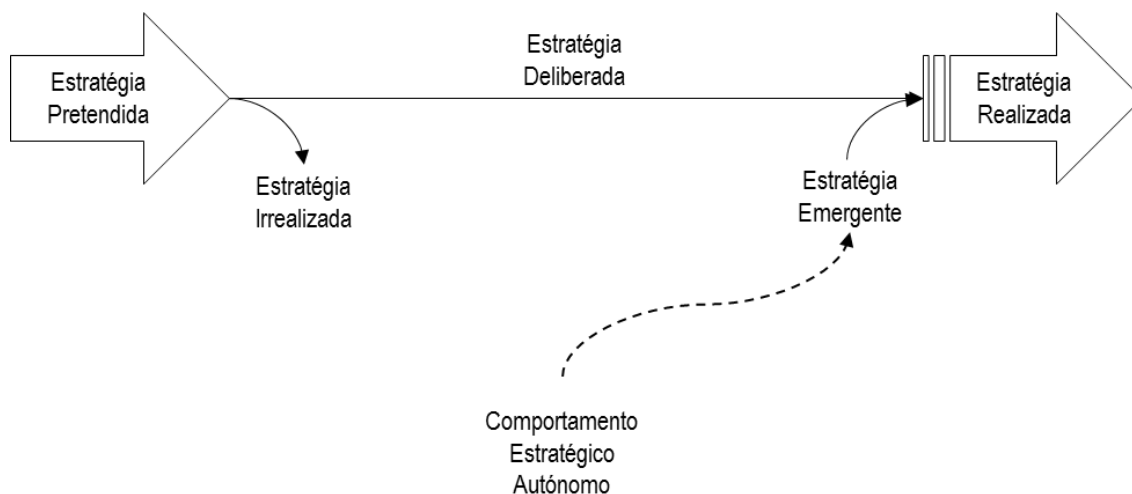
considerar na definição da estratégia de uma organização na sua transição para o modelo de valor, ou seja, na implementação de uma intervenção baseada no valor.

É relevante notar, ainda, que uma estratégia emergente, uma vez reconhecida, torna-se deliberada. Mais cedo ou mais tarde, uma das estratégias que emergem é escolhida e formalizada como a nova estratégia intencional, pois parece que é a que funciona para a organização, pacificando a frustração das irrealizadas. Porém, Mintzberg alerta que a formalização de uma estratégia emergente não é acidental, pois o ato de explicar uma estratégia implícita altera profundamente a *burocracia* e o seu ambiente. Isto é, tornar uma estratégia explícita, ainda que uma que era implícita, mas evidente para todos, fornece o convite formal para que a burocracia a acompanhe (por exemplo, para adquirir equipamentos, contratar pessoal, normalizar procedimentos). Assim, desejar que seja explicitada uma estratégia precisa e estável, neste contexto, permite a invasão da burocracia, que não a questionará. O estrategista pode perceber certo dia que a sua estratégia intencional foi *realizada em excesso*. Uma estratégia não pode, por isso, ser um plano fixo nem ser sistemática e regularmente modificada somente por vontade do gestor⁴⁵.

No campo da estratégia emergente, Mirabeau e Maguire⁴⁶ apresentam e demonstram a relevância dos comportamentos estratégicos autónomos, que têm origem na primeira. São projetos que, não obstante serem dissonantes da estratégia predominante, resultam da resolução de problemas no terreno. Estes projetos autónomos tornam-se padrões de ação resilientes, ou seja, uma parte emergente da estratégia realizada. Isto acontece através da mobilização de um apoio abrangente de forma a impulsioná-los, manipulando o contexto estratégico de modo a serem legitimados. Para além disso, é alterado o contexto estrutural da organização de forma a incorporar os projetos entre as unidades, rotinas e objetivos organizacionais. Para a mobilização de recursos para esse ímpeto, os *champions* dos projetos podem gerar apoio, assegurando recursos da sua unidade organizativa, envolvendo outras unidades em compromissos em relação a recursos, ou alavancando pressão de atores externos. Para manipular o contexto estratégico para essa consonância, podem ser introduzidas novas categorias estratégicas ou criativamente alargar as existentes. Esta alteração para a incorporação envolve novas equipas, a definição de novos procedimentos e rotinas e o estabelecimento de novos objetivos organizacionais⁴⁶. Podemos associar este tipo de comportamentos estratégicos aos processos de contratualização interna, na medida em que, na génese desta, parte-se da iniciativa dos profissionais no terreno e das escolhas que fazem autonomamente, no cumprimento dos objetivos globais da organização.

A Figura 1.2, *infra*, ilustra a adaptação dos tipos de estratégias de Mintzberg⁴⁵ e do comportamento estratégico autônomo de Mirabeau e Maguire⁴⁶.

FIGURA 1.2. ESTRATÉGIAS E COMPORTAMENTO ESTRATÉGICO AUTÔNOMO



Fonte: Mintzberg⁴⁵ e Mirabeau e Maguire⁴⁶

1.4. A Proposta do Modelo de Valor

As divergências entre profissionais e instituições e as tensões dentro das organizações podem estar relacionadas com o entendimento sobre a forma como é criado valor no processo de prestação de cuidados¹². O que estará em causa, então, será a necessidade de alinhar o que move os prestadores e o que move as organizações^{12,51}. Surge, assim, a questão do ponto de encontro dos interesses das partes, que respeite ainda a missão da organização¹².

Daí que, perante objetivos conflitantes, frequentes no setor da saúde, importaria identificar muito claramente o objetivo comum a todos, sendo que vários autores^{10,12,15,16} declaram que o elemento unificador é, ou deverá ser, um valor elevado para os doentes, quociente que impulsionará o retorno do investimento no setor⁴.

O quadro de valor poderá oferecer, assim, uma orientação unificadora para as organizações prestadoras, emergindo como um conceito aceitável tanto pelos profissionais, como pelas organizações^{47,13}, sustentando a designada inovação orientada pelo valor (*value-driven innovation*)⁵⁶.

Se o modelo de valor, enquanto abordagem, é compreendido como uma orientação estratégica e se a procura pela melhoria do valor poderá unir os *stakeholders* do sistema de saúde, a discussão passa, então, a centrar-se no que entendem todos por valor em saúde, pelas suas componentes e pelo modo como são estas medidas.

Definir valor em saúde

Porter^{10,11} define valor em saúde como os ganhos em saúde obtidos por cada dólar gasto. Valor sustenta-se, assim, nos resultados obtidos em relação aos *inputs* necessários e, desse modo, incorpora o conceito de eficiência^{10,11}.

Já Barros⁵⁷ refere-se ao conceito *valor* como os benefícios gerados avaliados em escalas subjetivas de satisfação confrontados depois com os custos e que, em conjunto, contribuem para o processo decisório. Valor é, assim, definido por Barros em termos dos recursos consumidos de uma unidade adicional de saúde, o que parte do conceito de escassez, alinhado com o conceito de eficiência, inerente ao valor tal como o entende Porter.

Encontram-se relacionadas as dimensões *ganhos em saúde* e *custos* em diversos artigos que tratam do valor em saúde^{2,4,10,11,18,20,27,58–64}. Se o conceito valor em saúde integra de modo consensual estas duas componentes, importará definir como se relacionam e o que cada uma delas compreende. Na fórmula *valor*, o numerador são os ganhos e o denominador são os custos^{10,11}. Uma fórmula mais complexa de valor tem sido também utilizada, na qual as principais componentes dos resultados são definidos e calculados da seguinte forma: $[\text{Valor} = A(Q + SD)/C]$, sendo A = adequação, Q = qualidade, SD = satisfação do doente, e C = custos da prestação de cuidados]⁶⁵.

No que se refere à dimensão *ganhos em saúde*, o numerador da equação *valor*, financiadores, prestadores e doentes têm reconhecido a sua importância na medição do valor⁶⁵. Para cada condição médica (ou população de doentes, no caso dos cuidados de saúde primários), os ganhos referem-se aos resultados reais no que diz respeito à saúde do doente, multidimensionais e inerentes à sua condição específica, constituindo em conjunto (e não individualmente) o benefício para o doente⁶⁶. Aqui se inclui sobrevivência, funcionalidade, reabilitação, entre outros, cuja importância é ainda afetada pelas circunstâncias e preferências do doente⁶⁶. Também assim Barros, ao afirmar que o estado de saúde é multidimensional⁵⁷.

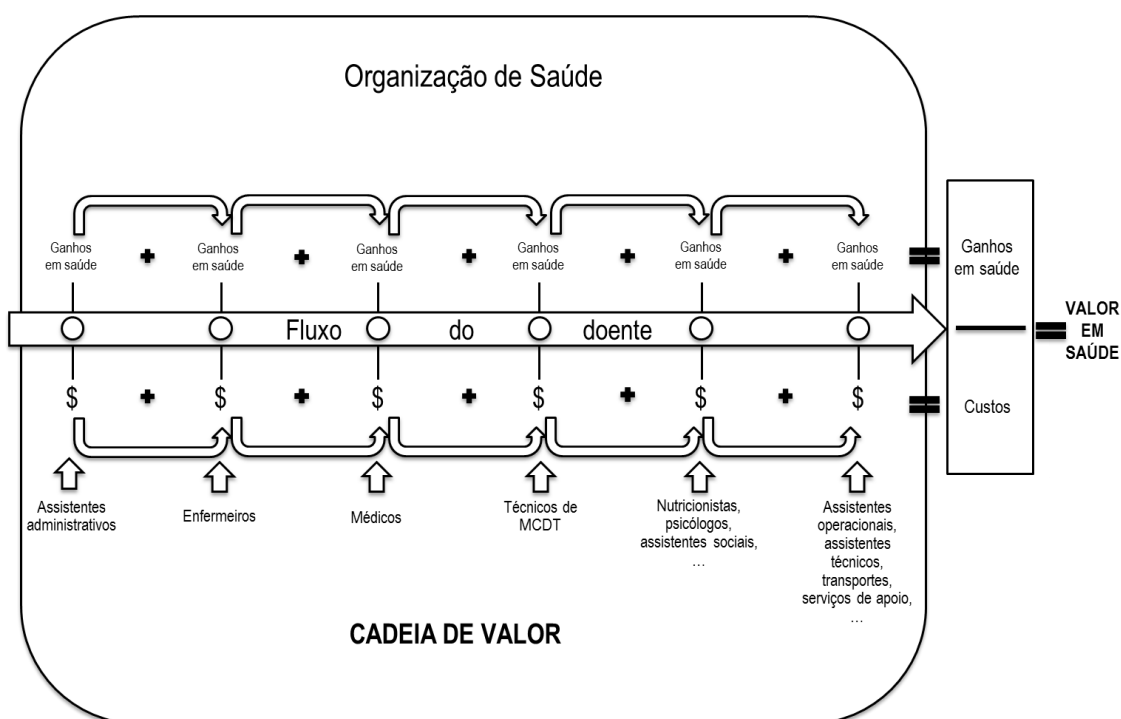
Por sua vez, os custos, o denominador da equação *valor*, referem-se aos custos totais do ciclo completo de cuidados prestados para a condição médica do doente, não os custos dos serviços compreendidos isoladamente¹⁰, ou os custos envolvidos numa só intervenção ou episódio de cuidados¹¹.

A cadeia de valor

A ideia de medir os ganhos e os custos em torno do doente e ao longo do ciclo de cuidados de uma determinada condição médica conduz-nos ao conceito de *cadeia de valor*. O processo de cuidar de uma condição médica (ou de uma população de doentes) envolve, pois, geralmente, múltiplas especialidades e numerosas intervenções^{10,11}. A criação de inovação com valor depende, assim, da existência de redes de cooperação que se traduzem no ciclo de cuidados de saúde⁶⁷.

O valor para o doente será, por isso, criado a partir dos esforços conjugados de todos os prestadores ao longo do ciclo completo de cuidados, e não de uma só intervenção ou especialidade, num único ponto no tempo ou num breve episódio de cuidados¹¹. Neste sentido, os benefícios de cada intervenção para os ganhos finais dependerão da efetividade de outras intervenções ao longo do ciclo de cuidados, isto é, da cadeia de valor¹¹, o que é ilustrado na Figura 1.3, *infra*.

FIGURA 1.3. CADEIA DE VALOR EM SAÚDE



Fonte: Adaptado de Porter^{10,11}

Por esse motivo, a responsabilização e prestação de contas pela criação de valor deve também ser partilhada por todos os prestadores e instituições envolvidos nela¹¹. Cadeia que pode também abranger o setor privado, que Benzel⁶⁸ sugere incluir num sistema de saúde alternativo, transparente e universal. Aliás, responsabilizando todos os intervenientes no sistema pelo valor criado, e não somente pelos ganhos obtidos,

poderá beneficiar-se do poder de influência da qualidade sobre a redução dos custos^{10,11}.

Esta ampla abordagem conduz-nos à ideia de que não é suficiente que cada *stakeholder* desenvolva isoladamente a sua equação de valor, sendo provavelmente necessário que cada agente consiga relacionar a sua *equação* com a dos restantes, identificando oportunidades de colaboração e parceria¹⁹. Assim, poderão colaborar no desenvolvimento das suas diferentes equações e evitar a movimentação dos agentes em direções incompatíveis entre si¹⁹. Esta é uma abordagem de parceria baseada no valor, referida por Kenagy e coautores¹⁹, refletindo uma mudança fundamental de paradigma para situações de *win-win*. O tipo de diálogo necessário para que esta parceria aconteça implicará, provavelmente, uma alteração das relações tradicionais entre atores dos sistemas de saúde, que partirá de relações bilaterais independentes para interdependentes¹⁹.

Na mesma linha, mas considerando a organização interna, Lee¹³ declara que progredir no modelo de valor requer trabalho de equipa, dado que a melhoria nos resultados ou a redução dos custos não poderá ser alcançada sem a colaboração ativa entre todos, o que é difícil de conseguir se todos funcionarem como unidades de *negócio* separadas. O modelo de valor apresenta, por isso, grandes exigências de mudança cultural e organizacional¹³. Também o modelo de cadeia de valor da inovação apresentado por Hansen e Birkinshaw⁶⁹ requer que os gestores olhem para os seus esforços em inovar numa visão integral da sua organização, de um ponto a outro, em todos os seus elos, fortes e fracos.

Quanto a este aspeto, importa referir o caso da intervenção designada *Value Based Healthcare* (VBHC), descrita por Nilsson e colegas⁴⁷, na qual o foco inicial não esteve na organização em torno das condições clínicas dos doentes e dos ciclos de cuidados, contrariando as recomendações de Porter^{10,11}, decisão justificada pela necessidade de obter resultados rápidos como fator motivador da experiência. Mas, à medida que os profissionais foram interiorizando o modelo no seu trabalho diário e analisando os indicadores, foi surgindo a necessidade de cooperação entre departamentos (como, por exemplo, a imagiologia ou a patologia clínica), com outras instituições e até com outros níveis de cuidados (como primários e domiciliários), dado que estavam envolvidos na mesma *caminhada* (*journey*) – a cadeia de valor – do doente. Os participantes tomaram, deste modo, consciência da complexidade total dos processos de cuidar e da consequente importância de trabalhar neles para além das fronteiras dos seus serviços⁴⁷.

A cadeia de valor é, na realidade, complexa e inclui muitos departamentos geralmente excluídos do trabalho de melhoria da qualidade ou de contenção de custos⁷⁰. A necessidade de coordenação, cooperação e trabalho conjunto entre serviços e departamentos acabou por ser, também ela, crítica no VBHC, aliás, dela consequente⁴⁷. O VBHC fez com que o aperfeiçoamento organizacional fosse imperativo, de modo a facilitar uma maior cooperação que, por sua vez, aumentou a compreensão das diferentes condições em cada departamento, exibindo a necessidade do relacionamento entre as equações de valor dos diferentes *stakeholders*, tal como sugerem Kenagy e colaboradores¹⁹. Em Portugal, compete notar a experiência do Instituto Português de Oncologia - Porto, em particular, o caso da Clínica da Pele, uma abordagem multidisciplinar numa organização centrada no doente e um exemplo das designadas *Integrated Practice Units* (IPU). Esta IPU sustenta-se no modelo de VBHC, assinalando Redondo e coautores⁷¹ que procura, nos doentes com melanoma, enquanto objetivos partilhados, concretizar a centralidade do doente, conduzir um ciclo de cuidados integrados e obter resultados que interessam aos doentes, como a qualidade de vida. Para isso, promove igualmente o treino contínuo dos profissionais de saúde, aumentando a *expertise* diferenciada no tratamento da doença, bem como na satisfação do doente, num contexto de colaboração, de resolução partilhada de problemas e de canais de comunicação interna efetivos.

Para progredir no modelo de valor, parece ser, pois, importante a organização em equipas interdisciplinares constituídas em torno das condições clínicas, ainda que, por vezes, pareça uma atividade *antinatural* nos cuidados de saúde¹³. Lee¹³ sugere, por isso, o desenvolvimento de *dashboards* de valor, procurando identificar falhas no processo de cuidar e definir, em *checklists*, o que deveria estar a acontecer, enquanto bom desempenho e tendente ao aumento do valor nesses momentos, conciliado, aliás, com a recomendação de Donabedian, já em 1966⁷². Donabedian, no artigo que introduz a conhecida trilogia da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, desenvolve os conceitos de estrutura, processos e resultados, mas conclui advertindo para a necessidade de questionar constantemente se se está a fazer o que é suposto. O enfoque deverá estar, não tanto na avaliação da qualidade, mas na compreensão do processo de cuidar em si⁷², e, bem assim, da cadeia de valor.

Aumentar valor em saúde

Os ganhos e os custos parecem não ser independentes, razão pela qual uma melhoria dos resultados poderá ser uma alavanca para a redução de custos¹¹. Deste modo, a melhor abordagem para a redução de custos poderá ser gastar mais em alguns serviços, de elevado valor, que incluem frequentemente cuidados preventivos ou outros cuidados em momentos precoces, de maneira a reduzir a necessidade de outros mais complexos¹⁰. A qualidade pode ser, assim, uma componente da *estratégia*, não uma despesa², pelo que o aumento do valor pode estar também no investimento¹⁸. A ideia de que a qualidade está associada a custos elevados resulta, possivelmente, entre outros aspetos, de estarem os profissionais ainda focados nas suas intervenções individuais, que controlam diretamente, e não no ciclo global de cuidados ao doente, isto é, na cadeia de valor^{10,11}.

Porter^{10,11} exemplifica oportunidades de aumento de valor, como a realocação da despesa entre tipos de serviços, a eliminação de serviços que não adicionam valor, a melhor utilização da capacidade e a redução dos tempos de espera ao longo do ciclo de cuidados¹⁰. O valor é, pois, aumentado pela redução dos custos totais envolvidos no processo de cuidar, mas não necessariamente minimizando o custo de serviços individuais¹¹. Neste sentido, Swensen e coautores² distinguem poupanças *hard dollar* de poupanças *soft dollar*, sendo que as segundas resultam de melhorias dos processos de trabalho que aumentam a capacidade e a produtividade, evitam custos futuros ou reduzem custos de má prática. Sokol⁷³ fala, a este propósito, de *quality for expenditure*.

O valor pode ser aumentado de três formas: melhorando os ganhos, mantendo os custos; diminuindo os custos, mantendo os ganhos; aumentando tanto os ganhos, como os custos, mas aumentando os ganhos por unidade de custo⁶⁵. Segundo Weeks e Weinstein⁷⁴, há ainda duas outras formas de aumentar o valor: melhorando os indicadores de resultados a um ritmo mais rápido do que o do aumento dos custos; ou diminuindo os resultados a uma velocidade mais lenta em relação aos custos.

Mudanças tanto no numerador, como no denominador da equação de valor podem conduzir ao aumento do valor¹¹. A distinção entre o que é sensível ao numerador ou ao denominador é, contudo, artificial, dado que a abordagem e ferramentas utilizadas podem ser as mesmas e o trabalho desenvolvido numa parte da equação afetará necessariamente a outra². Deve, ainda, considerar-se que os esforços para melhorar marginalmente os resultados podem ser muito dispendiosos, enquanto os esforços para reduzir custos podem desnecessariamente prejudicar o alcance de resultados ótimos⁷⁴. Cortes transversais em serviços dispendiosos, o que por vezes apenas se traduz em

poupanças marginais, podem, pois, conduzir a custos totais mais elevados, a resultados de qualidade inferior e à *destruição* de valor⁷⁵.

Por outro lado, parece impossível reduzir substancialmente os custos, na ótica da cadeia de valor, sem redesenhar os processos de cuidar⁴. Sugere-se, por isso, a aplicação de abordagens mistas nas organizações de saúde, que contribuam para alcançar uma melhor compreensão de como os processos funcionam na realidade⁷⁶. A Geisinger, uma organização de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), tem também procurado demonstrar que é possível aumentar a qualidade e reduzir custos simultaneamente, introduzindo inovações nos processos de cuidar, considerando-as uma das prioridades estratégicas da organização⁵⁶. Foi criado, por exemplo, o *Geisinger Accelerated Performance Program* (GAPP), desenhado para procurar continuamente formas de reduzir os custos operacionais, aumentando as eficiências, enquanto se mantêm focados nas melhores práticas baseadas na evidência e na obtenção de ganhos em saúde⁵⁶. Outras organizações de saúde, como a Mayo Clinic, Kaiser Permanente, Intermountain Healthcare, Veterans Administration, ou o Military Health System têm também recorrido a ferramentas e técnicas de engenharia de sistemas para melhorar as operações e os processos clínicos⁷⁷.

Várias organizações estão a investir, assim, na otimização dos processos e na engenharia de valor, através de *Lean*, *Six Sigma* ou inspirados nos Sistemas de Produção *Toyota*⁴. Na linha destas propostas, Bastian e coautores⁷⁶ apresentam um entendimento de valor diferente daquele que é apresentado por Porter¹⁰, ainda que dele se aproxime. Segundo aqueles autores citados, atividades que adicionam valor são aquelas que transformam material, informação ou pessoas em alguma coisa relevante para o consumidor, enquanto as atividades que não adicionam valor são as que consomem recursos, mas não adicionam valor ao processo, como duplicação, tempos de espera, ou burocracia redundante⁷⁶. A remoção sistemática de atividades que não adicionam valor ao processo pode também, nesta perspetiva, promover um aumento da qualidade e uma diminuição dos custos (e o aumento do valor)².

A otimização de processos está relacionada com a noção de desperdício. Não existe um *tradeoff* entre produtividade e qualidade se não for adotada a melhor abordagem à remoção do desperdício, pelo que é necessário compreender que existe uma importante diferença entre custo e desperdício².

Existem três formas primárias de desperdício em cuidados de saúde relacionadas com o prestador: ineficiência processual, sobreutilização e desperdício *mau* ou prevenível². O programa *High-Value Care* (HVC), implementado no University of California, San

Francisco (UCSF) Medical Center, nos EUA, tem utilizado dados financeiros e clínicos para identificar áreas com evidência de desperdício no hospital, com vista a promover intervenções com base na evidência, sensibilizar para os custos e promover, deste modo, uma mudança cultural⁵⁹. Nota-se, quanto a este aspeto, um trabalho de Toussaint⁷⁸ que, envolvendo visitas a 129 organizações de saúde em 12 países, revelou que a maioria das lideranças não reconhecia a existência de desperdício⁷⁸.

O *lean thinking*, ainda que entendendo valor de modo diferente (na perspetiva do doente), pode igualmente contribuir para a sua maximização, pois procura a redução do desperdício⁷⁶.

Elshaug e colegas⁷⁹ apontam três grandes imperativos para a identificação de desperdício, que podemos relacionar com o conceito de valor, designadamente, um imperativo ético para garantir a segurança do doente, evitando assim exames e tratamentos que podem direta ou indiretamente trazer prejuízo para a saúde sem que traga um benefício proporcional; um imperativo de qualidade para medir e recompensar as melhores práticas; e um imperativo económico para reduzir a despesa e aumentar a difusão das inovações custo-efetivas.

Medir valor em saúde

Uma ideia central para a tradução do conceito de valor para a realidade é a medição, enquanto primeira etapa crítica¹³, pois um primeiro passo no sentido de melhorar o desempenho de uma organização é medi-lo⁶¹, ainda que Simões⁸⁰ faça anteceder a medição do claro entendimento dos objetivos da organização. Tem sido, pois, possivelmente a falta de clareza nos objetivos que tem conduzido a abordagens divergentes dentro das organizações¹¹.

Apesar de parecer já incontornável a questão do aumento do valor no setor da saúde, Porter^{10,11} afirma que valor em saúde continua a não ser medido ou compreendido, uma vez que deve ser medido pelos resultados alcançados e não pelo volume de serviços prestados, o que implica uma mudança de foco do volume para o valor, o que constitui, só por si, um desafio importante¹³. A medição e a melhoria dos processos consistem em táticas relevantes, mas não são substitutas da medição de ganhos e de custos¹⁰.

O valor continua a ser medido, pois, por *outputs*, não *inputs*¹¹, pelo que estar-se-á a medir provavelmente as coisas erradas da forma errada, faltando conhecimento necessário para otimizar a utilização, reduzir as demoras desnecessárias e eliminar atividades que não melhoram os resultados⁷⁵. Contudo, a discussão que se centre apenas nos resultados e na qualidade pode conduzir a uma visão estreita sobre os benefícios que o sistema de saúde pode produzir e pode falhar a especificidade

necessária para acrescentar verdadeiro valor¹⁹. Esta transformação suscita uma análise do custo dos cuidados^{4,65}, de base à formação estratégica de preços⁴. O custeio correto permitirá calcular, validar e comparar rapidamente o impacto das melhorias nos processos⁷⁵.

É a medição dos custos totais ao longo do ciclo completo de cuidados prestados ao doente – isto é, o conjunto completo dos recursos usados em processos que se iniciam com o primeiro contacto do doente com a organização e continuam até o processo de cuidar estar completo, fluxo que depende da sua condição médica⁷⁵ –, balanceados com os ganhos em saúde obtidos, que permite uma verdadeira redução estrutural de custos¹¹. O estabelecimento das metas precisará contrapor, por isso, o histórico da organização aos padrões de desempenho reconhecidos ao nível nacional, o que constitui um ponto fundamental na determinação do que se considera como melhores resultados¹⁶.

O que é medido hoje reflete a atual estrutura organizacional, pois os custos têm sido agregados e analisados ao nível da especialidade, departamento ou serviço⁷⁵. Reflete, ainda, as correntes práticas de faturação¹¹ e o reembolso dos prestadores, o que é agravado pelo facto de não haver consenso entre os atores do sistema de saúde sobre o que se entende por custos⁷⁵. Compreendendo mal os seus custos, num exercício insuficiente de microgestão, que pouco contribuirá para a redução global desses custos, os prestadores serão incapazes de os relacionar com tentativas de melhoria e de investir em reduções de custo sistémicas e sustentáveis⁷⁵.

Os sistemas de medição de desempenho deverão também ser considerados, dado que uma fonte significativa da escalada dos custos pode estar relacionada com o sistema através do qual esses custos são medidos⁷⁵. O projeto *Value Driven Outcomes* (VDO), lançado em 2012 pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Utah (UUHSC), teve como objetivo desenvolver um *software framework* para a compreensão e aumento do valor em saúde⁶³.

Contudo, a complexidade da prestação de cuidados de saúde, as suas diferentes capacidades e custos desafiam a medição precisa de custos⁷⁵. Por outro lado, e na perspetiva da cadeia de valor, se a prestação de cuidados envolve várias unidades organizacionais, nenhuma delas refletirá os limites dentro dos quais o valor é realmente criado, dado que o valor deve ser definido em torno do utilizador e não do prestador¹¹. A solução poderá estar numa abordagem de medição centrada, não nos departamentos, serviços ou procedimentos, mas nos doentes e nas suas condições, enquanto unidades fundamentais de análise de medição de custos e resultados⁷⁵. A unidade apropriada

para medir valor deverá, assim, abranger todos os serviços e atividades que, em conjunto, determinam o sucesso na procura de satisfazer um conjunto de necessidades do doente¹⁰.

Medir adequadamente valor implica, por isso, recolher dados em diferentes pontos do sistema^{10,11} e, conseqüentemente, a necessidade de uma mesma terminologia¹³, pois as métricas de *valor* precisam de uma base comum de interpretação e comparação⁷⁴. Trabalhar, pois, sobre indicadores de desempenho aleatórios e muitas vezes não fidedignos pode fornecer uma fotografia grandemente enganadora do valor obtido³. Uma abordagem baseada no valor requer, assim, que se aceitem novos métodos de medição⁹.

Referimos, neste ponto, o caso do Wisconsin, onde existem duas bases de dados públicas. Uma delas é disponibilizada, desde 2003, pela Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality (WCHQ), e inclui dados unicamente respeitantes a resultados clínicos. A segunda é disponibilizada pela Wisconsin Health Information Organization (WHIO) e surgiu em 2009 da necessidade de combinar custos e resultados clínicos. As duas organizações agregam dados públicos e privados, oriundos de seguradoras, consultórios médicos, hospitais de dia, farmácias, laboratórios e hospitais. Os prestadores podem acompanhar ao longo do tempo o seu desempenho, comparando-o com pares, e identificar melhores práticas⁶². Na Califórnia, a Integrated Healthcare Association (IHA) integra também, desde 2011, os custos totais dos cuidados, com ajustamento pelo risco de todas as métricas utilizadas, e permite a comparação nacional e regional dos resultados de cada grupo de profissionais e, dentro destes, ao longo do tempo⁶². Em Portugal, também já é feita a comparação pública do desempenho (*benchmarking*) das unidades hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, por grupos de prestadores, através do *website* da ACSS. Esta comparação tem por base, entre outros, indicadores de acesso, de desempenho assistencial, de produtividade e económico-financeiros.

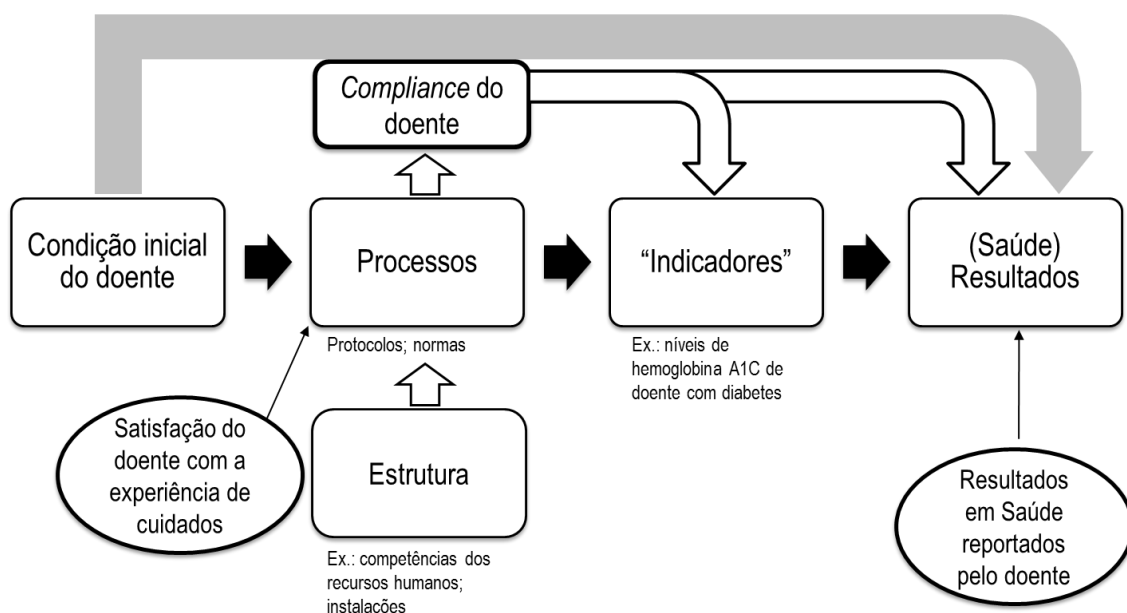
Barros⁵⁷ apresenta a medição do índice *saúde* por dois fatores essenciais e que são o tempo que é dedicado à *produção* de saúde e o *consumo* de cuidados de saúde. Nesta linha, Kaplan e Anderson⁸¹ apresentaram em 2004 uma abordagem inovadora do modelo ABC, revista em 2011 com Porter⁷⁵, um processo de medição de custos de sete passos, designado *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC), para estimar os custos totais do tratamento das suas populações de doentes. O novo método não abandona o conceito ABC, mas antes a sua construção tradicional. É uma abordagem simplificada, que requer que os prestadores estimem apenas duas variáveis ou parâmetros em cada etapa do processo, designadamente, o custo de cada um dos

recursos utilizados no processo e a quantidade de tempo que o doente gasta com cada recurso⁷⁵. O método inclui: (i) a seleção da condição médica e/ou a população de doentes a ser examinada; (ii) a definição da cadeia de valor de prestação de cuidados; (iii) o mapeamento do processo de cada atividade na prestação de cuidados ao doente e a identificação dos recursos envolvidos e consumíveis utilizados por doente em cada processo; (iv) a obtenção de estimativas de tempo por cada etapa do processo; (v) a estimativa do custo da oferta de cada recurso nos cuidados ao doente; (vi) a estimativa da capacidade útil de cada recurso e o cálculo da taxa de custo da capacidade; e (vii) a soma dos custos totais ao longo do ciclo de cuidados de cada doente.

A medição de resultados tem sido também limitada porque o custo de reunir os resultados longitudinais dos doentes é elevado. O que pode dever-se às atuais estruturas organizacionais fragmentadas, problema agravado pela falta de sistemas que facilitem a captura de medidas de resultados e a sua compilação¹¹. Mas se o problema na qualidade não for medido, na prática, não existe³. Uma comissão do Institute of Medicine (IOM) propõe, como soluções, o reporte de erros, o cuidado na formação aos profissionais de saúde sobre o viés cognitivo, a comunicação imediata aos doentes e equipa de profissionais de resultados anormais e o acesso dos doentes aos dados para inclusão de informação relevante em falta³.

A medição de valor proposta por Porter¹¹ encontra-se ilustrada na Figura 1.4, *infra*.

FIGURA 1.4. MEDIÇÃO DE VALOR EM SAÚDE



Fonte: Porter¹¹

Porter acompanha a distinção que Donabedian faz entre estrutura, processos e resultados⁷², mas introduz novas formas de entendimento da estrutura, como unidades organizacionais, equipas multidisciplinares e mecanismos de integração de cuidados¹¹, seguindo a ideia da cadeia de valor.

Pagar valor em saúde

Criar um modelo baseado no valor, considerando a relevância de múltiplas perspetivas, requer o alinhamento de incentivos e a transparência de todos os custos incorridos na produção de cuidados de saúde⁷⁴. Parece, pois, importante a aquisição de uma visão crítica sobre que serviços prestam valor, tanto na perspetiva clínica, como financeira²⁵.

Pagar por valor e não por volume é uma tendência e uma posição quase incontestada em política de saúde³. Mas a transição do volume para valor requer uma mudança fundamental no modelo de pagamento e incentivos⁹, que promova o tipo certo de competição⁸.

A diferença entre as novas estratégias de alinhamento entre os profissionais e a organização em comparação com as tradicionais parece estar também na exigência de lideranças focadas na definição de parâmetros de desempenho, que estejam relacionados com modalidades de pagamento que associem a qualidade, o custo e a eficiência¹⁶. As relações tradicionais entre os prestadores e a organização promoviam o aumento do volume dos cuidados e a utilização da tecnologia mais dispendiosa¹⁶. Há autores⁶⁸ que referem, contudo, uma transição que terá ocorrido do valor para a base do volume, e não o inverso, e que aconteceu quando os atores do sistema de saúde começaram a focar-se cada vez mais nos reembolsos.

De qualquer modo, o volume continua a assumir alguma importância. É disso exemplo a experiência de Dartmouth, Johns Hopkins e a Universidade do Michigan, que declararam uma *garantia de volume* (*volume pledge*), que restringe a intervenção em determinados procedimentos selecionados a cirurgiões e hospitais que cumpram os requisitos de volume⁸². Esta garantia representa uma oportunidade estratégica para aumentar a qualidade dentro das redes hospitalares⁸².

A relação entre a qualidade e o ciclo de receita não é imediatamente visível, mas quando o conceito de qualidade começa a ser desagregado pelas suas diferentes componentes, como ganhos clínicos, segurança do doente, acesso, ou satisfação, as conexões começam a aparecer⁸³.

Deve notar-se que o atual foco no pagamento baseado no valor e nos resultados centrados no doente podia ser encontrado já no quadro concetual de Donabedian, pois já aí se reclamava uma abordagem mais abrangente à medição da qualidade que ia para além da gestão *técnica* da doença. Na verdade, antecipava-se que devia incorporar-se também a avaliação da prevenção, da reabilitação, da coordenação e da continuidade dos cuidados, bem como a relação entre o médico e o doente, a eficiência e os valores sociais⁸⁴.

Existem organizações, como as Accountable Care Organizations (ACO), que estão a definir-se pelo modelo de pagamento, cada vez mais baseado na prestação de contas das organizações sobre os resultados²⁵, tendente a ser global. Na realidade, a responsabilidade financeira ao nível departamental pode constituir um obstáculo à cooperação entre departamentos, quando esta cooperação é necessária ao aumento do valor para os doentes⁴⁷. O objetivo a longo prazo é o de criar um sistema de financiamento *compreensivo* (*comprehensive*), que abranja cuidados ambulatoriais⁸⁵, e programas de incentivos que recompensem a colaboração entre instituições⁸⁶.

É nesta linha de pensamento que Roland e Dudley⁸⁷ propõem o pagamento por doente e Porter¹¹ pagamentos *bundled* que abranjam o ciclo completo de cuidados (ou, no caso da doença crónica, abarcando períodos de um ano ou mais). Responsabilizam-se, desta forma, unidades prestadoras integradas pelos cuidados totais para uma condição médica e suas complicações, em vez de unidades que se concentram em grupos restritos de intervenção¹⁰. Os pagamentos *bundled* foram apresentados como uma nova abordagem que alinha quem presta e quem paga cuidados, condicionando o pagamento à obtenção de ganhos em saúde, assumindo o prestador a responsabilidade financeira por maus resultados, como complicações evitáveis⁸⁸.

Um pagamento *bundled* com base no valor tem quatro componentes essenciais: (i) cobre os cuidados por uma condição médica, não por um procedimento ou episódio de tratamento, (ii) é condicionado a resultados ajustados pelo risco, incluindo resultados que interessem aos doentes^{87,88}, (iii) o pagamento é baseado no custo de cuidados eficientes e efetivos, não com base no histórico, e (iv) são especificados limites de responsabilidade por necessidades de cuidados não relacionados e eventos de força maior⁸⁸. Em Portugal, temos como exemplo desta abordagem o preço por doente tratado, também designado *compreensivo*. Já o pagamento da atividade de internamento de doentes agudos, que se faz, desde 1990, pelo valor do Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH)⁴⁰, apenas em certa medida se assemelha a este tipo de pagamentos, pois são delimitados por um só episódio de internamento, não pela

globalidade da condição, e não acomodam resultados que importam aos doentes. Para além disso, têm início muitas vezes em episódios de urgência.

Existem já diversas abordagens de pagamento com foco no valor, como os designados *value-based purchasing* ou o *quality and cost reporting*⁸⁹. O Programa de Pagamento pelo Desempenho da Califórnia já evoluiu também para uma iniciativa designada Pagamento pelo Desempenho com Base no Valor, que incorpora dados de custo e de qualidade nos planos de incentivos às áreas clínicas para alcançarem o seu objetivo de aumentar o valor criado⁶².

À medida que os modelos de incentivos vão amadurecendo, deve ser dada atenção, porém, à identificação e resposta a quaisquer efeitos adversos indesejados destes programas, em particular, num sistema aberto de pagamento ao ato⁹⁰. O que pode acontecer quando na configuração do esquema de incentivos não é dada suficiente atenção à mitigação daqueles que fomentem comportamentos indesejados⁹¹, aliada à falta de monitorização contínua⁹⁰ e de vigilância de consequências⁸⁷ e a respostas não intencionais⁹².

O sucesso das organizações na melhoria do valor dependerá, pelo menos, em parte, de atribuir aos prestadores incentivos para se coordenarem entre si e estabelecerem ligações efetivas na prestação de cuidados, que melhorem a qualidade dos cuidados, enquanto eliminam serviços desnecessários e redundantes²⁵. Por sua vez, os incentivos deverão estar bem alinhados com a motivação intrínseca dos profissionais para prestarem os melhores cuidados aos seus doentes⁶⁰, pois, uma vez diminuída, pode produzir efeitos indesejados. Parece, por isso, importante envolver ativamente os prestadores no apoio⁹¹ e na configuração^{87,90} customizável⁹¹ dos programas, especialmente, na definição, desenvolvimento e manutenção dos elementos do desempenho a serem medidos⁹⁰.

Doliveau⁹³ destaca ainda como uma barreira à evolução de modelos de partilha de risco o desalinhamento dos incentivos também entre os *stakeholders*, o que nos remete para a questão levantada sobre parcerias baseadas no valor¹⁹. Importará, assim, que os cuidados de elevado valor sejam recompensados de forma consistente entre as diferentes organizações⁹⁴. O alinhamento de incentivos dentro e através das organizações é, por isso, também importante⁶¹.

1.5. Síntese e Aspetos Críticos

Os modelos de alinhamento entre os profissionais e a organização – nos quais se pode incluir a contratualização interna – são discutidos desde os anos 90, admitindo-se a convergência¹⁴ de abordagens baseadas numa integração tanto económica como não económica, que enfatiza a natureza colaborativa entre as partes¹⁶. Contudo, os modelos de alinhamento tornam-se mais difíceis, quando os programas clínicos são transversais às estruturas setorializadas tradicionais, importando, neste caso, uma abordagem de parceria baseada no valor¹⁹. O que nos conduz à ideia da cooperação, sendo conflito e cooperação dois aspetos inseparáveis da atividade social.

Neste âmbito, releva, ainda, a abordagem contingencial, dada a influência também do ambiente na organização, e particularmente porque a contratualização interna está intrinsecamente relacionada com a contratualização externa. Para além disso, os conceitos básicos das organizações são dinâmicos, não estáticos. As organizações têm, pois, características mecanísticas e orgânicas⁵³. Lawrence e Lorsch⁵⁴ identificaram igualmente uma relação entre o grau de adequação da diferenciação e da integração ao ambiente e o desempenho da organização.

O modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹, que servirá de base de análise no nosso estudo, conjuga as variáveis constantes das organizações (trabalho, pessoas, estrutura e estrutura e processos informais) com a estratégia, considerando três *inputs* (ambiente, recursos e história) e três níveis de *outputs* (organizacional, grupal e individual), enquanto condicionantes da *estratégia* a desenvolver. A dinâmica fundamental está na congruência entre todos os elementos da organização²⁹. A mudança pode envolver um ou mais elementos do sistema organizacional, ou pode implicar um realinhamento de todo o sistema²⁹. Existe, assim, uma ideia importante de tensão entre as diferentes componentes, que deverá ser reconhecida, compreendida e atendida numa mudança estratégia de reorientação²⁹, como a que pode implicar uma transição do modelo de volume para o modelo de valor, subjacente à implementação de intervenções baseadas no valor.

Na definição da estratégia de uma organização na sua mudança para o modelo de valor, importa notar, ainda, a relação entre a estratégia emergente – estratégia realizada que não havia sido intencional⁴⁵ – e os comportamentos estratégicos autónomos⁴⁶, que têm origem na primeira. São projetos que, não obstante serem dissonantes da estratégia predominante, resultam da resolução de problemas no terreno. Este tipo de comportamentos estratégicos associa-se à contratualização, na medida em que, na

génese desta, parte-se da iniciativa dos profissionais no terreno e das escolhas que fazem autonomamente, no cumprimento de objetivos globais da organização.

Ainda que se reconheçam as diferenças de perspetiva entre prestadores e gestores¹², é, assim, importante que sejam trabalhadas e atenuadas as divergências existentes²⁸. Importa identificar o objetivo comum a todos e vários autores^{10,12,15,16} afirmam que o elemento unificador é o aumento de valor para os doentes.

Pode definir-se valor em saúde como os ganhos em saúde obtidos por cada dólar gasto, incorporando o conceito de eficiência^{10,11}. Valor em saúde compreende, assim, as dimensões *ganhos em saúde* (numerador da equação *valor*) e *custos* (denominador da equação *valor*)^{2,4,10,11,18,20,27,58–64}, a medir separadamente¹¹. Entendem-se ganhos em saúde como os resultados reais para cada condição médica, sendo multidimensionais e específicos da condição (no caso dos cuidados de saúde primários, de cada população de doentes). São entendidos como o benefício global que resulta para o doente⁶⁶. Os custos referem-se aos custos totais do ciclo completo de cuidados prestados para a condição médica do doente, e não somente aos custos dos serviços compreendidos isoladamente¹⁰, ou aos custos envolvidos numa só intervenção ou episódio de cuidados¹¹. Decorre deste entendimento que esse benefício global está dependente da eficácia de outras intervenções ao longo do ciclo de cuidados, chamada de *cadeia de valor*. Nessa abordagem, a responsabilização pela criação de valor passa a ser partilhada por todos os participantes dessa cadeia¹¹. É, por isso, necessário que cada agente consiga relacionar a sua *equação* com a dos restantes, o que está na base da interdependência, de um diálogo e identificação de oportunidades de colaboração e de parcerias baseadas no valor¹⁹. O foco precisa de estar na compreensão do processo de cuidar em si⁷².

Uma melhoria dos resultados poderá alavancar a redução de custos, uma vez que se considera que os ganhos e os custos não são independentes¹¹. A qualidade poderá constituir-se, deste modo como um elemento estratégico e não como uma despesa². A abordagem e metodologias para criar valor são similares, pelo que o que for desenvolvido numa parte da equação influencia inevitavelmente a outra. A distinção entre o que é sensível ao numerador ou ao denominador na equação *valor* é, por isso, artificial². Por essa razão, na ótica do valor, é impossível reduzir substancialmente os custos, sem redesenhar os processos de cuidar⁴. A otimização de processos está relacionada com a noção de desperdício, que pode assumir as formas de ineficiência processual, sobreutilização e desperdício *mau* ou prevenível².

Medir valor é, por isso, essencial para compreender o desempenho de qualquer organização e conduzi-la à melhoria contínua¹¹. Valor em saúde não parece ser, ainda, porém, medido ou compreendido, dado que a medição deve ser feita pelos resultados alcançados e não pelo volume de serviços prestados^{10,11}, o que implica o desafio importante¹³ da mudança de foco do volume para o valor. A base de medição do valor permanece nos *outputs*, não *inputs*¹¹, pelo que medem-se possivelmente as coisas erradas da forma errada⁷⁵. Não obstante, uma discussão unicamente focada na qualidade oferecerá uma visão estreita sobre os benefícios que o sistema de saúde pode produzir, podendo falhar a especificidade necessária à criação de verdadeiro valor¹⁹. Esta transformação requer, por isso, a análise do custo dos cuidados^{4,65}. Um custeio preciso permitirá o cálculo, a validação e a comparação célere do impacto das melhorias nos processos⁷⁵.

Mas a redução estrutural de custos só será permitida pela medição dos custos totais ao longo do ciclo completo de cuidados, balanceados com os ganhos em saúde alcançados¹¹. O que é medido hoje reflete a atual estrutura organizacional, pois os custos são habitualmente agregados e analisados pela especialidade, departamento ou serviço⁷⁵. Se os prestadores não compreenderem devidamente os seus custos, serão incapazes de observar a associação com tentativas de melhoria e de investir numa redução sistémica e sustentável⁷⁵. O valor parece definir-se melhor em torno do utilizador e não do prestador¹¹, ou dos departamentos, serviços ou procedimentos⁷⁵. Uma abordagem baseada no valor requer, assim, que se aceitem novos métodos de medição⁹, a recolha de dados em diferentes pontos do sistema^{10,11} e a necessidade de uma mesma terminologia¹³, para uma base comum de interpretação e comparação das métricas de *valor*⁷⁴.

Pagar por valor e não por volume parece ser uma tendência e uma posição quase incontestada³, mas a transição solicita uma mudança importante no modelo de pagamento e incentivos⁹, de molde a promover o tipo certo de competição⁸. E ainda que o volume continue a assumir alguma importância⁸². É nesta linha de raciocínio que tem vindo a ser proposto o pagamento pelo doente⁸⁷ ou pagamentos conjuntos¹¹, que recompensam o valor dos cuidados, não o volume dos procedimentos que neles são aplicados⁹⁵. Deste modo, são responsabilizadas as unidades prestadoras integradas, por oposição às unidades que têm uma intervenção circunscrita¹⁰. Nesta linha, em Portugal, existe o preço por doente tratado.

Não obstante, deve saber identificar-se e responder a efeitos adversos indesejados dos novos programas de pagamento pelo valor, em particular, num sistema aberto de pagamento ao ato⁹⁰. As organizações precisarão, ainda, de assegurar que os

prestadores recebem incentivos à coordenação e ao estabelecimento de ligações eficazes na prestação de cuidados, que melhorem a qualidade e eliminem, em simultâneo, serviços desnecessários e redundantes²⁵. O que precisará de estar alinhado com a motivação intrínseca dos profissionais⁶⁰. Outra barreira à evolução de modelos de partilha de risco poderá ser ainda o desalinhamento dos incentivos entre os *stakeholders*⁹³, pelo que é importante o alinhamento de incentivos dentro e através das organizações⁶¹.

Em resumo, os aspetos críticos a considerar no tema da estratégia, dinâmica organizacional e valor são os seguintes:

1. No alinhamento entre os profissionais e as organizações:
 - existência de variáveis económicas e não económicas;
 - dificuldades relacionadas com a transversalidade do processo de cuidar;
 - cooperação e conflito como elementos inseparáveis nas organizações;
 - a contratualização é um construto de alinhamento;
2. No ambiente e na congruência nas organizações:
 - os conceitos básicos das organizações são dinâmicos, não estáticos;
 - abordagem contingencial, que parta do diagnóstico situacional;
 - a importância da congruência entre os subsistemas da organização e o ambiente;
 - a ideia de tensão dentro das organizações;
3. Na estratégia e nos comportamentos estratégicos autónomos:
 - os comportamentos estratégicos autónomos têm origem na estratégia emergente;
 - associação à contratualização, na vertente da autonomia dos profissionais;
4. Na proposta do modelo de valor:
 - 4.1. Definir valor:
 - alinha e converge perspetivas entre prestadores e gestores;
 - ganhos em saúde obtidos por cada dólar gasto;
 - ganhos são o benefício global para o doente;
 - custos referem-se ao ciclo completo de cuidados;
 - 4.2. Cadeia de valor:
 - compreender o processo de cuidar;
 - o benefício global depende de todas as intervenções;
 - novas parcerias baseadas no valor, para a compatibilização das diferentes equações;
 - responsabilização partilhada pela criação de valor;

4.3. Aumentar valor:

- ganhos e custos não são independentes: influência recíproca;
- a qualidade enquanto elemento estratégico;
- relevância do redesenho dos processos de cuidar: otimização e remoção de desperdício;

4.4. Medir valor:

- base da redução estrutural de custos;
- pelos resultados, não pelo volume;
- em torno do utilizador e não do prestador ou do serviço;
- medição separada de ganhos e custos;
- medição errada reflete estruturas organizacionais em silos;
- necessidade de terminologia comum das métricas de valor;

4.5. Pagar valor:

- promoção do tipo certo de competição;
- acompanhar efeitos indesejados do pagamento pelo valor;
- incentivos à coordenação dos prestadores;
- alinhamento de incentivos dentro e através das organizações.

Capítulo 2. A Transição para o Modelo de Valor

Um número crescente de organizações de prestação de cuidados de saúde apresenta agora o aumento do valor para os doentes como objetivo fundamental e estão a recorrer a este conceito para moldar as suas estratégias¹³. Na transição para abordagens baseadas no valor, parece necessário começar a atentar, então, no planeamento estratégico, nas atividades operacionais e nas projeções financeiras através da lente do valor⁹. Na perspetiva da congruência da organização, pode ser, para isso, necessária uma reorientação estratégica, tal como notada por Nadler e Tushman²⁹, isto é, uma alteração profunda em todos ou em muitos dos elementos que compõem a organização.

Neste contexto, Campbell salienta a importância de se estar consciente de que a mudança será tanto situacional, como psicológica, pois a mudança organizacional impactará nos indivíduos envolvidos. Ignorar estes aspetos comprometerá, por isso, a implementação efetiva da mudança⁹⁶. Nesta medida, ainda que apresentemos neste capítulo questões respeitantes, especificamente, a aspetos estratégicos da transição de um modelo de volume para um modelo de valor, no âmbito da implementação de intervenções baseadas no valor, importará, na gestão dessa mudança, considerar aspetos já amplamente estudados no que concerne à temática da mudança e que aqui não caberiam, considerando os objetivos específicos deste trabalho.

2.1. O Doente no Centro do Valor

Os profissionais declaram-se *cansados* do foco nos custos e no orçamento equilibrado que tem sido a tendência da gestão nas últimas décadas e apreciam o conceito valor em saúde pelo facto de estar associado a valor para o doente⁴⁷. O enfoque no valor para o doente, enfatizado pela gestão do hospital, contribuiu também no caso do já referido VBHC para o entusiasmo dos profissionais pelo conceito e pelo seu forte envolvimento no trabalho de implementação⁴⁷. Ter estes aspetos em consideração poderá aumentar, por isso, a satisfação dos profissionais e a diminuição das pressões de ordem financeira que sobre eles impendem⁸.

O valor para o doente parece ser, assim, uma força motriz, ainda que os aspetos financeiros sejam também de grande importância nas abordagens baseadas no valor⁴⁷.

Para que se caminhe no sentido de um sistema de saúde baseado no valor, é necessário também envolver os doentes no processo de decisão sobre os cuidados que lhes são prestados²⁶, sendo que a transformação implica uma maior comunicação com os doentes e seus familiares⁴.

Os profissionais que participaram na intervenção VBHC encontraram-se frequentemente perante a necessidade de modificar a sua perspetiva sobre o que constituía valor para os doentes⁴⁷. Identificaram-se, aliás, dois elementos distintos durante a implementação do programa, designadamente, a voz do profissional e a voz do doente. A compreensão dos profissionais, com base na sua profissão, sobre o que constitui valor para o doente prevaleceu maioritariamente, especialmente no momento de decidir os indicadores. Contudo, ao longo do tempo, e muito devido ao facto do VBHC incluir o pedido explícito aos doentes sobre o que consideravam valor, os profissionais perceberam que nem sempre sabem o que cada doente considera importante⁴⁷. Esta ideia está também refletida no pensamento de Porter¹⁰.

Um exemplo de organização hospitalar em torno do doente são as já referidas *Integrated Practice Units*, centradas em *patient pathways* e focadas em ganhos de saúde e na redução do desperdício⁹⁷, apontadas igualmente por Porter e Lee como uma estratégia relevante na transformação da prestação de cuidados de saúde centrados na maximização do valor para o doente⁹⁸. Procura-se, deste modo, ultrapassar silos e promover a multidisciplinaridade de equipas orientadas para o doente⁹⁷. Contudo, pouca literatura existe ainda sobre estas unidades de prática integrada, ainda que se conheçam várias experiências⁹⁷, incluindo em Portugal, como o caso da já referida Clínica da Pele do Instituto Português de Oncologia - Porto, recentemente publicado por Redondo e coautores⁷¹.

Outro exemplo de abordagens centradas no doente é a experiência do *National Booked Admissions Program* do National Health Service (NHS), oferecendo ao doente a oportunidade de agendar a sua cirurgia numa data que lhe seja conveniente, ao invés de o colocar numa lista de espera⁹⁹. O estudo de Ham e colaboradores revelou, porém, que o sucesso da iniciativa teve desafios ao nível da sua sustentabilidade ao longo do tempo, concluindo os autores que a mudança organizacional e cultural é inseparável, questão tratada seguidamente.

Neste contexto, importará que sucintamente nos refiramos ao tema da inovação e mudança organizacional que seja centrada no doente* e que tenha como objetivo melhorar a qualidade e reduzir custos, tratada, entre outros autores, por Hernandez e colaboradores¹⁰⁰. Estes autores referem a relevância da interação dinâmica que existe, nesse contexto, entre liderança, fortes propulsores de mudança, missão e cultura organizacional, estratégia organizacional, capacidade organizacional e retorno contínuo

* O lato tema da inovação e mudança organizacional centrada no doente não é aprofundado neste trabalho, por nos remeter para uma outra e abrangente temática e, bem assim, um outro estudo.

sobre o início e sobre a adoção da inovação centrada no doente. Estes determinantes da mudança organizacional centrada no doente constam igualmente de diversa bibliografia que se refere mais especificamente ao tema do valor em saúde, tratado no presente trabalho, pelo que para ela nos remetemos nas secções seguintes.

2.2. Estrutura e Cultura Organizacional

Apesar de hospitais e profissionais começarem a implementar iniciativas com vista a alcançar o novo objetivo *valor*, poucos parecem ter uma infraestrutura bem desenvolvida para suportar esse trabalho⁵⁹. Na transição para uma abordagem baseada no valor, as organizações deverão, por isso, começar por avaliar o seu estado atual, como infraestruturas operacionais ou a adequação das ferramentas que têm à disposição⁵⁶.

Por outro lado, a transição para cuidados baseados no valor requer uma mudança cultural, como remover os silos entre as linhas de serviços tradicionais, ou forjar parcerias cooperativas com outras instituições⁹. Sem o desenvolvimento de uma cultura que o permita, as organizações deparar-se-ão com dificuldades na transformação do seu modelo de cuidados¹. Será necessário, neste novo contexto, o desenvolvimento de técnicas de partilha de informação, ferramentas que poderão ser importantes enquanto manifestações de uma cultura organizacional tendente ao valor^{17,65}.

Esta é uma área identificada como essencial na mudança para o modelo de valor, designadamente, a criação de um contexto para o sucesso quando são introduzidos novos processos¹⁰¹. As barreiras podem, nesta perspetiva, ser ultrapassadas por uma cultura organizacional forte que valorize a melhoria contínua focada nos objetivos centrados no doente⁶¹.

No âmbito do já mencionado programa HVC, nos EUA, foi criado o *Framework for Identifying Target Projects*⁵⁹, para ajudar a obter o envolvimento dos médicos que resistiam à continuidade de programas focados na contenção de custos. O novo programa procurava de modo explícito o contributo, perspetiva e *buy-in* dos agentes antes da sua implementação, até porque a redução de custos (ainda que aliada à qualidade) poderia conduzir a reduções de investimento. Percebeu-se, então, que melhorar a qualidade contendo a sobreutilização era uma ideia nova para muitos prestadores. Mas, ao enquadrar estes projetos, atendendo tanto ao numerador como ao denominador da equação *valor*, foram alinhados os esforços de redução de custos com as noções tradicionais dos prestadores de melhoria da qualidade. Em resultado, por via da implementação do programa HVC, observou-se uma mudança cultural, passando a

ser frequente assistir a conversas entre prestadores sobre os custos de determinadas ações⁵⁹.

Também o programa VBHC, já referido, foi estando cada vez mais incorporado na rotina de trabalho dos participantes e, ainda que nem todos tenham tido a mesma experiência, todos consideraram a abordagem de valor como importante e relevante, dado poderem, através dela, avaliar os seus processos⁴⁷. Para além disso, o entendimento de que se tratava fundamentalmente de uma mudança cultural contribuiu para não esperarem resultados rápidos⁴⁷.

Neste sentido, a cultura da organização representa o *andaime* social que fortalece a transformação do sistema, podendo promover uma forte comunicação e coordenação entre os prestadores, fornecer o tipo de segurança psicológica que encoraja a comunicação de erros e apoiar a inovação e a criatividade⁶¹.

2.3. Tecnologias que Suportem Informação Acionável

Importa que o processo de gestão da mudança para a abordagem de valor possa ser continuamente medido, permitindo a introdução oportuna de ações corretivas⁵⁶, a aprendizagem¹⁰¹ e a identificação rápida, correta e completa de novos focos de atuação, bem como a monitorização do progresso e da sustentabilidade dos projetos de melhoria⁵⁹.

Para além disso, os profissionais precisam de dispor de toda a informação de que necessitem⁶¹, dado que a transição para o valor está dependente de dados fiáveis de elevada qualidade que permitam a tomada informada de decisão¹⁰². Disponibilizar dados sobre os cuidados prestados ao doente é talvez o que mais contribui para que os profissionais alterem os seus comportamentos¹⁰¹.

Também as experiências de Wisconsin e Califórnia sugerem que o custo e a qualidade podem melhorar significativamente, ou de modo incremental mas constante, se for disponibilizada aos profissionais de saúde informação precisa e *acionável*⁶². O programa *Getting to Green*, no Canadá, demonstrou igualmente que, para além de metas bem definidas, a apresentação de consequências financeiras da qualidade dos cuidados prestados e a transparência dos dados de desempenho podem fomentar nos profissionais a vontade de usar ferramentas para melhorar esse desempenho¹⁰³.

Outra das pedras angulares de cuidados de saúde baseados no valor (*value-driven health care*) parecem ser os padrões das tecnologias de informação em saúde¹⁰⁴. Também assim Smith e colaboradores⁶¹, que afirmam que a adoção de tecnologia é uma estratégia chave para a criação de um sistema de saúde em contínua

aprendizagem. Para sustentar projetos a longo prazo, serão, por isso, necessárias mudanças ao nível dos sistemas de informação⁵⁹, o que pode envolver o abandono de processos e modelos antigos e a transformação de infraestruturas²⁵.

A mudança para um sistema de saúde baseado no valor enfrenta, por isso, a necessidade de melhoria dos sistemas operacionais²⁴. São, pois, necessárias novas abordagens na análise, tanto de custos como de resultados, o que exigirá muito mais do que os dados históricos hospitalares com base nos quais têm sido feitas as análises tradicionais²⁵. Serão precisos sistemas clínicos e financeiros que melhorem o *business intelligence*⁶⁴. Os participantes do VBHC referiram a exaustão que sentiram pela falta de sistemas de informação a apoiar a intervenção, tanto em relação à medição de custos, como à medição de ganhos em saúde. Reportaram, ainda, dificuldades em aceder facilmente a informação nos diferentes sistemas existentes no hospital e a impossibilidade frustrante de influenciar esses sistemas⁴⁷.

Uma abordagem de valor será sustentada, ainda, em tecnologias de informação em saúde que sejam interoperáveis, bem como na construção de sistemas capazes de coordenar cuidados ao longo do *continuum* de cuidados⁶⁴, numa lógica de cadeia de valor. Esses sistemas sustentarão a utilização de registos clínicos eletrónicos standardizados, transmissíveis entre as diferentes unidades de saúde¹⁰⁴. Ainda que não suficientes por si só, registos obrigatórios e abrangentes são, por isso, a *espinha dorsal* da abordagem baseada no valor¹⁷, pois contribuirão para a redução do erro, da duplicação de serviços e dos custos¹⁰⁴. Nesta perspetiva de comunicação ao longo da cadeia de valor, é recomendado, porém, o desenvolvimento de um quadro geral para a definição e avaliação de valor⁷.

Também a codificação correta depende da qualidade dos registos clínicos, do que beneficiará a sustentabilidade financeira da organização¹⁰⁵ e, bem assim, a melhoria do valor ao nível do sistema. Neste aspeto, as lideranças financeiras dos hospitais parecem ser muito importantes no envolvimento dos profissionais na criação de dados precisos¹⁰⁵.

Os registos desempenham também um papel importante na identificação de variações na prática habitual que podem adicionar custos, sem que aumentem a qualidade, isto é, não adicionando valor¹⁰⁵.

Será, ainda, necessária informação sobre como gerir as transições⁵⁸. Alterar o ritmo a que as novas ideias se disseminam pelo sistema de prestação de cuidados de saúde talvez devesse constituir-se, por isso, como uma prioridade num modelo baseado no valor²⁴.

2.4. Indicadores e Incentivos à Melhoria do Valor

Mesmo uma transição gradual para a abordagem de valor proporcionará um foco nos resultados em vez dos processos¹⁷, dependendo das métricas usadas. Indicadores que conduzem à melhoria dos cuidados prestados são definidos por quatro características¹⁰⁶. Em primeiro lugar, a evidência robusta de que o processo medido conduz a melhores ganhos em saúde, quando executado corretamente. Em segundo lugar, a estratégia de medição captura com exatidão se os cuidados devidos foram prestados. Em terceiro lugar, o indicador definido respeita a um processo próximo dos resultados desejados. Finalmente, tem poucas ou nenhuma consequência adversas indesejadas. Os indicadores também terão de ser atualizados frequentemente de forma a serem concordantes com as mudanças no conhecimento ao longo do tempo, proporcionando a compensação dos prestadores pela prática clínica alinhada com o estado da arte⁶¹ e, bem assim, com o valor criado.

A seleção dos indicadores é, por isso, uma etapa relevante na mudança para abordagens de valor. Os profissionais que participaram no mencionado VBHC declararam ter melhorado a sua capacidade de seguir os ganhos em saúde obtidos pelos doentes, assim como as rotinas e os processos que os melhoram, a partir do momento em que passaram a acompanhar os indicadores certos⁴⁷.

Para que se caminhe no sentido de um sistema de saúde baseado no valor, importa também o desenvolvimento de incentivos aos prestadores para que estabeleçam processos decisórios partilhados²⁶.

Parece também necessário o surgimento de um conjunto renovado de incentivos financeiros assentes na demonstração de valor, dado que deverão ser esses incentivos capazes de conduzir os profissionais a intervir, criando valor⁴. Também assim Larsson e colegas¹⁷, ao referirem que um elemento crítico na reordenação das prioridades dos financiadores e dos prestadores, numa abordagem de valor, é a compensação.

Espera-se que a atribuição de incentivos à produção de melhores cuidados aos doentes tenha, ainda, um efeito indireto nos fornecedores, cuja sustentabilidade passaria a estar também no desenvolvimento de produtos e serviços que façam verdadeira diferença na melhoria do valor¹⁷.

Outra área chave na transição para o modelo de valor inclui incentivos financeiros adequados que se distanciem do pagamento ao ato⁵⁶. Os prestadores e os fornecedores precisam de competir com base no valor que adicionam e não no preço por procedimento¹⁷. Benzel⁶⁸ alerta, porém, para a importância de implementar uma transição gradual do sistema baseado no volume para o de valor, com diversificação de

modalidades de pagamento durante a transição, para que não fique comprometida a efetividade de um ou do outro.

2.5. Aprendizagem Organizacional e Colaboração

O programa *Roundtable on Value & Science-Driven Health Care*, organizado pelo IOM, e atualmente no âmbito da National Academy of Medicine, define um *Sistema de Saúde que Aprende* como aquele em que a ciência, a cultura, os sistemas de informação e os incentivos estão alinhados pela melhoria e inovação contínuas. Para além disso, é aquele em que as melhores práticas estão integradas no processo de cuidados, os doentes e as suas famílias são participantes ativos em todas as dimensões e os novos conhecimentos são retidos como um subproduto integrado na experiência de cuidar⁶¹.

Melhorias significativas só parecem ocorrer se o contexto e os sistemas onde atuam os profissionais forem reconfigurados⁶¹. Antes, por exemplo, da intervenção VBHC, os profissionais já trabalhavam em iniciativas de melhoria, mas a experiência implicou trabalharem de modo sistemático, sendo que as melhorias passaram a ser mutuamente reforçadas⁴⁷.

Sistemas que continuamente aprendem e melhoram precisam de *aprender e ensinar valor*, isto é, de ser adeptos da transferência de conhecimento ganho para a organização e da aprendizagem dos outros⁶¹, incluindo entre gerações médicas⁶⁰.

Uma cultura de equipa parece ser, assim, outra área chave na transição para o modelo de valor¹⁰¹, fundamental à construção de uma organização que *aprende*⁶¹. Aliás, as boas lideranças clínicas reconhecem o valor que os outros profissionais trazem à equipa de cuidados¹⁰¹. Neste novo contexto, os agentes do sistema são levados a integrar projetos colaborativos de interesse mútuo¹⁷. As redes de pares são também importantes na redução do risco de desmotivação na implementação de sistemas de gestão que avaliem e promovam o valor, também porque o início pode ser mais difícil sem esse apoio⁹⁴.

Karash⁴ relata as experiências de várias organizações que têm procurado a transformação das suas organizações para o modelo de valor nos Estados do Michigan, Colorado, Califórnia, Texas, ou Seattle, referindo que a transformação de uma prestação baseada no volume para uma prestação baseada no valor exigirá uma coordenação próxima também entre prestadores e pagadores. Esta transformação implica a partilha de informação entre os agentes dos sistemas de saúde e requer novas formas de trabalhar com os profissionais⁴.

Na ótica da partilha da aprendizagem alcançada, nem sempre são, contudo, demonstráveis as características que dão vantagem a um determinado modelo de prestação bem-sucedido na melhoria do valor. São, até, surpreendentemente difíceis de transferir para outras organizações²⁷. Contudo, apesar das variações na estrutura, recursos e cultura, Bohmer²⁷ defende que existem abordagens similares à gestão e essas, sim, são transferíveis. É que se as táticas particulares variam, os hábitos são partilháveis, isto é, os comportamentos e atividades repetitivas e o modo de pensar que eles refletem. Os quatro hábitos transferíveis e comuns a organizações bem-sucedidas na melhoria do valor, independentemente das variações estruturais, culturais e pessoais, são, segundo Bohmer: especificação e planeamento; desenho de infraestruturas; medição e acompanhamento; e autoaprendizagem²⁷.

Neste âmbito, entende-se especificação e planeamento como decisão baseada em critérios. O desenho de infraestruturas inclui simplificação de fluxos de trabalho, mudança na configuração dos serviços gerais da organização, desenho cuidado da cadeia de informação e das práticas e rotinas ao nível dos serviços. É o exemplo das visitas conjuntas, reuniões de equipa e *walkarounds*, com atenção à integração de microsistemas e foco na maximização dos recursos. Sobre a medição, importa não a que é imposta pelos financiadores, reguladores ou avaliadores, mas a que é empreendida pela própria organização, pois as organizações bem-sucedidas na melhoria do valor usam primeiramente a medição para controlo dos processos internos e gestão do desempenho. Na verdade, recolhem mais e mais detalhada informação do que aquela que é exigida para reporte externo, sendo que a maioria dos indicadores é desenvolvida e refinada internamente e não importada diretamente das entidades externas sem modificações. No que respeita ao hábito de acompanhamento e de autoaprendizagem, para o qual contribui o terceiro hábito, estas organizações consideram o conhecimento clínico não somente um atributo do profissional, do âmbito da contratação, mas também um atributo organizacional. Existe, ainda, uma cultura de apoio à aprendizagem, que incentiva perspetivas divergentes e que está relacionada com o primeiro hábito²⁷.

Por outro lado, e ainda neste aspeto, as organizações que criam elevado valor distinguem-se por duas vias²⁷. Em primeiro lugar, aplicam os quatro hábitos como um todo, como um sistema, e não apenas alguns deles, ou como projetos a curto prazo. Tornam-se atividades e hábitos instalados nas suas estruturas, cultura e rotinas. Em segundo lugar, estes hábitos estão integrados num sistema abrangente para a gestão clínica, que está mais focado em resultados e processos clínicos do que em recursos.

A forma como se concretizam estes hábitos pode variar, mas os hábitos serão os mesmos.

Esta ideia, considerando a não replicação rígida de estratégias bem-sucedidas noutras organizações, está, de algum modo, relacionada com a necessidade de congruência entre os diversos elementos de cada organização, descrita por Nadler e Tushman²⁹. Quanto a esta matéria, Hansen e Birkinshaw⁶⁹ notam que, na senda da inovação, as organizações devem considerar os seus próprios processos, apontar os seus desafios únicos e desenvolver formas de lhes dar resposta. Para isso, os autores apresentam um modelo designado *cadeia de valor da inovação*, que entende a inovação como um processo sequencial, de três etapas, que envolve geração de ideias, desenvolvimento de ideias e difusão de conceitos desenvolvidos. Em todas as etapas, os gestores devem desempenhar seis tarefas críticas: busca interna (*internal sourcing*); busca cruzada entre unidades (*cross-unit sourcing*); busca externa (*external sourcing*); seleção; desenvolvimento; e difusão da ideia pela organização. Cada uma é um elo na cadeia. Ao longo da cadeia, a organização pode destacar-se numa ou mais atividades, consistindo estas os seus elos mais fortes. De modo inverso, pode debater-se com outras, que se constituem como os elos mais fracos da organização. O modelo da *cadeia de valor da inovação* desencoraja, do mesmo modo, os gestores a importarem práticas de inovação que podem responder apenas a uma parte da cadeia, mas não necessariamente àquela em que a organização precisa mais de melhorar.

Este tema conduz-nos, como referido, à ideia do ajustamento²³ e da congruência^{29,42} entre os diferentes subsistemas da organização, tratada inicialmente. O primeiro hábito referido por Bohmer²⁷ tem correspondência na *estratégia*, o segundo no *trabalho e estrutura formal*, o terceiro nos *recursos* e o quarto nas *pessoas* e na *estrutura e processos informais*.

2.6. Liderar a Transição

As abordagens orientadas para o valor não poderão ser impostas¹⁷. Será necessário que todos os agentes, na ótica da cadeia de valor, sejam participantes ativos e intrinsecamente motivados, num processo que envolverá negociação, persuasão e demonstração das vantagens da abordagem baseada no valor¹⁷. Nesta perspetiva, no tema da transição do modelo de volume para o modelo de valor, tem sido atribuído um papel central à liderança, que se inclui no elemento *pessoas* num modelo congruente^{29,42}. A questão de criar valor em saúde não estaria, assim, tanto nos custos, mas na melhoria dos comportamentos das equipas e das suas funções⁷³. Assim como

em tornar sustentável o envolvimento e entusiasmo dos prestadores perante novos sistemas, bem como em ultrapassar a resistência à mudança⁷³.

As lideranças de topo parecem ter grande importância no apoio a abordagens de valor, designadamente, no envolvimento dos profissionais da linha da frente, acolhendo e fomentando abordagens *bottom-up* para que estas realmente funcionem¹⁰⁷. As alterações culturais determinantes de modelos de alinhamento bem-sucedidos dizem também respeito às lideranças intermédias^{19,21,22}, críticas para o sucesso dos sistemas de saúde, pois conciliam duas perspetivas importantes, a do doente e a da organização¹². Para além disso, importa uma forte liderança dos prestadores, que esteja focada na transição do volume para o valor⁹.

Por esse motivo, é importante que médicos que assumam funções de liderança tenham formação adicional em gestão¹⁰⁸. Estes profissionais compreenderão, desse modo, a visão sistémica da organização, ultrapassando a perspetiva parcelar do serviço. Será preciso, pois, transmitir-lhes os conceitos e as ferramentas do modelo de gestão baseado no valor, ajudando-os a encorajar nos pares um comportamento que fique com ele alinhado⁹. Quando apropriado, deve permitir-se que sejam, inclusivamente, os médicos a introduzir a nova abordagem aos seus colegas²⁰, no sentido de uma apropriação por estes de uma nova forma de agir. O envolvimento das lideranças clínicas é, por este motivo, uma área importante na transição para o modelo de valor^{8,56}. Também assim Butcher¹⁰⁹, que refere que o aumento do valor dos cuidados prestados não acontece sem o envolvimento ativo das lideranças clínicas e sem que estas estejam alinhadas com a organização. O apoio e a liderança clínica parecem ser também críticos para uma bem-sucedida transição para pagamentos baseados no valor, de modo a assegurar que os prestadores estão preparados convenientemente para este novo contexto¹⁰¹. Neste âmbito, será necessário que as lideranças clínicas sejam, ainda, capazes de assegurar a identificação, o acompanhamento e a divulgação pela sua organização dos indicadores certos⁹.

A liderança de uma organização define o tom para todo o sistema, tem a capacidade de alinhar atividades e, se existir em todos os níveis da organização, pode levar os seus elementos isolados a trabalharem conjuntamente em direção a um fim comum⁶¹. A liderança de topo é responsável por definir e promover o cumprimento dos objetivos de uma organização que *continuamente aprende*, cuja tradução na prática também requer liderança operacional. E também os gestores do nível intermédio devem ser capazes de estabelecer prioridades operacionais para os esforços de melhoria, estabelecer e implementar ciclos de aprendizagem contínua, gerando por ela entusiasmo e

fomentando uma cultura de respeito que capacite os profissionais a implementar melhorias⁶¹.

A escala da mudança transformacional de um sistema que verdadeiramente aprende dependerá, ainda, da liderança de todos os setores trabalhando em conjunto⁶¹. A configuração de um modelo integrado para a melhoria do valor em múltiplas perspectivas é, contudo, desafiador, pois precisará do alinhamento de múltiplos agentes⁷⁴, ao longo de todo um ciclo, que ultrapassa as fronteiras tradicionais dentro e para além das organizações.

As direções departamentais foram, aliás, figuras centrais nas iniciativas que incluíam a cooperação entre departamentos na intervenção VBHC, pois o estudo relata que ultrapassar os sistemas organizativos e administrativos foi difícil⁴⁷. É necessário, pois, compreender a complexidade do processo de implementação⁴⁷. Serão, possivelmente, necessários esforços adicionais para cultivar a liderança, a melhoria de processos e a capacidade de resolução de problemas, esta última essencial na mudança para um sistema de saúde que continuamente aprende⁶¹ e que, nesse contexto, procure a transição para o modelo de valor.

A alavancagem dos apelidados *program champions* é uma área chave apontada por Lustig¹⁰¹, dado que a organização disso beneficia em cada serviço, especialmente para assegurar que o *buy-in* foi alcançado em todos eles. No já referido programa HVC, para conduzir a organização a uma mudança cultural, os *stakeholders* chave e os líderes de projeto foram também identificados precocemente⁵⁹. Mas, e não obstante, entende-se que a melhoria do valor para os doentes depende do esforço colaborativo de todos os profissionais, ou seja, da área gestionária, financeira e prestadora²⁰. E uma abordagem sistémica necessita também ela de liderança¹¹⁰. Esta colaboração dependerá em parte da definição de objetivos e expectativas comuns, assim como da utilização de uma linguagem que seja sensível a todas as preocupações envolvidas. Nenhuma das visões – a do sistema e a dos prestadores – está completa. Tal como uma visão focada unicamente nos processos pode minimizar os aspetos individuais do processo de cuidar, também a visão tradicional, centrada na experiência única e individual do doente, pode não perceber as ineficiências e os custos desnecessários no sistema como um todo²⁰.

Neste sentido, as lideranças da área financeira têm compreendido que a mensagem de redução de custos deve *sentar-se no banco de trás* e ceder, num primeiro instante, o lugar a um discurso focado na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente. A liderança baseada na qualidade parece ser muito mais eficaz no envolvimento dos prestadores em modelos baseados no valor²⁰. No passado, o objetivo era reduzir e evitar

custos e o foco estava unicamente aí, na negociação do poder e na distribuição de recursos escassos, enquanto, no momento presente, o objetivo é aumentar o valor e o foco está no prestador e nas práticas das organizações (no futuro, o foco será a natureza da competição)¹⁵, no sentido da centralidade do doente¹¹. Para isso, parece importar a criação de uma linguagem comum, a que os profissionais não ofereçam resistência, e que tem vindo a propor-se que seja a procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente; a redução de custos seguiu-la-á²⁰.

As lideranças financeiras conseguirão assegurar-se de que estão a usar uma linguagem comum se investirem na colaboração, trabalhando com um pequeno grupo de líderes e *champions* para a identificação da linguagem a usar para descrever a abordagem baseada no valor e depois envolver uma audiência maior²⁰, ainda que Satiani e Vaccaro²⁸ refiram a importância de envolver todos os profissionais desde o início.

2.7. Síntese e Aspetos Críticos

A transição do modelo de volume para o modelo de valor requer uma transformação essencial no pensamento e na abordagem⁹, sendo que, na perspetiva da congruência da organização, pode ser, para isso, necessária uma reorientação estratégica, isto é, uma alteração profunda em todos ou em muitos dos elementos que compõem a organização²⁹.

Várias questões devem ser atendidas nesta transição, como o foco no doente⁸. A tendência para a atenção centrada no controlo financeiro, ainda que também importante, tem desgastado os profissionais, que parecem apreciar o conceito valor em saúde, pois o associam a valor para o doente⁴⁷. A transformação implica também uma melhor comunicação com os doentes e seus familiares⁴ e o seu envolvimento no processo de decisão sobre os cuidados que lhes são prestados²⁶, pois os profissionais nem sempre reconhecem o que é importante para o doente⁴⁷.

Na transição, parece relevar também a estrutura e cultura organizacional, que se consubstancia como o *andaime* social que torna robusta a transformação do sistema, promovendo a coordenação e segurança psicológica que encoraja a comunicação de erros e apoia a inovação e a criatividade⁶¹. Sugere-se que as organizações comecem por avaliar o estado corrente das suas infraestruturas operacionais e ferramentas⁵⁶ e que o planeamento seja feito numa direção flexível, pois a mudança não será imediata⁵⁶. Importará, também a remoção dos silos entre os serviços⁹, envolver todos⁵⁶ e forjar parcerias cooperativas com outras instituições⁹. Mesmo que a implementação das

abordagens de valor não decorra sem problemas, os participantes tendem a considerá-las importantes, dado poderem avaliar os seus processos⁴⁷.

É também importante a existência de tecnologias que suportem informação acionável, permitindo ações corretivas⁵⁶, aprendizagem¹⁰¹, identificação de novos focos de atuação, ou a monitorização do progresso⁵⁹. A disponibilização de dados sobre cuidados prestados parece ser um dos principais fatores para a modificação de comportamentos dos profissionais¹⁰¹, bem como para um maior uso de ferramentas para a melhoria do desempenho¹⁰³. São também necessárias melhorias nos sistemas operacionais²⁴ e nos padrões das tecnologias de informação em saúde, que sejam interoperáveis^{104,59} e sustentem a criação de dados precisos¹⁰⁵, e a utilização de registos clínicos eletrónicos estandardizados, transmissíveis entre as diferentes unidades de saúde¹⁰⁴. Destes depende também a correta codificação e a sustentabilidade financeira da organização¹⁰⁵. São, também, necessárias novas abordagens na análise de custos e de resultados²⁵. Nesta medida, recomenda-se a construção de um quadro geral para a definição e avaliação de valor⁷. É, ainda, necessária informação sobre como gerir as transições⁵⁸, ajustando o ritmo de difusão de novas ideias²⁴.

Importa também a seleção dos indicadores, que devem ser atualizados⁶¹ e focados nos resultados e não tanto nos processos¹⁷. Neste aspeto, o processo medido precisará de ser próximo dos resultados desejados e conduzir a mais ganhos em saúde, os indicadores escolhidos precisam de capturar se os cuidados devidos foram prestados e de ter poucas ou nenhuma consequências adversas indesejadas¹⁰⁶. Neste sentido, os novos incentivos deverão estar assentes na demonstração de valor⁴, promover o estabelecimento de processos decisórios partilhados²⁶ e distanciar-se gradualmente⁶⁸ do pagamento ao ato⁵⁶, de modo a fomentar uma competição dos prestadores e fornecedores com base no valor que adicionam e não no preço por procedimento¹⁷.

É igualmente importante promover a aprendizagem organizacional. Um *Sistema de Saúde que Aprende* é aquele em que a ciência, os sistemas de informação, os incentivos e a cultura estão alinhados pela melhoria e inovação contínuas, sendo os novos conhecimentos retidos como um subproduto integrado na experiência de cuidar⁶¹. Melhorias significativas só ocorrerão num contexto e sistemas reconfigurados⁶¹. Estes sistemas precisam de *aprender e ensinar valor*⁶¹, esperando-se que a formação das gerações médicas futuras inclua estas novas competências⁶⁰. A cultura de equipa é outra área chave¹⁰¹, essencial na construção de uma organização que *aprende*⁶¹. Neste aspeto, as boas lideranças clínicas compreendem o valor que outros trazem à equipa¹⁰¹.

Na ótica da partilha da aprendizagem, nem sempre são, porém, demonstráveis ou transferíveis as características de um modelo de prestação bem-sucedido na melhoria do valor, mas já os seus hábitos, entendidos como um sistema, são partilháveis. São eles a especificação e planeamento, desenho de infraestruturas, medição e acompanhamento e autoaprendizagem, aplicados como um todo e integrados num sistema focado mais em resultados do que em recursos²⁷. Esta ideia está relacionada com a necessidade de congruência entre os diversos elementos de cada organização²⁹ e com a necessidade de considerarem as organizações os seus próprios processos⁶⁹.

Contudo, as abordagens assentes no valor não poderão vir a ser impostas, pois é necessária uma motivação intrínseca, baseada na negociação, persuasão e demonstração das suas vantagens¹⁷. A liderança tem, por isso, um papel central⁷³.

Mas a escala da mudança transformacional precisa da liderança e do trabalho conjunto de todos os setores⁶¹ e do alinhamento de múltiplos agentes⁷⁴, compreendendo a complexidade do processo de implementação⁴⁷, que ultrapassa as fronteiras tradicionais dentro e para além das organizações. Neste contexto, o *tom* para todo o sistema é definido pela sua liderança. São as lideranças de topo que precisam de saber envolver os profissionais da linha da frente¹⁰⁷ e que são responsáveis por promover o cumprimento dos objetivos de uma organização que *continuamente aprende*⁶¹. Por sua vez, os gestores intermédios, por conciliarem duas perspetivas importantes – a do doente e a da organização¹² –, precisam de ser capazes de estabelecer prioridades operacionais, fomentar uma cultura de respeito e gerar entusiasmo por ciclos de aprendizagem contínua⁶¹. Por outro lado, importa o envolvimento das lideranças clínicas^{8,56}, uma forte liderança dos prestadores⁹ e a sua formação adicional em gestão¹⁰⁸, tornando-se capazes de acompanhar os indicadores certos⁹ e encorajar nos pares um comportamento alinhado com a nova abordagem⁹.

A melhoria do valor depende, assim, do esforço colaborativo da área gestionária, financeira e prestadora²⁰, sendo que uma abordagem sistémica necessita de liderança integradora¹¹⁰. Esta colaboração dependerá da determinação de objetivos e expectativas comuns e de uma linguagem sensível a todas as perspetivas, pois nenhuma estará por si completa. Parece importar, assim, a criação de uma linguagem comum, a que os profissionais não ofereçam resistência; segui-la-á a redução de custos²⁰. O discurso centrado na melhoria da qualidade parece, pois, poder ser mais eficaz na participação dos profissionais em abordagens assentes no valor²⁰.

Em resumo, os aspetos críticos a considerar na transição para o modelo de valor são os seguintes:

1. O doente no centro do valor:
 - conceito valor em saúde é associado pelos profissionais a valor para o doente;
 - preferência dos profissionais pelo foco no doente;
 - envolvimento do doente e familiares no processo decisório;
 - os profissionais nem sempre sabem o que importa ao doente;
2. Estrutura e cultura organizacional:
 - andaime social que sustenta a transformação do sistema;
 - avaliação do estado atual da organização em particular;
 - planear numa direção flexível (a mudança não é imediata);
 - mudança cultural dos serviços (remoção de silos);
 - procurar o envolvimento dos profissionais na abordagem de valor;
3. Tecnologias que suportem informação acionável:
 - disponibilização de informação precisa e acionável para a tomada de decisão;
 - a informação modifica o comportamento dos prestadores;
 - novas abordagens de medição de custos e de resultados;
 - novos padrões das tecnologias de informação em saúde;
 - interoperabilidade: diminuição do erro, da duplicação de serviços e de custos;
 - registos clínicos eletrónicos, standardizados e transmissíveis: base da codificação;
 - quadro geral para a definição e avaliação de valor;
 - informação para a gestão da mudança e difusão de novas ideias;
4. Indicadores e incentivos à melhoria do valor:
 - assentes na demonstração de valor;
 - processo medido próximo dos resultados desejados;
 - antecipar consequências adversas indesejadas;
 - atualização regular;
 - evolução do pagamento ao ato;
 - efeito indireto nos fornecedores: competição pela melhoria do valor;
 - incentivos a processos decisórios partilhados;

5. Aprendizagem organizacional e colaboração:

- sistema de saúde que aprende (e ensina valor);
- alinhamento da ciência, sistemas, incentivos e cultura pela melhoria contínua e inovação;
- novos conhecimentos são subproduto na experiência de cuidar;
- cultura de equipa, valorizada pelas boas lideranças clínicas;
- redes de pares;
- projetos colaborativos de interesse mútuo entre os agentes do sistema;
- hábitos transferíveis: especificação e planeamento, desenho de infraestruturas, medição e acompanhamento e autoaprendizagem;

6. Liderar a transição:

- papel central da liderança na transição;
- lideranças conjuntas: gestionária, financeira e prestadora;
- compreender a complexidade do processo de implementação;
- definir o tom para todo o sistema;
- acolhimento da liderança de topo das abordagens *bottom-up*;
- estabelecimento de prioridades operacionais pelas lideranças intermédias;
- partilha do novo quadro mental com as lideranças clínicas (que envolvem os pares);
- linguagem comum e sensível a todas as perspetivas.

Capítulo 3. A Contratualização Interna para a Melhoria do Valor

Na sequência da necessidade levantada na literatura de se fomentar o alinhamento entre os profissionais de saúde e as organizações, assentes no estabelecimento de novas parcerias orientadas pelo valor, uma forma de concretizar esse alinhamento pode ser a contratualização, e que serve de área de análise no presente estudo. A contratualização interna, em particular, pode, assim, constituir-se como um elemento da *estratégia*, que parte dos *outputs ambiente, recursos e história*, assegurando-se da congruência²⁹ entre todos os elementos da organização (*trabalho, pessoas, estrutura formal e estrutura e processos informais*) e tendo presentes os *inputs* organizacionais, grupais e individuais que o *sistema* procura, desse modo, alcançar.

A contratualização surgiu num contexto de crise económico-financeira e da crescente pressão sentida pelas instituições para uma maior contenção da despesa, ambientes que têm constituído, por excelência, oportunidades para avaliar e implementar melhores formas de gestão, tendo por objetivo cumprir, de modo mais eficiente, a missão das organizações. Experiências inovadoras de gestão, como é o caso da contratualização, focando-se, em grande medida, na descentralização dos processos decisórios e na responsabilização de todos os atores, têm, pois, procurado acompanhar a necessidade de sustentabilidade e de garantia de resultados, que é exigida aos sistemas de saúde.

Estes modelos inovadores, também designados *purchasing-based models* ou *aquisição estratégica (strategic purchasing)*, tiveram início em meados dos anos 90, desenvolvendo-se, ainda que de forma muito variada na prática, em diferentes países, como a Suécia, Finlândia, Espanha, Itália, Portugal ou Reino Unido³⁰. Alguns países têm adotado o princípio geral nas suas reformas de saúde, outros têm limitado a abordagem a experimentações locais³⁰.

3.1. Princípios da Contratualização

Na origem desta nova estratégia para a prestação de serviços de saúde, estiveram presentes a teoria do agente principal, a nova gestão pública (*new public management*), bem como toda uma aprendizagem organizacional, associada a um processo de reflexão sobre modelos integrados de distribuição de recursos e modelos contratuais responsabilizantes³⁴. Encontram-se, assim, diversas referências à contratualização enquanto mecanismo para uma gestão eficiente de recursos escassos, com procura da

garantia do acesso, com qualidade, a cuidados de saúde³⁰⁻³⁹, elementos em parte comuns à definição de valor, base conceitual do presente estudo.

Pode também dizer-se que a contratualização, entendida em sentido lato, pode ser adotada como uma ferramenta de distribuição dos recursos captados, atendendo aos diferentes tipos de prestadores, e procurando a sua integração, em torno das necessidades da população, ou do doente. Contribui, assim, para o cumprimento da função de financiamento do sistema de saúde³⁰.

O NHS do Reino Unido define contratualização (na sua expressão, *commissioning*) como o processo contínuo de planeamento, acordo (*agreeing*) e monitorização de serviços, não sendo uma só ação, mas várias. Estas ações vão desde a avaliação das necessidades de saúde de uma população, à configuração de circuitos de doentes baseada em critérios clínicos e à especificação de serviços e negociação contratual ou aquisição (*procurement*) de serviços, em paralelo com uma avaliação contínua da qualidade¹¹¹.

Nestes modelos, os pagadores (enquanto terceiros) mantêm-se separados, em termos organizativos, dos prestadores de serviços de saúde³⁰. Há uma separação clara de funções entre *comprador* e *prestador*, através de um relacionamento contratual de tipo bismarckiano, mas integrando agora preço ou eficiência e não mais um exercício passivo de reembolso de despesas e simples tetos orçamentais que assegurem, por si, a contenção de custos³⁰.

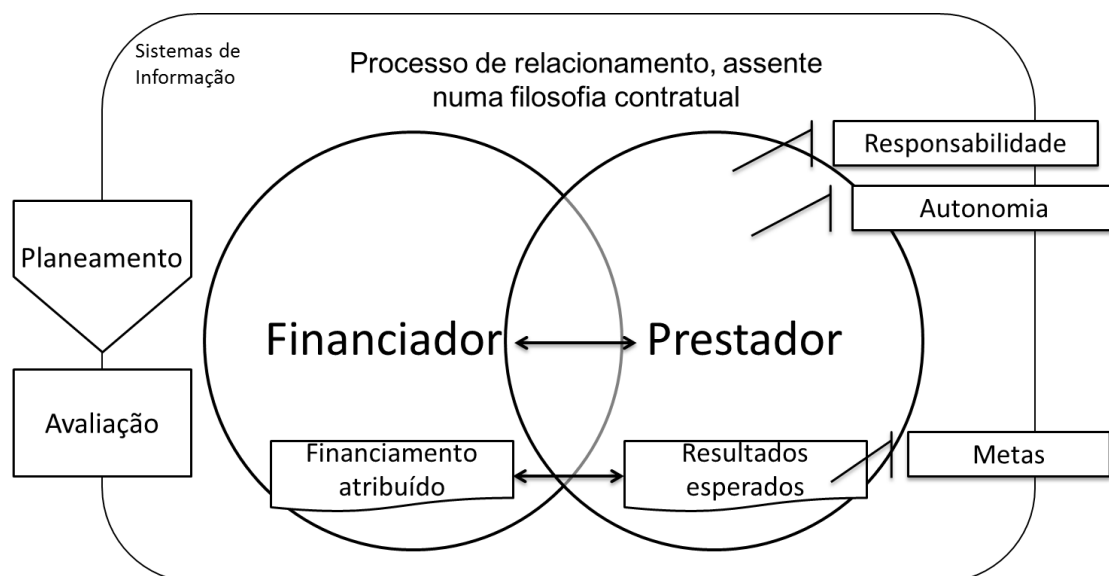
Øvretveit*, em 1995, distingue *commissioning* de *purchasing*, bem como de *contracting*. *Commissioning* será, segundo o autor, um conceito mais abrangente, uma função do setor público orientada para a maximização da saúde da população e da equidade através da aquisição (*purchasing*) de serviços de saúde, e procurando influenciar outras organizações a criar condições para a melhoria da saúde das pessoas. Envolve o desenvolvimento de uma estratégia nacional de saúde e a sua implementação através de um âmbito alargado de funções públicas, incluindo serviços de saúde, serviços preventivos e estratégias intersetoriais. Já *purchasing* dirá respeito, de acordo com o mesmo autor, à compra de serviços de saúde a instituições que os prestam, como serviços de ambulatório, exames de diagnóstico, cirurgias, hospitalização e outros. Finalmente, *contracting* será uma abordagem menos abrangente e definida como o acordo negociado (*negotiated agreement*) entre compradores e prestadores sobre serviços que estes últimos prestarão, em troca de um pagamento. Estes acordos

* Øvretveit J. Purchasing for Health. In: Øvretveit J. Purchasing for health. Buckingham: Open University Press, 1995 apud³⁰

incluem especificação de serviços, procedimentos concursais, monitorização e avaliação do desempenho contratado. Já Perrot¹¹² identifica o *purchasing* como a vertente mais limitada de todos estes mecanismos.

A contratualização de serviços de saúde, em Portugal, é definida como um processo de relacionamento, sustentado numa filosofia contratual, que é estabelecido entre financiadores e prestadores. Este *contrato relacional* explicita a associação entre o financiamento atribuído ao prestador e os resultados que dele, em contrapartida, são esperados. Para isso, o financiador atribui ao prestador autonomia e responsabilidade. O modelo sustenta-se em sistemas de informação que permitam o planeamento e a avaliação do cumprimento dos objetivos contratuais, designadamente, metas de produção, de acesso, de qualidade e económico-financeiras¹¹³. Estes elementos encontram-se ilustrados na Figura 3.1, *infra*.

FIGURA 3.1. O MODELO DA CONTRATUALIZAÇÃO EM PORTUGAL



Fonte: Adaptado de Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde¹¹³

Apesar das suas diversas formas, atores que a utilizam e tipos de relações contratuais que são estabelecidos, a contratualização é uma ferramenta a ser avaliada com base no seu impacto no desempenho de um sistema de saúde e, em última instância, na saúde das pessoas, não se reduzindo à contenção dos custos em saúde¹¹². É uma abordagem através da qual se pretende, ao invés, conduzir os vários atores a oferecer serviços de saúde de excelência, eficientes, eficazes e equitativos¹¹².

Neste sentido, constituindo-se como um elemento da contratualização, a metodologia de incentivos é vista como um instrumento de gestão para a eficiência, sendo, para isso, determinante a definição de objetivos e de indicadores, bem como de critérios de inclusão e de exclusão dos profissionais sobre os quais se pretende exercer o efeito do incentivo³⁸.

Num outro aspeto, Escoval³⁴ procede a uma reflexão sobre a contratualização e o carácter obrigatório da sua formalização contratual, estabelecendo um paralelismo com a contratação de tipo *hard* e *soft*, podendo existir numa ou noutra variante. Na primeira, as partes contratantes são relativamente autónomas e defendem ativamente os seus interesses. Na segunda, as partes não são tão capazes de explicitar a identidade dos seus interesses e sujeitam-se a contratos que têm um baixo grau de formalidade. Os últimos dependem assim “*mais intensamente da cooperação, do suporte mútuo, da confiança e da continuidade na relação, em oposição à competição*”^{34;10}. A contratualização poderia, assim, assumir-se como um processo de negociação entre pagadores e prestadores, assente num entendimento mútuo que implica direitos e deveres, legalmente obrigatório ou não, *hard* ou *soft*³⁴. Também assim Perrot¹¹², que refere que os atores do sistema têm vindo gradualmente a perceber que não precisam de forçar a forma como se relacionam, sendo que a maneira mais simples de o fazer é através do diálogo, ainda que alguns prefiram um compromisso mais formal.

Neste contexto, a negociação enquanto elemento da contratualização é um processo de tomada de decisão pelo qual duas ou mais pessoas chegam a um acordo quanto à forma de distribuir recursos escassos¹¹⁴. Nota-se que, nesta matéria, Perrot¹¹² distingue atores de parceiros, entendendo estes últimos como entidades opostas ou associadas, cooperantes entre si, partilhando recursos tendo em vista um objetivo comum. Mas cada entidade parceira tem a sua própria identidade¹¹². Aspeto que parece dever ser notado na forma como se entende o financiador e o prestador, quando estão ambos enquadrados na mesma entidade pública, e, bem assim, como são vistos os profissionais nos diferentes níveis de gestão, quando fazem parte da mesma organização prestadora. A relevância desta distinção parece dever ser considerada na forma como se há de concretizar a contratualização.

Do financiamento atribuído esperam-se, de todo o modo, determinados resultados. Pode incluir-se, por isso, a contratualização no leque das iniciativas inovadoras de gestão, designadas por Kazandjian³⁶ de *performance adjusted payment*, uma vez que o financiamento e o pagamento são, nos processos de contratualização, ajustados pelo desempenho.

No âmbito da contratualização, as metas procuram responder, assim, a quatro áreas principais de atuação dos serviços de saúde, abrangendo as diferentes dimensões da atividade assistencial, da acessibilidade, da qualidade e da eficiência³⁷. Grossman alerta, contudo, para o facto de as metas deverem ser próprias de cada instituição e customizáveis em cada organização⁷⁷, considerando o elo mais fraco da cadeia de valor da inovação, na linha do pensamento de Hansen e Birkinshaw⁶⁹, o que vem também alinhado com a ideia da congruência de Nadler e Tushman^{29,42}. Para um processo de contratualização transparente e responsabilizante, serão, por outro lado, importantes os sistemas de informação, que permitam o acesso a dados fidedignos e atuais e a eliminação da assimetria da informação, constituindo uma base importante para a definição precisa e confiável das metas.

A contratualização tem sido compreendida, assim, como uma modalidade estratégica e proativa, substituindo modalidades passivas de afetação de recursos³⁹, através de um mecanismo complexo de coordenação que procura, por ajustamento mútuo, a integração de normas, objetivos, competências e culturas organizacionais¹¹⁴.

3.2. A Contratualização Externa e a Contratualização Interna

Na sua vertente externa, a contratualização abrange a dimensão de relacionamento entre quem financia os cuidados e quem presta os cuidados. Na vertente interna, compreende o relacionamento estabelecido entre a gestão de topo e a gestão intermédia e entre esta e a gestão operacional, num mecanismo realizado em cascata. A contratualização interna pode entender-se, assim, enquanto extensão dinâmica e interdependente da contratualização externa.

A contratualização interna tem sido, por isso, entendida como um instrumento capaz de promover um maior alinhamento entre os compromissos assumidos externamente, por via da contratualização externa, e a missão das instituições de saúde, privilegiando-se ganhos efetivos em saúde e não somente a produção de atos médicos³⁷. Isto é, considerando os objetivos e metas determinadas na componente externa, os meios existentes, bem como os resultados a obter, e capitalizando a experiência e o conhecimento presentes na organização e nos seus profissionais, de modo a incentivar o desenvolvimento de competências e atitudes proativas⁴⁰.

A importância da contratualização interna prende-se com o facto de parecer necessário existir, dentro das instituições, coordenação e motivação alinhadas com a estratégia da organização³⁷. Através dela, estabelecem-se objetivos claros e conhecidos por todos³⁷, integrados nos objetivos globais da organização. Para isso, sustenta-se em princípios

de gestão por objetivos, na descentralização, na responsabilização e na delegação³⁴ de tarefas. Perrot esclarece que a contratualização diz respeito, assim, a uma *delegação de responsabilidade* dentro da mesma entidade¹¹², ainda que pareça poder discutir-se o conteúdo possível dessa delegação.

Poderá questionar-se a diferença entre gestão por objetivos e contratualização interna, sendo que, segundo os modelos típicos de ambos, são comuns a participação, a negociação, a definição conjunta dos objetivos e dos critérios de avaliação do desempenho, o estabelecimento de objetivos por departamento ou posição, a interligação entre os objetivos dos diferentes departamentos, o foco no presente e no futuro, a retroação contínua e frequente, a redefinição periódica de objetivos e de critérios de avaliação e o foco na medição. Mas, enquanto a gestão por objetivos é focada no quotidiano e na rotina, no indivíduo, no controlo e nos resultados, a contratualização interna é focada mais no funcionamento dos sistemas organizacionais, resultados do desempenho e efeitos pretendidos.

Na implementação do modelo de contratualização, importa a forma como são desenvolvidos os processos de contratualização interna, isto é, como é feita a transposição para o interior da organização dos compromissos assumidos externamente. E como se procede, deste modo, à sua desagregação pelos diferentes níveis de gestão, *“possibilitando que a organização trabalhe de forma convergente e coerente para um fim comum”*^{37;166}, por via de um exercício igualmente dinâmico e interdependente de alinhamento.

Estes processos de contratualização interna implicam novos modelos de organização e de gestão das unidades de saúde, como uma gestão intermédia interventiva e proativa³⁴. É, por isso, compreendida como uma nova forma de relacionamento interno, que modifica os processos de tomada de decisão. Deste modo, constitui-se *“como um modelo de gestão participada e de proximidade que visa criar consistência entre todas as actividades [sic] duma organização”*^{37;177}, por via do seu alinhamento estratégico³⁷.

A importância do desenvolvimento e do aperfeiçoamento de modelos de contratualização interna parece ser pacífica para a ACSS em Portugal, constando dos *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019*, aí se determinando que *“todos os hospitais/centros hospitalares devem ter implementados processos de contratualização interna (...) e que assegurem que os compromissos e os objetivos são assumidos internamente pela organização”*^{40;79}. Para além disso define-se que devem estes ser *“desagregados pelos diversos serviços numa filosofia de prestação de contas, de avaliação do desempenho e do mérito”*^{40;79},

promovendo a competição por comparação. É ainda aí referido que devem estabelecer-se, entre os conselhos de administração e os responsáveis pelos serviços e departamentos, os compromissos respeitantes à atividade assistencial, bem como os compromissos económico-financeiros, que ficam acordados para o período em discussão. Acrescenta-se que devem estes ser consagrados num contrato-programa interno. Pode confrontar-se esta diretiva com o entendimento de Perrot¹¹² sobre a possível desnecessidade de serem vertidos em contratos formais os acordos negociados, ademais tratando-se da mesma organização.

O Estado Português assume, assim, os processos de contratualização interna enquanto integrados “*numa cultura de gestão moderna, responsável, transparente e rigorosa*”^{40;79} e promotores de responsabilidade e autonomia nos profissionais e nas equipas. Espera-se, por essa via, o aumento da motivação e o compromisso dos profissionais, melhorando, ao mesmo tempo, a produtividade, a efetividade dos cuidados e a redução das ineficiências e do desperdício no SNS⁴⁰. Esta filosofia de contratualização enquadra-se na “*valorização da negociação interna dos objetivos, dos processos e dos resultados*”^{40;79}, esperando que contribua para o reforço da autonomia organizativa e de gestão dos serviços e para um fortalecimento do alinhamento.

Porém, a contratualização interna em contexto hospitalar não apresenta ainda uma suficiente maturação, sendo que a existência de pontos de fragilidade e de necessidade de desenvolvimento farão parte de um modelo que se encontre em processo evolutivo e aprendizagem organizacional. Nesta medida, parece relevar a recolha da aprendizagem de outras abordagens dentro das organizações e compreender o que tem facilitado ou, por outra via, dificultado a implementação destes e outros modelos inovadores de gestão. O que parece dever fazer-se admitindo a inadequação de um modelo *one-size-fits-all*. A este propósito, recupera-se a observação de Bohmer²⁷, que destaca a importância da transferibilidade entre organizações dos seus bons *hábitos*, mas já não de *modelos* imodificáveis e estanques, que não garantam a congruência^{29,42} dos subsistemas. Parece, por isso, importante que, na introdução de novas abordagens de gestão nas instituições, seja atendido o contexto particular de cada organização, das pessoas que nela trabalham, da maturidade organizacional e do estado de preparação da cultura organizacional^{1,16}.

Matos e colaboradores³⁷ conduziram um estudo, por via do qual foram identificadas como fragilidades da contratualização interna: a excessiva focalização na gestão operacional em detrimento da gestão estratégica; a ausência de cultura de responsabilização e qualidade; o fraco envolvimento da gestão intermédia na gestão do hospital; a falta de capacidade de liderança; a não formação em gestão ao nível dos

níveis intermédios de gestão; as restrições à autonomia na gestão de recursos humanos; a dificuldade legal e cultural em implementar políticas de avaliação de desempenho e sistemas de incentivos; a falta de sistemas de informação credíveis e integrados que permitam acompanhar os resultados a nível qualitativo e em tempo real; a falta de sistemas de informação que permitam apurar proveitos e custos por serviço e por ato médico; e a dificuldade no desenvolvimento de *benchmarking* com outros hospitais ao nível de indicadores internos. Como pontos fortes, apresentou-se a própria prática da contratualização interna, planos de formação da gestão intermédia e o envolvimento dos níveis de gestão intermédia na contratualização externa.

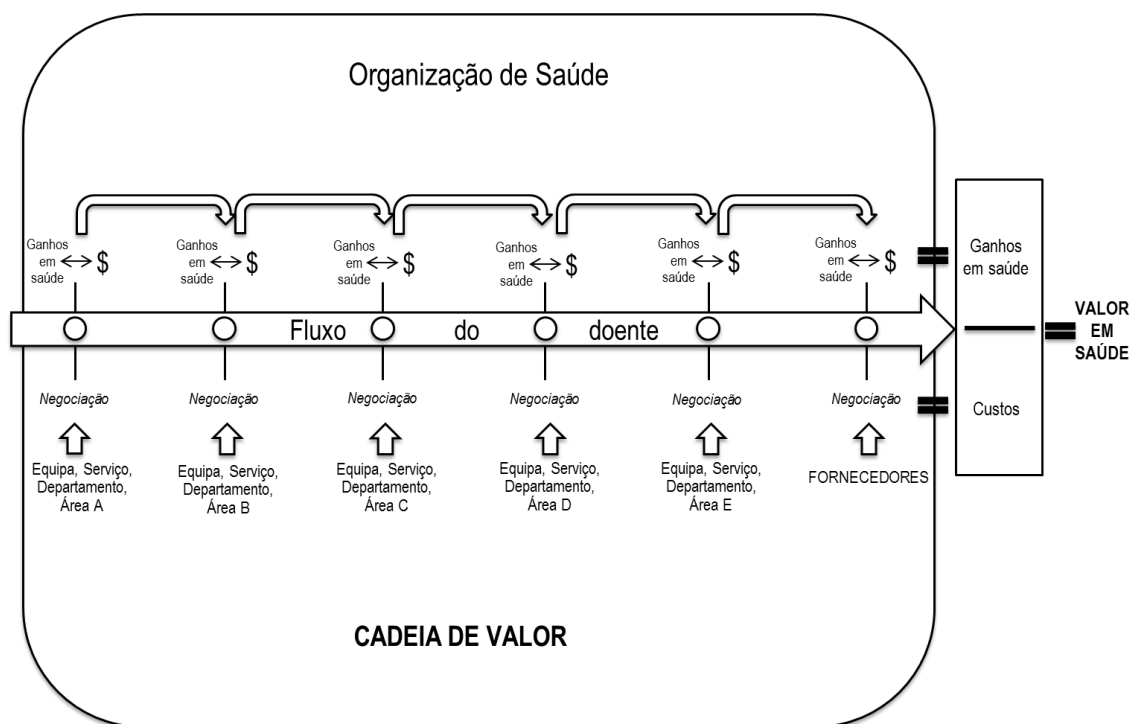
Como oportunidades, o mesmo estudo identificou: a interiorização do mecanismo de contratualização externa; as linhas de financiamento do contrato-programa; o *benchmarking* nos hospitais públicos; ou a implementação de um programa de certificação da qualidade dos serviços nos hospitais. Como ameaças, é referida: a falta de metodologias de custeio real a nível nacional; o não alinhamento entre o contrato-programa e o Plano Nacional de Saúde; a ausência de definição de critérios e linguagem comum; a falta de calendários explícitos; a ausência de um interlocutor único; a não simplicidade documental na contratualização externa; a imposição de valores fixos de crescimento de custos aos hospitais; o regime jurídico de recursos humanos nos hospitais; ou as intervenções pontuais da administração central e regional na administração dos hospitais com a natureza de Entidades Públicas Empresariais (EPE). Identificou-se, ainda, como ameaças acrescidas a perspetiva estritamente financeira do contrato-programa, a falta de impacto do não cumprimento dos indicadores do contrato-programa, configurando falta de transparência, e a falta de fiabilidade dos sistemas de informação e dados.

O estudo conclui com a identificação de ações a desenvolver, como flexibilização de recursos humanos, gestão intermédia e ferramentas de acompanhamento e sistemas de informação, sendo esta última considerada de maior importância, seguida da segunda. Como recomendações para a contratualização interna, por ordem decrescente de importância, identifica-se: a manutenção e desenvolvimento de um sistema de informação pertinente, integrado, válido e fiável; a adoção do BSC como instrumento privilegiado de apoio à contratualização interna; o reforço de conhecimentos e competências de gestão; a implementação de um plano de comunicação interna no sentido de informar, envolver e mobilizar os profissionais no processo de contratualização interna; e o estudo da melhor forma e momento para a introdução de sistemas de incentivos e penalizações associados ao desempenho³⁷.

3.3. A Contratualização Interna e a Cadeia de Valor

A conjugação do exercício de negociação de objetivos relacionados com ganhos em saúde e respetivos custos, enquanto elementos do conceito de valor, com os exercícios de contratualização interna encontra-se ilustrada na Figura 3.2, *infra*.

FIGURA 3.2. A CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA ORIENTADA PELO VALOR – PERSPETIVA INTRAORGANIZACIONAL

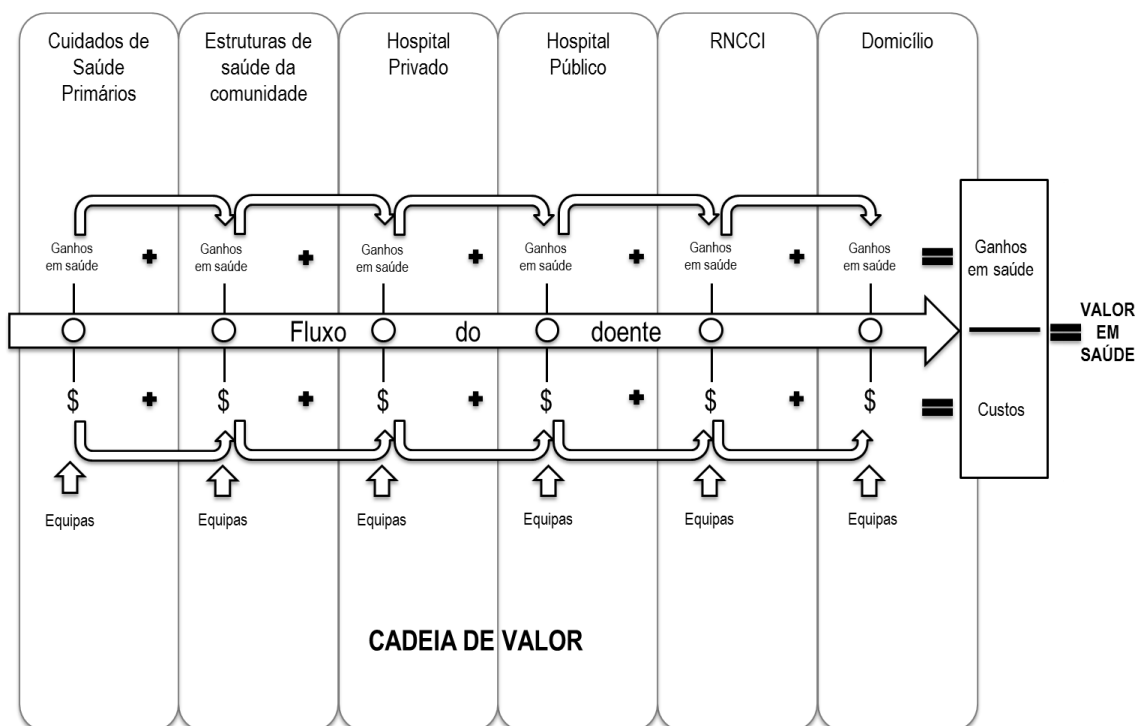


Fonte: Elaboração própria com adaptações de Porter^{10,11} e de Portugal. Ministério da Saúde.

Administração Central do Sistema de Saúde¹¹³

Noutra perspetiva, observa-se que a cadeia de valor não parece esgotar-se numa só organização, dado que os elos da cadeia estão também situados fora dela. Por esse motivo, parece que a estratégia da contratualização deverá contemplar uma perspetiva interorganizacional, como ilustrado na Figura 3.3. Na linha deste entendimento, nota-se a existência de pontos de contacto também na transição entre organizações.

FIGURA 3.3. A ESTRATÉGIA DA CONTRATUALIZAÇÃO E A CADEIA DE VALOR – PERSPETIVA INTERORGANIZACIONAL



Fonte: Elaboração própria com adaptações de Porter^{10,11} e de Portugal. Ministério da Saúde.
Administração Central do Sistema de Sa de¹¹³

3.4. Experiências de Contratualização Interna em Contexto Hospitalar

No caso dos cuidados de saúde hospitalares, a contratualização, na sua vertente interna, não parece ter alcançado, ainda, como observado anteriormente, um estado de significativa maturidade em Portugal. Contudo, registam-se várias experiências de contratualização interna nos hospitais portugueses, variando estas, porém, no grau de complexidade ou de permanência no tempo. É o exemplo do Centro de Responsabilidade Integrado do Serviço de Cirurgia Cardior tica e Transplantação de  rg os Torácicos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, das Unidades Aut nomas de Gestão do Hospital de São João, EPE, do Hospital Distrital da Figueira da Foz, ou do modelo inaugural dos centros de responsabilidade no Hospital de S. Sebast o, em Santa Maria da Feira. Os hospitais, incentivados pela ACSS para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos seus processos de contratualização interna, têm procurado encetar o modelo, de uma ou de outra forma. Aliás, o processo de empresarialização a que se assistiu, em Portugal, provocou nas instituições uma maior flexibilização na adaptação interna, desde a organização clássica   constituição de

verdadeiros órgãos de gestão intermédia, com poder decisório e integrados na restante organização³⁷.

Quanto a este aspeto, deverá fazer-se uma referência aos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), ainda que numa perspetiva parcial e departamental que não envolve toda a organização³⁷. Os CRI foram criados pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro¹¹⁵, que havia sido precedido pelo conhecido Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro¹¹⁶, que havia, por sua vez, implementado os chamados Centros de Responsabilidade e de Custos. No preâmbulo do primeiro diploma, lia-se que se pretendia replicar internamente a lógica da contratualização externa, tendo por objetivo alcançar maiores níveis de eficiência e de acesso, por via de *“um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição”*^{109;6489}. Os serviços ou outras unidades de dimensão gestionária *adequada* seriam, assim, agrupados segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, com vista a uma *articulação operativa*¹¹⁵. O legislador reconhecia, assim, a necessidade de se alterar a atual estrutura organizativa de prestação de cuidados, assentando este processo de reengenharia hospitalar numa lógica assistencial direcionada para a globalização dos cuidados. Por outro lado, referia-se que se reconhecia, neste processo, a necessidade de existirem *verdadeiros* órgãos de gestão intermédia, que, não quebrando a unidade de conjunto, fossem dotados de poder decisório, possibilitando-se, assim, a desconcentração dos processos decisórios.

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro¹¹⁷, consagrou ao nível da organização interna a possibilidade de serem criados CRI, revitalizando este modelo. A Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro¹¹⁸, alterada pela Portaria n.º 71/2018, de 8 de março¹¹⁹, veio definir o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS que se organizem em CRI. Define aí o legislador que os CRI são estruturas orgânicas de gestão intermédia, na dependência dos conselhos de administração, com os quais estabelecem uma contratualização interna e que, por via desse processo, negociam compromissos de desempenho assistencial e económico-financeiros. Devem constituir-se em equipas multidisciplinares *“que voluntariamente se proponham aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados (...), responsabilização das partes por um projeto comum”*^{112;5848}, projeto que *“reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual”*^{112;5848}. Para isso, os CRI terão de ser dotados dos recursos materiais necessários ao exercício da sua atividade, *“respondendo pelo respetivo controlo da utilização e prestando contas”*^{112;5848} quanto aos resultados assistenciais, custos e proveitos.

Por via do Despacho n.º 10823/2010, de 1 de julho¹²⁰, foi criado o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (GTROIH), fundado na necessidade de rever a organização interna dos hospitais, com vista ao aumento da sua eficiência e para que, num processo de reforma assente nos valores e nos princípios da governação clínica, fosse observada a aprendizagem decorrente das experiências já existentes. Na senda da determinação do Despacho referido, o GTROIH emitiu um conjunto de recomendações que visavam reanimar este processo de reengenharia hospitalar. Aí referiam que, no contexto da organização interna hospitalar, a arquitetura da organização deveria privilegiar o interesse dos doentes, a par da eficiência clínica, bem como a implementação de *unidades integradas multidisciplinares*, em substituição da organização tradicional, baseada em serviços monovalentes⁴¹. O GTROIH enunciou, ainda, a necessidade de se implementarem experiências piloto, no âmbito da metodologia definida, sendo que os hospitais selecionados deveriam constituir *unidades autónomas de gestão, centros de responsabilidade integrada*, ou estruturas similares ainda que com outras designações.

Também um centro hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) iniciou no ano de 2016 uma abordagem de contratualização interna, melhor descrita no Capítulo 6, que estabeleceu com as suas dez áreas clínicas, e que serviu de campo de análise no âmbito deste trabalho.

3.5. Ferramentas de Apoio à Contratualização Interna, para a Melhoria do Valor

No âmbito da abordagem da contratualização interna, orientada para o valor, existem ferramentas que fornecem uma base para gerir alguns dos aspetos da transição do modelo de volume para o modelo de valor⁹.

O *Balanced Scorecard* e a medição do intangível

A formulação e a implementação de uma estratégia começam logo pela capacitação das pessoas que a realizam, sendo que parece importante que se compartilhe a visão e a estratégia a longo prazo. Estas podem materializar-se num instrumento de gestão, e que pode ser o BSC¹²¹, também sugerido no estudo de Matos e colegas³⁷ enquanto ferramenta de apoio aos processos de contratualização interna.

Kaplan e Norton apresentaram o BSC em 1992¹²¹, motivados pelas novas competências requeridas pelas instituições numa nova era de bens intangíveis. O BSC foi introduzido, assim, para atender à necessidade de integrar a medição de bens intangíveis nos

sistemas de gestão das empresas que queriam melhorar esses bens¹²², sabendo que a melhoria começa quando a informação é conhecida⁶². Este movimento suscitou, então, a criação da perspectiva da aprendizagem e crescimento, que se associou às perspectivas financeira, dos clientes e dos processos internos.

A gestão matricial para o mapeamento da cadeia de valor

Na gestão das organizações, a simplificação excessiva pode ser desajustada à necessidade de gerir a complexidade, mas também estruturas organizativas complexas não se adequam a estratégias complexas¹²³. Foi neste contexto que surgiu a gestão matricial, muito utilizada no final dos anos 70 e início dos anos 80, que permitia às organizações captar e analisar a complexidade do ambiente e responder de modo flexível à necessidade de mudança¹²³.

A gestão matricial consiste num sistema, explicitado numa tabela de dupla entrada, aplicável à gestão de organizações com diversidade de serviços, bem como de programas. O desenho matricial procura, assim, satisfazer duas necessidades da organização e que são a especialização e a coordenação, requerendo, por isso, uma nova cultura organizacional, sustentada na colaboração e interdependência dos vários serviços ou departamentos. Esta ferramenta parece poder ainda ser implementada a partir da perspectiva de diferentes níveis hierárquicos, cumprindo o movimento em cascata, próprio da contratualização interna.

O princípio da cadeia de valor pode ser, assim, traduzido num processo de mapeamento dos atores responsáveis (em colunas) pelas atividades de melhoria a implementar nas instituições (em linhas horizontais e perpendiculares às colunas).

Não obstante, Bartlett e Ghoshal reportam dificuldades inerentes ao reporte duplo (ao gestor do programa e ao gestor funcional), à proliferação de canais de informação e à sobreposição de responsabilidades, com perda de responsabilização, pois a definição de objetivos organizacionais em termos estritamente estruturais apenas reflete a *anatomia* básica da organização¹²³. Será, pois, necessário atender igualmente à *fisiologia* da organização, isto é, aos subsistemas e relações que permitem a circulação da informação em toda a organização, bem como à *psicologia* da organização, isto é, às normas, crenças e valores comuns aos profissionais. A mudança na estrutura formal não fomentará por si só mudanças nos processos decisórios e nas relações interpessoais e estas não reformam por si as atitudes e ações individuais dos profissionais. A mudança acontecerá, ao invés, quando os gestores de tarefas interdependentes compreenderem os objetivos globais e se dedicarem a atingi-los¹²³,

pois talvez seja na procura de soluções que os profissionais conseguem compreender e aceitar a importância da colaboração com os outros serviços⁴⁷.

Importa, assim, notar que uma matriz puramente estrutural pode desconcentrar os gestores em múltiplas direções, pois sustenta-se num conflito intrínseco, pelo que deverá procurar-se não tanto construir uma estrutura matricial, mas criar uma matriz de perspetivas e relações flexíveis na mente de cada gestor¹²³. Permitir-se-á, desse modo, a decisão e a negociação de *trade-offs* que conduzirão a organização ao objetivo estratégico comum¹²³, e que é o aumento do valor para o doente.

Os *Key Performance Indicators* ou a priorização para o valor

Os sistemas de saúde são complexos e multidimensionais, o que dificulta uma síntese do desempenho, mas o volume de informação respeitante a medidas de desempenho individualizadas para os diferentes aspetos a observar também pode ser demasiado, dificultando a interpretação dos dados. Daí que possa ser um erro considerar que quanto mais elevado for o número de indicadores melhor é o sistema de avaliação⁹². Não obstante, a informação é vital para compreender a complexidade de uma organização e dos seus pontos de bloqueio, não sendo possível dispensar informação. Uma solução pode ser a possibilidade de acesso a informação complementar que permita a leitura de componentes do indicador principal, mas que não esteja em primeiro plano.

Neste sentido, a existência de um pequeno número de *key performance indicators* (KPI) ou indicadores-chave de desempenho – para a gestão de topo, intermédia e operacional, que podem e devem ser em parte distintos –, pode contribuir para a focalização da ação e da discussão para o seu cumprimento. Com o passar do tempo, é natural que os KPI deixem de ser uns para passarem a ser outros.

Importará que o foco se situe naquilo que é preciso melhorar, atentando no que deveria estar a acontecer e não tão-somente no que se está a fazer incorretamente à luz de métricas tradicionais, segundo afirmou Donabedian, ainda em 1966⁷².

O primeiro passo para a avaliação do desempenho de um hospital talvez deva ser, de qualquer modo, um claro entendimento dos seus objetivos, que, em última instância, se referem a tratar adequadamente os seus doentes, e, só depois, a identificação dos *standards*, que podem ser normativos ou construídos com base em determinados critérios⁸⁰.

3.6. Síntese e Aspetos Críticos

Um dos mecanismos de alinhamento e de gestão eficiente pode ser a da contratualização³⁰⁻³⁹, constituindo-se, assim, como elemento da estratégia, por via da descentralização e responsabilização, assegurando-se da congruência²⁹ entre todos os elementos da organização. Na sua origem, estão a teoria do agente principal e a nova gestão pública³⁴. A contratualização, enquanto ferramenta de distribuição dos recursos captados, procura integrar os diversos prestadores, em torno das necessidades de saúde, dando cumprimento às funções do sistema³⁰. Assenta na separação entre pagadores (na qualidade de terceiros) e prestadores³⁰, na base de um relacionamento contratual de tipo bismarckiano, com vista à eficiência e não só a um exercício passivo de reembolso³⁰. Não deve ser entendida como uma abordagem para a redução dos custos em saúde, antes pretende conduzir uma oferta de saúde de excelência, eficiente, eficaz e equitativa¹¹². A contratualização pode existir nas variantes de contratação de tipo *hard* ou *soft*, sendo que na primeira as partes são relativamente autónomas e defendem os seus interesses e na segunda não estão tão habilitadas à explicitação dos seus interesses, sujeitando-se a contratos menos formais. Este último tipo está mais dependente da cooperação, da confiança e da continuidade³⁴.

O financiamento e o pagamento ajustam-se, na contratualização, pelo desempenho. As metas abrangem as dimensões da atividade assistencial, acessibilidade, qualidade e eficiência³⁷ e devem ser próprias de cada instituição⁷⁷, com a organização congruentes^{29,42} e sustentadas em sistemas de informação e acesso a dados fidedignos e atuais.

Na dimensão externa, a contratualização compreende o relacionamento entre financiador e prestador. Na dimensão interna, refere-se àquele que é estabelecido, em cascata, entre a gestão de topo e a gestão intermédia e entre esta e a gestão operacional. A contratualização interna é extensão dinâmica e interdependente da contratualização externa, para um maior alinhamento entre os compromissos externos e a missão das organizações³⁷, considerando os meios à disposição, os resultados a alcançar e capitalizando a experiência e o conhecimento existente⁴⁰. Assenta em princípios de gestão por objetivos, descentralização, responsabilização e delegação³⁴ de tarefas e de responsabilidade dentro da mesma entidade¹¹². Na implementação da contratualização, tem importância a forma como é feita a transposição para o interior da organização desses compromissos e a desagregação pelos níveis gestores, podendo implicar novos modelos de organização e de gestão.

Ainda que se encontre em evolução e processo de amadurecimento, a contratualização interna tem sido solicitada pelo Estado Português, integrando-a numa gestão moderna, para a redução da ineficiência no SNS⁴⁰. Para a sua implementação, será pertinente a aprendizagem de outras experiências, entendendo facilitadores e barreiras, ainda que se reconheça a inexistência de um modelo *one-size-fits-all*. Foram identificadas como fragilidades da contratualização interna um demasiado enfoque na gestão operacional e não tanto na gestão estratégica ou a ausência de cultura de responsabilização, envolvimento da gestão intermédia, liderança, formação em gestão, autonomia ou de sistemas de informação integrados³⁷. Como recomendações, é referida a adoção do BSC³⁷. Ao relacionarem-se os princípios da cadeia de valor com a contratualização, observa-se que os elos da cadeia estão também situados fora da organização, pelo que parece dever o modelo da contratualização contemplar igualmente uma dimensão interorganizacional.

Vários hospitais portugueses têm experimentado processos de contratualização interna, diferenciando-se estas, porém, pelo grau de complexidade, ou permanência no tempo. Observa-se a criação, pelo Decreto-Lei n.º 374/99¹¹⁵, dos CRI, ainda que numa perspetiva parcial e departamental³⁷, um processo de reengenharia hospitalar. O Decreto-Lei n.º 18/2017¹¹⁷ veio revitalizar o modelo.

Existem ferramentas de suporte aos processos de contratualização interna, como o BSC, a estrutura matricial ou os KPI. O BSC foi apresentado por Kaplan e Norton¹²¹ em 1992, para integrar a medição de bens intangíveis nos sistemas de gestão¹²². Foi, assim, adicionada a perspetiva de aprendizagem e crescimento, que passou a associar-se às perspetivas dos clientes, dos processos internos e financeira. Para o mapeamento da cadeia de valor, pode recorrer-se à gestão matricial, que, procurando agilizar e preparar a organização para a mudança, combina, numa matriz, duas necessidades da organização: a especialização e a coordenação. Contudo, importa não tanto construir uma matriz estritamente estrutural, mas criar uma matriz de perspetivas e relações flexíveis na mente de cada gestor, para que este consiga negociar os *trade-offs* que conduzirão a organização ao objetivo estratégico comum¹²³, e que é o aumento do valor para o doente. Os sistemas de saúde complexos e multidimensionais dificultam uma síntese do desempenho, pelo que a existência de um pequeno número de indicadores-chave (distintos, em parte, entre os diferentes níveis de gestão) pode facilitar uma ação focada, bem como a sua discussão com vista ao cumprimento dos objetivos traçados. É importante, ainda, localizar o foco no que for necessário melhorar, considerando o que era suposto estar a acontecer, e não unicamente no que está incorreto, atentos os indicadores em uso⁷².

Em resumo, os aspetos críticos a considerar na contratualização interna para a melhoria do valor são os seguintes:

1. Princípios da contratualização:

- teoria do agente principal e nova gestão pública;
- contratualização como mecanismo de alinhamento e elemento da estratégia;
- distribuição de recursos, com integração dos diferentes atores;
- responsabilização de todo o sistema;
- separação entre pagadores e prestadores;
- contratação *hard* (autonomia) e *soft* (cooperação, confiança e continuidade);
- financiamento e pagamento ajustados pelo desempenho;

2. A contratualização externa e a contratualização interna:

- externa: entre financiador e prestador;
- interna: entre níveis internos de gestão (mecanismo em cascata);
- interna é extensão dinâmica e interdependente da externa: transposição;
- alinhamento entre compromissos externos e missão da organização;
- metas internas dependem dos meios, resultados e capital humano;
- desagregação pelos níveis gestionários;

3. A contratualização interna e a cadeia de valor:

- dimensão intraorganizacional e interorganizacional;
- elos da cadeia de valor ultrapassam a organização;

4. Experiências de contratualização interna em contexto hospitalar:

- solicitada pelo Estado Português, no âmbito de uma gestão moderna evolutiva e diversa;
- fragilidades: falta de gestão intermédia, cultura de responsabilização, envolvimento das lideranças, formação, autonomia e sistemas de informação;
- centros de responsabilidade integrada: reengenharia hospitalar departamental;

5. Ferramentas de apoio à contratualização interna, para a melhoria do valor:

- *Balanced Scorecard* para a medição do intangível (aprendizagem e crescimento): coerência e equilíbrio organizacional;
- gestão matricial na mente do gestor para o mapeamento da cadeia de valor: especialização e coordenação (interdependência entre departamentos);
- indicadores-chave de desempenho para a priorização da mudança: ação focada no que é necessário melhorar e discussão para o cumprimento dos objetivos.

Parte II. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA

Da exploração do tema, resultou um extenso, mas disperso conhecimento sobre os elementos que, estando presentes nas diferentes abordagens baseadas no valor em contexto hospitalar, afetam, positiva ou negativamente, a transformação do modelo de volume em modelo de valor, o que fundamentou a condução de um estudo com a finalidade de reunir de modo sistematizado conhecimento sobre os facilitadores, barreiras e fatores moderadores dessas intervenções.

Capítulo 4. Objetivos e Abordagem Metodológica

A questão de investigação e o objetivo geral deste trabalho traduziram-se no seguinte: descrever e analisar facilitadores, barreiras e fatores moderadores na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais.

Para o cumprimento do objetivo geral, fixaram-se os seguintes objetivos específicos:

Objetivo 1: Identificar facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais

Objetivo 1.A: Sintetizar concetualmente facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais

Objetivo 2: Analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar

Objetivo 2.A: Construir um modelo concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses

A abordagem do estudo foi mista, contemplando, numa primeira fase, uma vertente quantitativa, por via de uma Revisão Sistemática de estudos qualitativos e quantitativos, e, numa segunda fase, uma vertente qualitativa, por via de um estudo qualitativo indutivo, de natureza observacional e prospetiva, com recurso à *Grounded Theory*.

A estratégia de investigação compreendeu dois estudos: Revisão Sistemática de Facilitadores e Barreiras na Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais (Estudo 1) e Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar (Estudo 2).

Com o Estudo 1, pretendemos cumprir os objetivos 1 e 1.A da investigação. Com o Estudo 2, pretendemos os cumprir os objetivos 2 e 2.A da investigação.

A pesquisa documental consistiu na recolha e análise da literatura existente sobre as temáticas em estudo. Foi principalmente utilizado o canal de pesquisa *Pubmed* e, ainda, as referências bibliográficas indicadas nos estudos mais relevantes. A pesquisa centrou-se num período temporal que pudesse abranger a literatura relevante atual, com particular atenção sobre as publicações na última década (desde 2008). Conduziu-se uma comparação de textos, tendo em conta perspetivas (convergências, divergências e complementaridades), conteúdos (concordâncias, desacordos manifestos e complementaridades) e pistas para o prosseguimento da investigação¹²⁴.

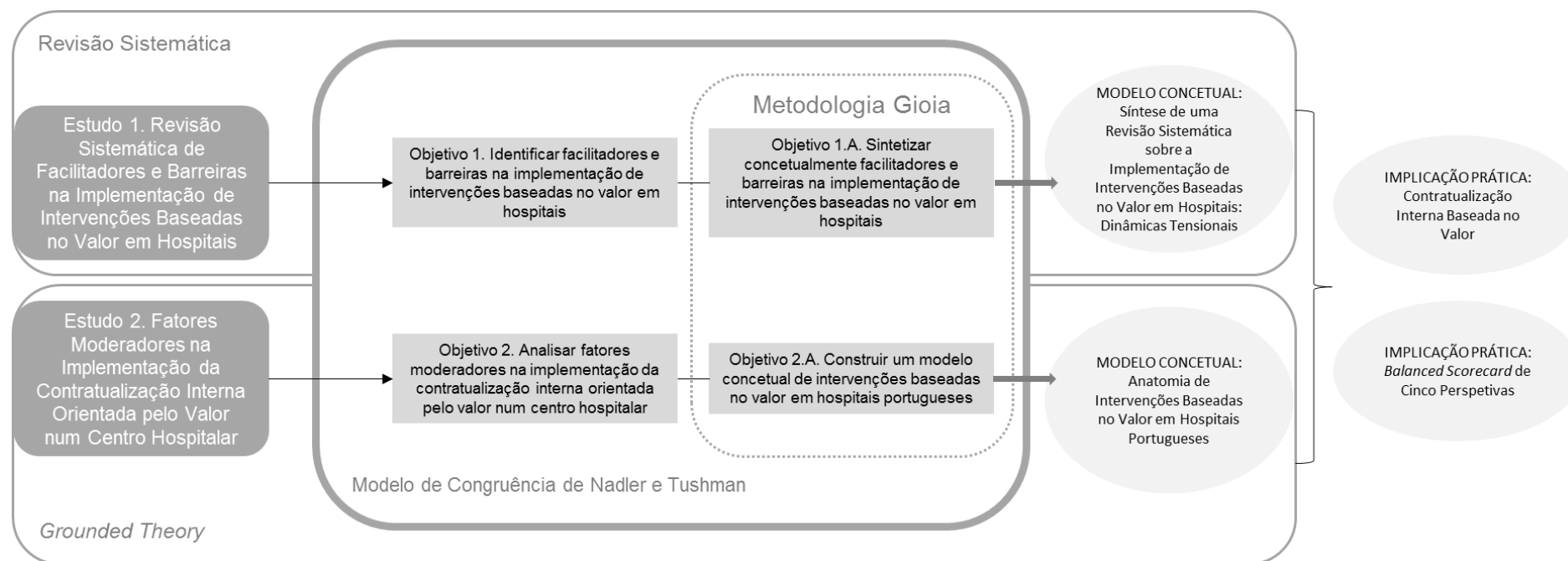
A Revisão Sistemática (Estudo 1), descrita no Capítulo 5, incidiu sobre as barreiras e facilitadores na implementação de intervenções em contexto hospitalar baseadas no valor. A informação recolhida foi tratada em duas etapas metodologicamente distintas. A primeira etapa consistiu numa análise temática, utilizando-se as perspetivas do BSC, com inclusão da quinta perspetiva que constitui uma das propostas deste trabalho, bem como de três elementos centrais referentes a cultura e orientação estratégica, nomeadamente, a missão, a visão e os valores. A segunda etapa consistiu numa análise concetual, utilizando-se a metodologia Gioia, descrita na Secção 4.2.

Seguidamente, utilizou-se uma abordagem de *Grounded Theory* (Estudo 2), descrita na Secção 4.1, através da qual se procurou analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna num centro hospitalar, enquanto abordagem orientada para o valor. A intervenção foi enquadrada na base concetual de que se parte, isto é, na procura de compreender o que condiciona a congruência do sistema na ótica de um modelo tendente ao valor. Por esse motivo, escolheu-se, enquanto quadro referencial concetual, o modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹, descrito no Capítulo 1, uma estrutura de lógica contingencial e sistémica. É um modelo muito utilizado em processos de mudança, razão também pela qual foi escolhido. Para esse

efeito, estudou-se a contratualização interna orientada pelo valor, implementada num centro hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) a partir do final do ano de 2016, tendo sido identificados fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos que condicionam a implementação dessa intervenção, ou seja, a transformação da estratégia pretendida em estratégia realizada⁴⁵. Utilizou-se, uma vez mais, a metodologia Gioia, como ferramenta analítica.

A abordagem metodológica encontra-se ilustrada na Figura 4.1, *infra*.

FIGURA 4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA



A estratégia de investigação e as diferentes metodologias e técnicas utilizadas permitiram-nos obter, para além dos resultados apresentados de seguida (cumprindo os objetivos 1 e 2), dois modelos conceituais (cumprindo os objetivos 1.A e 2.A) e duas propostas de natureza prática, designadamente:

- (i) Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais – construída sobre os resultados da Revisão Sistemática (facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais) e baseado no modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹;
- (ii) Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses – construída sobre os resultados da *Grounded Theory* e baseado na conjugação de quatro construtos teóricos organizacionais, designadamente, o *icebergue organizacional*, de Selfridge e Sokolik⁴⁴, os tipos de estratégia de Mintzberg⁴⁵, o comportamento estratégico autónomo, descrito por Mirabeau e Maguire⁴⁶ e o modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹;
- (iii) Contratualização Interna Baseada no Valor, uma proposta de adaptação do modelo clássico da contratualização interna;
- (iv) *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas, uma proposta de adaptação do BSC ao SNS.

As duas últimas propostas constituem as implicações práticas do presente trabalho, consistindo em contributos para a implementação de intervenções baseadas no valor nos hospitais do SNS, considerando, em particular, o modelo de gestão interna escolhido no SNS – a contratualização interna –, e transpondo para um modelo prático a aprendizagem decorrente da estratégia de investigação desenvolvida.

No Capítulo 5, apresenta-se o Estudo 1: Revisão Sistemática de Facilitadores e Barreiras na Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais. No Capítulo 6, apresenta-se o Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar.

4.1. A *Grounded Theory*

Escolheu-se a *Grounded Theory*, enquanto ferramenta que recorre a um processo de concetualização, podendo contribuir, desse modo, para a clarificação da realidade e produzir conhecimento. Este método fornece-nos, pois, indicações metodológicas de como fazer para concetualizar a realidade. Contudo, admite-se, desde logo, a impossibilidade de *conhecer* a realidade sem que se seja, de todo, capaz de a *reconhecer*. Assumindo esta perspetiva, a *grounded theory*, resultado deste trabalho, produziu-se a partir do quadro referencial concetual que se levou para o campo de análise e no qual se apoiou a investigação.

4.1.1. Descrição do método

A *Grounded Theory*, na tradução corrente Teoria Fundamentada ou Teoria Fundamentada nos Dados, consiste num método sistemático indutivo¹²⁵, apresentado em 1967 pelos sociólogos Glaser e Strauss. É também definida como uma metodologia geral para o desenvolvimento de teoria que é fundamentada em dados sistematicamente coligidos e analisados¹²⁶. Apresenta-se como uma forma de pensar e concetualizar dados¹²⁶, ou como um ato de abstração concetual¹²⁷, que, não tendo como objetivo a verificação de teorias ou de hipóteses¹²⁵, procura que a teoria seja gerada a partir dos dados. Pretende oferecer, deste modo, uma explicação concetualmente abstrata para um padrão de comportamento latente (um assunto ou preocupação) no contexto social em estudo, uma explicação – e não somente uma descrição – sobre o que está a acontecer¹²⁷. Hood¹²⁸ alerta para que não se confunda uma *grounded theory* com simplesmente agregar códigos a dados, sob pena de se desenvolver antes um modelo qualitativo indutivo genérico.

Uma *grounded theory* deve apresentar quatro características ou qualidades, segundo Glaser e Strauss¹²⁵, nomeadamente, *adequabilidade (fitness)* à área substantiva a que será aplicável, *inteligibilidade* pelas pessoas que trabalham na área substantiva, *generalidade* para que possa ser aplicável e ajustável e *controlabilidade* pela pessoa que venha a aplicá-la.

A investigação qualitativa tem evoluído muito ao longo das últimas décadas, mas continuará sempre a ter de prestar provas sobre as abordagens que os seus autores empregam no desenvolvimento da sua investigação indutiva e interpretativa. Assim, e seguindo a recomendação de Gioia e coautores⁴³, dedicamos atenção considerável à explicação dos procedimentos sistemáticos que empregámos na recolha e na análise de dados no âmbito do Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da

Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar, apresentado no Capítulo 6, no desenvolvimento da nossa *grounded theory**.

Entendemos importante referir que existem duas gerações contemporâneas e, de certo modo, concorrentes, no pensamento sobre a *Grounded Theory*. A primeira iniciada com Glaser e Strauss em 1967, com o conhecido *The Discovery of Grounded Theory*, também apelidada *Glaserian GT*¹²⁹. A segunda, que marcou a divergência¹³⁰ entre estes dois primeiros autores e que tem vindo a ser desenvolvida por Strauss e Corbin (e exposta no também conhecido *The SAGE Handbook of Grounded Theory*), apelidada *Straussian GT*¹²⁹. Há, ainda, uma terceira linha, a *Grounded Theory Construtivista*¹³⁰. Contudo, Bryant e Charmaz¹³⁰ declaram que o método seguiu ele próprio uma vida por si e até os *país* do método alteraram alguns dos seus procedimentos. Na escolha por um ou outro caminho, optou-se, neste estudo, pela fidelidade aos dados e aos princípios fundamentais do método. A *Grounded Theory* deverá ser, na verdade, considerada uma *família de métodos*¹³⁰, admitindo-se modificações e evoluções sobre a versão originária.

Neste estudo, procurou-se, por via da condução de uma *Grounded Theory*, cumprir o segundo objetivo da investigação, designadamente, analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar (objetivo 2), e construir um modelo concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses (objetivo 2.A), enquanto teoria emergente dos processos de contratualização interna num hospital.

Gerar teoria

Ainda que o foco esteja na geração de teoria e não na sua verificação (historicamente associadas a dados qualitativos e a dados quantitativos, respetivamente), Glaser e Strauss¹²⁵ aconselham que as duas atividades não sejam separadas. Na verdade, ambas são necessárias à investigação e o conflito entre as duas não é preciso, em termos lógicos. A ênfase dada a uma ou a outra depende unicamente das circunstâncias da investigação, dos interesses e do treino do investigador e do tipo de dados¹²⁵.

Quando a geração de teoria é o objetivo, e não a sua verificação, o investigador está constantemente atento a perspetivas emergentes que modificarão ou contribuirão para alterar a teoria, perspetivas que podem facilmente ocorrer no último dia do estudo ou mesmo da redação do manuscrito¹²⁵. Com isto pretendem Glaser e Strauss¹²⁵ afirmar

* Com o detalhe e aprofundamento da descrição da metodologia utilizada, pretendemos contribuir para que melhor se compreendessem, tanto as opções metodológicas, como os resultados do presente trabalho. A descrição da metodologia é, ainda, acompanhada da apresentação de decisões de teor metodológico que foram sendo tomadas ao longo do trabalho.

que gerar teoria é um processo que nunca termina. Aliás, a estratégia da análise comparativa para a geração de teoria, melhor descrita à frente, coloca, com efeito, uma elevada ênfase na *teoria como um processo*, isto é, a teoria como uma entidade sempre em desenvolvimento e não como um produto perfeito. Este é o motivo pelo qual Glaser e Strauss¹²⁵ preferem a forma de discussão teórica na sua apresentação, com recurso a categorias concetuais e suas propriedades. Para além disso, não definem proposições, dado que a tornam menos complexa, densa, ou rica, *congelando-a*, em vez de esclarecer que está em contínuo desenvolvimento. De qualquer modo, se necessário para estudos de verificação, partes de uma discussão teórica podem sempre ser transformadas num conjunto de proposições¹²⁵.

Tem sido defendido por alguns autores que uma *grounded theory* requer que o investigador entre no campo de investigação sem nenhuma declaração preconcebida do problema, protocolos de entrevista, ou uma extensa revisão da literatura, para que se mantenha aberto a explorar a área substantiva, permitindo que as preocupações dos que estão ativamente envolvidos no contexto social em estudo guiem o aparecimento do assunto principal¹²⁷. Haverá, de certo modo, algum valor na semi-ignorância ou na ignorância forçada da literatura⁴³, sob pena de se sofrer de *viés de confirmação*⁴³. Há quem recomende, por isso, que se evitem preconceitos teóricos, ainda que se aceite esta dificuldade na prática¹³¹. Gioia e colegas⁴³ referem, por isso, uma *suspensão consciente de convicções* em teorizações anteriores sobre a área de interesse, pois nunca se estará completamente desinformado. Não será, afinal, possível abstrair-nos de tendências e conhecimento em absoluto¹³². Aliás, será até necessária alguma combinação de conhecimento e não conhecimento, num equilíbrio entre permitir a descoberta e não *reinventar a roda*⁴³. Assim procurámos proceder no Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar.

Também o contexto é como qualquer outra variável, não devendo ser privilegiado, sob pena de se apresentar também como um preconceito, devendo antes ver a sua relevância adquirida (ou não) na teoria emergente¹²⁷. Levou-se, por isso, em boa consideração o carácter flexível da investigação interpretativa, deixando que os novos conceitos a desenvolver fossem revelados pela investigação. O que também dependerá da capacidade para o investigador *navegar à vista* e para constantemente rever as questões que vai colocando aos seus *informantes*⁴³.

Teoria formal, teoria substantiva

Glaser e Strauss¹²⁵ distinguem teoria substantiva de teoria formal, sendo conveniente a escolha prévia por uma ou outra, ou uma combinação entre ambas, pois as estratégias para alcançar uma ou outra variam. No presente estudo, procurou desenvolver-se uma abordagem teórica sobre o que *acontece* na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar da RLVT. Assim, a geração de teoria (ainda que a partir de um quadro de referência) alcançou-se através de uma análise comparativa entre e dentro dos grupos que partilham a *área substantiva*. Acontece que a teoria substantiva é fiel à situação empírica, pelo que, segundo defendem Glaser e Strauss¹²⁵, não pode ser formulada aplicando meramente algumas ideias provenientes de uma teoria formal estabelecida sobre a área substantiva. Ao invés, o investigador deve proceder com um foco, uma questão geral, ou um problema em mente. Os mesmos autores afirmam, ainda, que o investigador pode e deve estudar uma área sem qualquer teoria preconcebida que dite, previamente à investigação, *relevâncias* nos conceitos e hipóteses. De acordo com este entendimento, é necessário que uma teoria substantiva venha a ser gerada a partir dos dados, de forma a perceber se alguma, e qual, das diversas teorias formais é aplicável e pode ajudar o investigador a gerar as suas teorias substantivas.

Esta abordagem contraria a eventual crença de que as teorias formais podem ser aplicadas diretamente a uma área substantiva e que essas teorias fornecem todos os conceitos e hipóteses necessários, forçando os dados, ou negligenciando conceitos e hipóteses relevantes que possam emergir¹²⁵. Deste modo, o investigador pode ser mais fiel aos seus dados e não forçá-los a caber numa teoria, argumentando os autores que será assim mais objetivo e menos suscetível a um viés teorético. Isto implica que seja preciso aguardar para ver se as categorias se associam à teoria substantiva emergente relativa ao assunto em estudo¹²⁵.

Compreende-se a intenção desta diretriz, pois tenciona que se alcancem todas as possibilidades teóricas que não se possam antecipar. Consideramos, contudo, dever interpretar-se esta recomendação relativizando-a, dado entendermos que, se não houver um quadro concetual que nos guie, dificilmente captaremos todas as informações relevantes que os dados têm para nos oferecer. Simplesmente, não as reconheceremos. Assim, empreendeu-se a investigação, no equilíbrio cuidado entre a *lente* de referência e a abertura a novos conceitos, tensões e dinâmicas.

Tendo presente esta ressalva, a teoria substantiva contribui para gerar novas teorias formais fundamentadas nos dados e para reformular outras previamente estabelecidas.

Fornece, assim, uma ligação estratégica entre a formulação e o desenvolvimento de teoria formal baseada nos dados, num movimento que envolve uma construção progressiva sobre factos, desde teoria substantiva a teoria formal *grounded*, isto é, fundada nos dados. Aliás, admite-se que várias áreas substantivas e formais de investigação se vão constituindo como teorias formais cada vez mais inclusivas¹²⁵. Na verdade, serão necessárias múltiplas teorias formais, dado que uma só teoria não abarca todas as *relevâncias*. Ao compararem-se várias teorias consegue-se chegar a níveis mais inclusivos e parcimoniosos, mas não partindo nunca dessa parcimoniosidade o investigador de uma teoria substantiva¹²⁵.

Deste modo, na sequência da teoria que emergiu dos dados, e informados pelo quadro teórico, enquadrámos as nossas descobertas teoréticas substantivas em teorias formais existentes, que as modificaram, ou melhor, as desenvolveram. Os construtos teóricos que melhor se adequaram aos dados foram os do *icebergue organizacional*, de Selfridge e Sokolik⁴⁴, dos tipos de estratégia de Mintzberg⁴⁵, do comportamento estratégico autónomo, descrito por Mirabeau e Maguire⁴⁶, e do modelo de congruência, de Nadler e Tushman²⁹.

Quanto a este aspeto, deve referir-se a preocupação explicitada por Glaser e Strauss¹²⁵ de que também a integração da teoria é melhor quando emerge, como os conceitos. Isto é, a teoria não deve ser montada simplesmente, ou um modelo de teoria formal ser aplicado à teoria substantiva, até que o investigador tenha a certeza de que lhe serve e que os dados não serão forçados. A utilização possível de um modelo formal de integração pode ser determinado apenas depois de um modelo substantivo ter suficientemente emergido. De qualquer modo, o verdadeiro quadro integrador emergente é um que abranja toda a diversidade possível de categorias e propriedades, ficando em aberto (*open-ended*) e havendo sempre espaço para novas categorias e propriedades que venham a ser geradas e relacionadas¹²⁵.

4.1.2. Técnicas de recolha e análise de dados

A *Grounded Theory* foi desenhada para encorajar uma interação persistente do investigador com os seus dados, para que se mantenha em simultâneo e constantemente envolvido com a análise que deles emerge¹³⁰. A recolha e a análise de dados prosseguem ao mesmo tempo e cada uma informa e dirige a outra, aspeto central na geração de teoria¹³⁰. Trata-se da necessidade de que as três operações de recolha, codificação e análise dos dados ocorram em simultâneo, tanto quanto possível, que se misturem e entrelacem continuamente, desde o início até ao fim da investigação. O *teorista* é, ainda, afetado pelas experiências *com* os respondentes, que podem

acidentalmente contribuir com ideias e conceitos (mesmo *in vivo*) e fazer persistir perspectivas na análise¹²⁶.

Na *Grounded Theory*, são, por isso, inseparáveis as fases de recolha e de análise de dados, pelo que são descritas na mesma Secção.

Observação-participação – *memoing*, diplomacia e discrição

Conduziu-se uma observação direta participante, pois a investigadora esteve integrada no grupo ao longo da investigação e recolheu diretamente os dados, sem que houvesse intervenção dos sujeitos observados. A técnica da observação participante permitiu uma análise indutiva e compreensiva e a apreensão do real, face à intersubjetividade presente¹³³, adequada aos objetivos da investigação. A investigadora foi em simultâneo instrumento na recolha de dados e na sua interpretação¹³³.

A técnica desenvolveu-se na modalidade de observação-participação, dado que a investigadora apenas se integrou no grupo a partir do momento em que se iniciou a investigação, não fazendo parte dele previamente.

Na terminologia dada por Lapassade¹³⁴, conduziu-se uma observação com participação ativa (por oposição à observação participante periférica e à observação participante total ou completa), coloquialmente referida por alguns autores como *tendo um pé dentro e outro fora*. Esta modalidade reflete um estatuto que permitiu à investigadora participar em todas as atividades, mas mantendo um certo distanciamento¹³⁴.

Ao longo de todo o processo de investigação, usaram-se várias técnicas de recolha de dados, nomeadamente, observação, entrevistas abertas, relatos de reuniões, de conversas informais e de outras atividades grupais ou individuais, e análise documental. Foram sendo tomadas notas, com diplomacia e discrição⁴³, sobre o que os informantes contavam, conscientemente procurando usar os seus termos, de modo a compreender a sua experiência vivida⁴³, recolhendo pensamentos, sentimentos, intenções e atribuições de significado que iam expondo.

Na amostragem teórica para saturação de uma categoria, melhor descrita *infra*, não existem limites quanto a técnicas de recolha de dados, à forma como são aplicadas, ou ao tipo de dados, uma vez e na medida em que o investigador trabalha sob as diferentes condições estruturais de cada grupo (agenda, áreas restritas, disponibilidade de documentação de diferentes tipos, calendarização do trabalho). Para ser bem-sucedido, tem, pois, de ser flexível nos seus métodos e meios para recolher dados entre os diferentes grupos¹²⁵. Para além disso, diferentes tipos de dados fornecem ao investigador diferentes pontos de vista, através dos quais pode compreender uma

categoria e desenvolver as suas propriedades. A estas diferentes perspectivas, Glaser e Strauss¹²⁵ chamam *slices of data*, traduzido aqui por porções de dados. Deste modo, esta análise comparativa de diferentes porções de dados deve ser baseada no entendimento teórico da categoria sob diversas condições e não nas diferenças metodológicas das técnicas usadas¹²⁵. Para além disso, as diferentes porções de dados não devem ser vistas como testes umas das outras, sob pena de se cair na retórica da verificação. Ao invés, são diferentes modos de conhecimento sobre as suas categorias, que deve ser teoricamente explicado ou integrado.

Na amostragem teórica, todas as porções de dados são, por isso, relevantes e não há lugar a entrevistas sistemáticas de uma amostra de respondentes, ou mesmo, entrevistas que excluam observação¹²⁵. As primeiras entrevistas são normalmente abertas, em que o investigador se limita a ouvir. Para o final da investigação, as entrevistas e observações são já orientadas pela teoria emergente, pelo que as questões passam a ser sustentadas nas suas categorias¹²⁵. Houve também, no nosso estudo, de forma espontânea, muitas interações diretas com a investigadora e comunicações frontais sobre o que os profissionais pensavam e sentiam ao longo do processo, e que foi sendo registado. As pessoas estão, pois, dispostas sobremaneira a revelar informação considerada *privada*, devendo prometer-se, por isso, não confidencialidade, mas anonimidade⁴³.

Registaram-se também todas as impressões e teorizações da própria investigadora que pareciam ir emergindo dos dados, inscritas direta mas diferenciadamente nas notas de campo, uma técnica designada *memoing*. Na verdade, notas analíticas *to oneself* são encorajadas na construção de *grounded theory*, pois explicam padrões de pensamento em relação à análise dos dados¹³¹. Aliás, a teoria final é habitualmente gerada a partir da integração de diversos *memos* analíticos¹³⁵, o que foi feito. Também Glaser e Strauss¹²⁵ referem a utilidade de escrever *memos* sobre as notas de campo. Charmaz, uma autora de segunda geração da *Grounded Theory*, refere o *memo-writing* como uma etapa intermediária fundamental entre a recolha de dados e a redação, um método crucial que conduz o investigador a analisar os dados e a codificar logo desde o início da investigação¹³⁰. Corbin e Strauss¹³² definem memorandos como o registo do investigador de análises, pensamentos, interpretações, questões, ou direções para a recolha adicional de dados. Glaser¹³⁶ refere o processo de fazer *memos* ou *memoranda* como útil para que o investigador não perca o que vai pensando sobre os dados, para que perceba os códigos que parecem agrupar-se, que estejam espelhando qual é afinal *o problema para estas pessoas, que experiências de vida tive semelhantes e o que fiz com essas experiências*, declarando que tudo são dados. Os *memos* serão, depois,

classificados (*sorted*) de acordo com as categorias e propriedades, atividade vital na análise¹³⁶.

No Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar, a recolha de dados foi acompanhada da sua análise, registando-se *memos* sempre que parecia emergir uma categoria, ou uma sua propriedade, num documento que esteve em permanente atualização. Registaram-se todos os novos dados e ideias, mesmo inesperados, de forma a não estar a investigação limitada a qualquer preconceito ou conhecimento preexistente. O objetivo não foi, contudo, a precisão da descrição, mas a explicação de padrões de comportamento e a abstração concetual, que resultasse em hipóteses concetuais, tal como recomenda Holton¹²⁷.

No final, transcreveu-se todo o texto para um documento em suporte *Microsoft Office Excel*, para que se procedesse à codificação. Sobre a assistência por computadores, Glaser¹³⁶ alerta para o facto de poder interferir com a tarefa de *sorting* dos *memoranda*, pelo que poderão ser usados desde que o investigador controle a sua análise.

Amostragem teórica, saturação teórica, sensibilidade

O investigador deve ser *teoreticamente sensitivo*, para que consiga concetualizar e formular uma teoria à medida que emerja dos dados. Esta característica, em desenvolvimento permanente, é perdida se o investigador se compromete com uma só teoria específica preconcebida, como a organização formal, deixando de ver *à volta*¹²⁵.

Na recolha de dados, foi, por isso, no nosso estudo, tido em atenção um processo de *amostragem teórica* (que não tem de ser, em estudos que procuram a geração de teoria, combinada com amostragem aleatória), descrita inicialmente por Glaser e Strauss¹²⁵. Amostragem teórica procura designar o processo de recolha de dados para gerar teoria, em que o investigador conjuntamente recolhe, codifica e analisa os seus dados e decide que dados deverá recolher seguidamente e onde os encontrar, de forma a desenvolver a sua teoria à medida que emerge. Este processo de recolha de dados é *controlado* pela teoria emergente, seja substantiva ou formal. As decisões não são baseadas em quadros teóricos preconcebidos, mas em perspetivas sociológicas gerais e sobre áreas temáticas ou problemáticas gerais. Os mesmos autores prosseguem com o exemplo, precisamente, de um hospital, o nosso campo de estudo, em que se pode começar a investigação com um quadro parcial de conceitos *locais*, isto é, conceitos que designem algumas características da estrutura e dos processos das situações que serão estudadas. Acontece que o investigador desconhece a relevância destes conceitos para o seu problema – que deverá ele próprio emergir – e podem nem

fazer parte do núcleo de categorias explicativas da sua teoria, ou sequer ser usados nas situações relevantes para o problema. Por este motivo, podem vir a ser descobertos muitos mais conceitos *locais* estruturais e processuais do que aqueles que o investigador poderia ter antecipado¹²⁵.

Para além das decisões iniciais de recolha de dados, a recolha subsequente não pode ser planeada previamente ao surgimento da teoria, dado que é a teoria emergente que aponta para os passos seguintes e que dirige o investigador. A questão essencial na amostragem teórica é sobre a que grupos ou subgrupos deve o investigador dirigir-se seguidamente na recolha de dados, e por que propósito teórico. As possibilidades de comparações múltiplas são infinitas, pelo que os grupos deverão ser escolhidos em função de critérios teóricos (propósito e relevância) e não por circunstâncias estruturais¹²⁵. Isto é, ainda que balizadas por circunstâncias estruturais da investigação, o investigador não baseia nelas o seu estudo. Estes critérios teóricos contribuirão, segundo Glaser e Strauss¹²⁵, para que haja um controlo mais sistemático e relevante sobre a recolha de dados, do que critérios arbitrários, planeados antecipadamente e rotinizados, com base nos limites estruturais existentes das fronteiras quotidianas dos grupos. Por outro lado, é conveniente seleccionar grupos para comparação, pois fornecem controlo sobre duas escalas de generalização, o nível concetual e o foco populacional. Importa também proceder à maximização ou minimização tanto das diferenças como das similaridades dos dados constantes das categorias em estudo¹²⁵.

Este último controlo é vital na descoberta de categorias e para desenvolver e relacionar as suas propriedades teóricas, todas necessárias para o desenvolvimento mais além da teoria emergente. Através da maximização ou da minimização das diferenças entre os grupos comparativos, o investigador consegue controlar a relevância teórica da sua recolha de dados¹²⁵. Minimizando as diferenças aumenta a possibilidade de recolha de mais dados similares de uma determinada categoria. A abordagem de maximização das diferenças, por sua vez, aumenta a probabilidade de se encontrarem dados diferentes e variados que constam de uma categoria. À medida que procuramos compreender a multitude de diferenças, tendemos a desenvolver as propriedades das categorias mais rápida e densamente e a integrá-las numa teoria delimitada que possui diferentes níveis de generalidade concetual.

A seleção dos grupos no Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar fez-se em função da teoria emergente e que conduziu à necessidade, que não poderíamos ter antecipado, de observar e de recolher dados junto de outros grupos, para além dos que foram inicialmente observados, constituídos pelas direções de área e pelo Conselho de

Administração (CA). Foi o caso do grupo da Comissão de Acompanhamento da Atividade Clínica, dos grupos formados pelos fornecedores e pela Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação, dos grupos de *value stream mapping* (no âmbito dos processos *lean* em curso), ou do grupo do próprio Planeamento e Controlo de Gestão (PCG). Alguns grupos foram, inclusivamente, espontâneos, em resultado de encontros informais.

Sob este aspeto da amostragem teórica, é conveniente referir-se a designada *saturação teórica*, desenvolvida também por Glaser e Strauss¹²⁵. O investigador, na senda da descoberta de teoria, não pode definir *a priori* quantos grupos entrarão na sua *amostra teórica*, pois só poderá contabilizá-los no final. E deverá continuamente decidir sobre quantos grupos ele deverá incluir em cada *ponto* teórico, até que se depare com a *saturação teórica* de cada categoria. Isto significa que o investigador, a certa altura, não encontra dados adicionais que lhe permitam desenvolver novas propriedades da categoria. À medida que vê apenas semelhanças, e procura grupos que alcançam a diversidade possível de dados, o investigador pode passar a estar confiante empiricamente de que uma categoria está saturada. Na tentativa de alcançar *saturação*, o investigador maximiza, pois, as diferenças nos grupos de maneira a maximizar a variedade de dados que constam de uma categoria e, assim, desenvolver tantas propriedades da categoria quantas as possíveis¹²⁵.

A *saturação teórica* é alcançada através da realização conjunta da recolha e da análise de dados. Os critérios para determinar a *saturação* são uma combinação dos limites empíricos dos dados e da integração e da densidade da teoria, para além da já referida *sensitividade teórica* do investigador¹²⁵. A profundidade da amostragem teórica refere-se ao volume de dados coligidos sobre um grupo e sobre uma categoria, que não tem de corresponder a tanta informação quanta a possível sobre o grupo inteiro. É necessária apenas a recolha de dados sobre categorias, para a geração de propriedades e hipóteses (ainda que este tipo de recolha seletiva de dados tenda a resultar em dados em excesso). Na prática, após um dia de trabalho de campo, em que forem reportadas, em notas, dezenas de incidentes, apenas é necessário redigir dados sobre as categorias que lhes correspondem (preservando, idealmente, tempo de reflexão e análise). Para além disso, a leitura das categorias pode fazer recordar dados que possam ter sido esquecidos, mas que se relacionam com as categorias que emergiram. As notas de campo acabarão por ser implicitamente guiadas pelas categorias, pelo que a amostragem teórica promove economia de tempo no que respeita a notas¹²⁵.

O método comparativo constante – evidência precisa e generalização empírica

Ao invés de se determinarem procedimentos ou definições precisas, Glaser and Strauss¹²⁵ recomendam como a grande estratégia para o desenvolvimento da descoberta de *grounded theory* um método geral de análise comparativa. Trata-se de um método geral, apresentado já antes, nos seus princípios genéricos, por Weber, Durkheim, ou Mannheim, adequado a *unidades* organizacionais de qualquer tamanho e estrategicamente utilizado para gerar teoria¹²⁵.

Os factos são replicados com evidência comparativa, sendo que as replicações são a melhor forma de validar factos e, embora este uso da análise comparativa não seja o objetivo último dos autores da *Grounded Theory*, ele subsume-se ao que é pretendido alcançar, dado que queremos estar seguros da nossa evidência tanto quanto possível¹²⁵. Não constituirá, contudo, um problema se a evidência obtida no âmbito de uma *grounded theory* não estiver inteiramente correta, dado que, no que respeita à geração de teoria, não se trata tanto dos factos sobre os quais se sustenta, mas da categoria concetual, ou de uma propriedade concetual da categoria, que deles foi gerada. Assim, na *descoberta* de teoria (tendo em consideração o já referido sobre a relatividade do *desconhecido* teórico), geram-se categorias concetuais, ou as suas propriedades, a partir da evidência. A evidência a partir da qual a categoria emergiu é, depois, usada para ilustrar o conceito, pelo que pode não estar necessariamente correta, enquanto o conceito, por sua vez, é indubitavelmente uma abstração teórica relevante, inalterável (contrariamente ao que acontece aos factos), sobre o que está a acontecer na área estudada. Gerar teoria através de análise comparativa subsume-se também a verificações e descrições exatas, mas apenas na medida em que estas estejam *ao serviço* da geração de teoria, sob pena de a inibir¹²⁵.

Também com uma *grounded theory* se procuram estabelecer generalizações empíricas, como qualquer outro estudo comparativo, pois as generalizações delimitam as fronteiras de aplicabilidade de uma *grounded theory*. Mais relevante ainda, contribuem para que a teoria seja ampliada, de forma a ter uma mais abrangente aplicabilidade e um maior poder explicativo e preditivo. Assim, são comparados os factos que são semelhantes ou diferentes, o que permite gerar propriedades de categorias que aumentam a sua generalidade e poder explicativo¹²⁵.

Não obstante, nem a evidência exata, nem o tipo de evidência, ou o número de casos, é crucial para gerar teoria, dado que um caso único pode indicar uma categoria ou propriedade concetual genérica, enquanto mais casos podem confirmar essa indicação. Assim, a geração por análise comparativa requer uma multiplicidade de casos

cuidadosamente selecionados. Contudo, a preocupação do investigador não deverá ser conhecer toda a área em estudo, alcançar todos os factos respeitantes a uma calculada amostra aleatória, fornecer uma descrição exata de um campo de análise, ou mesmo conhecer a situação concreta melhor do que as pessoas nela envolvidas. Ao invés, o seu trabalho deverá ser o desenvolvimento de uma teoria que corresponda a grande parte do comportamento relevante, gerando categorias gerais e suas propriedades para situações e problemas gerais e específicos, o que pode fornecer guias teóricos para a ação¹²⁵. Glaser e Strauss designam este processo de *amostragem teórica*, descrito *supra*.

Foi, assim, usado o método comparativo constante, apresentado por Glaser e Strauss¹²⁵, um método indutivo para o desenvolvimento de teoria e um procedimento analítico de comparação constante a utilizar em conjunto com a amostragem teórica. É um método adequado à intenção de gerar teoria e que, enquanto abordagem à análise de dados qualitativos, se traduz numa combinação entre duas abordagens. Uma delas é a codificação e a análise subsequente (uma vez terminada a fase de codificação e só depois desta). A outra é a análise que somente inspeciona os seus dados em busca de novas propriedades das suas categorias teóricas e escreve *memos* sobre essas propriedades, constantemente redesenhando e reintegrando as suas noções teóricas, quase dispensando a codificação explícita. No presente estudo, procedemos a uma codificação explícita (primeira abordagem), mas seguindo o estilo de desenvolvimento de teoria da segunda abordagem, tal como recomendam Glaser e Strauss¹²⁵. O propósito deste método de codificação e análise conjuntas é a geração de teoria de modo mais sistemático do que o permitido pela segunda abordagem quando desenvolvida de modo estrito, mas com recurso a procedimentos de codificação e análise explícitas, próprios da primeira (mas que, isoladamente, inibem o desenvolvimento de teoria, pois foram desenhados para teste e não para descoberta de hipóteses). Deste modo, o investigador aplica as suas capacidades sensitivas na geração de uma teoria que é integrada, consistente, plausível e próxima dos dados. Ao mesmo tempo, fá-lo de uma forma clara o suficiente para ser prontamente operacionalizável, de modo a testar-se eventualmente em investigação quantitativa. No fundo, o método comparativo constante é desenhado para permitir a existência, com disciplina, de alguma flexibilidade que ajude a geração criativa de teoria¹²⁵.

Ao longo de todo o trabalho de campo, conduziu-se, desta forma, uma análise flexível, registando *memos* sobre as propriedades das categorias que iam emergindo dos dados e, seguidamente, procedeu-se a uma codificação explícita, permitindo-nos a revisitação das notas, em busca de novas propriedades, que eram, uma vez mais, codificadas.

Na construção da *grounded theory*, recorreremos, assim, às quatro etapas do método comparativo constante, descritas por Glaser e Strauss¹²⁵, nomeadamente, (i) a comparação de incidentes aplicáveis a cada categoria, (ii) a integração das categorias e das suas propriedades, (iii) a delimitação da teoria e (iv) a redação da teoria. Estas etapas fazem parte de um processo contínuo, em que a etapa antecedente se transforma, passado um certo tempo, na seguinte.

Na *comparação de incidentes aplicáveis a cada categoria* (primeira etapa), o investigador começa por codificar cada incidente nos seus dados em tantas categorias quantas as possíveis, à medida que emergem as categorias ou os dados que *servem (fit)* à categoria existente (com recurso a notas nas margens, por exemplo). Este procedimento realiza-se, comparando (mesmo com base na memória) cada incidente com incidentes anteriores no mesmo ou num diferente grupo codificado na mesma categoria. Prosseguindo, rapidamente o investigador começa a pensar em termos de tipos de categoria, nas suas dimensões, condições sobre as quais é potenciada ou minimizada, suas grandes consequências, relações com outras categorias e suas outras propriedades¹²⁵. Notamos, aqui, a correspondência com a codificação axial, descrita na Secção 4.2. À medida que as categorias e suas propriedades emergem, percebe-se que existem dois tipos, sendo um construído pelo investigador (expressões criadas pelo investigador) e outro abstraído a partir da linguagem da situação em estudo (expressões usadas pelos informantes). Para além disso, observa-se que os conceitos abstraídos tendem a consistir em rótulos (*labels*) correntes em uso para os processos e comportamentos atuais que o investigador quer explicar. Já os conceitos construídos pelo investigador (primeiro tipo) tendem a ser as explicações. Nesta etapa, têm grande utilidade os memorandos escritos nas notas de campo (*memo writing on the field note*), pois fornecem uma ilustração imediata para uma ideia. Para além disso, forçam o investigador a usar um incidente como ilustração apenas uma vez (dado que pode ser codificado em várias categorias) e para a propriedade mais importante dentre todas as possíveis. Assim, procurará nas suas notas outras ilustrações para as suas outras propriedades e categorias. É uma forma de *fraturar* a história (saindo um pouco dela), sem perder as ilustrações de cada ideia, o que é necessário para a integração clara da teoria¹²⁵.

A *integração de categorias e das suas propriedades* (segunda etapa) resulta da comparação constante, que causa um conhecimento acumulado relativo a uma propriedade da categoria, que começa a tornar-se integrada, bem como as suas diversas propriedades, e ainda com outras categorias de análise. A teoria desenvolve-se deste modo, através de constantes comparações que forçam o investigador a

encontrar um qualquer sentido teórico em cada comparação. Glaser e Strauss¹²⁵ recomendam que os dados sejam coligidos por amostragem teórica ao mesmo tempo que são analisados, permitindo que a integração da teoria surja por ela, pois aproveitam ao máximo os padrões de integração *in vivo* nos próprios dados. As próprias questões guiam a recolha de dados, de forma a preencher as lacunas e estender a teoria, o que também é uma estratégia integrativa, sem necessidade de recorrer a artifícios (como nos casos em que os dados são escassos e não é possível recolher mais).

A *delimitação da teoria* (terceira etapa) obedece a critérios teóricos, sob pena de se tornar arbitrária e menos conducente a um produto integrado, com incidentes e categorias irrelevantes. Observamos uma correspondência desta etapa com a codificação seletiva, descrita na Secção 4.2. Esta etapa ocorre ao nível da teoria e ao nível das categorias.

Ao *nível da teoria*, em primeiro lugar, vemos a teoria solidificar à medida que vamos comparando os incidentes, pois tornam-se cada vez menos as modificações major. As últimas alterações destinam-se a clarificar a lógica, excluir propriedades irrelevantes, integrar detalhes mais elaborados de propriedades na descrição das categorias inter-relacionadas e reduzir. Glaser e Strauss¹²⁵ alertam para o facto de ser esta última a mais importante. A redução acontece quando descobrimos uniformidades subjacentes na lista original das categorias e suas propriedades e conseguimos, por isso, formular a teoria com um conjunto mais reduzido de conceitos de elevado nível, o que delimita a sua terminologia e descrição textual. No Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar, com a redução de terminologia, descobrimos igualmente que a nossa *grounded theory* poderia ser generalizada, isto é, não tratar somente sobre a contratualização interna orientada pelo valor, mas sobre intervenções genéricas baseadas no valor. Neste ponto, pode inclusivamente utilizar-se literatura sobre outras áreas para algumas comparações¹²⁵. É nesta altura que se consegue alcançar dois grandes requisitos da teoria, e que são (i) a parcimónia de variáveis e formulação e (ii) foco da aplicabilidade da teoria a um leque alargado de situações. Ao mesmo tempo, é preservada uma correspondência próxima entre a teoria e os dados¹²⁵.

Ao *nível das categorias*, a delimitação da teoria consiste na redução da lista original de categorias para codificação, considerando agora as fronteiras da sua teoria, com a qual estamos agora *comprometidos*. Este procedimento permite-nos codificar e analisar os incidentes de modo mais seletivo e focado, dedicando tempo à comparação constante de incidentes que são claramente aplicáveis ao agora menor conjunto de categorias. Para além disso, as categorias tornam-se saturadas teoreticamente. Ou seja, após a

codificação de incidentes para a mesma categoria um certo número de vezes, aprendemos a ver rapidamente se um incidente aponta para um novo aspeto, caso em que é codificado e comparado. Caso contrário, não é codificado, uma vez que nada acrescenta à teoria e apenas adiciona volume à categoria¹²⁵. Glaser e Strauss¹²⁵ recordam que é sempre possível acrescentar novas propriedades de uma categoria referentes a um incidente não registado, mas de que o investigador se lembra somente nesta fase. Este procedimento relaciona-se com a saturação teórica, pois, se se aplicar a uma categoria já estabelecida, pode ser ignorado, dado que a categoria estará saturada, mas se gerar uma nova categoria minor, pode ser incluído num *memo* que o conduz ao seu lugar na teoria. Se vier a tornar-se central na teoria, o *memo* torna-se uma diretiva para a codificação futura das notas de campo e poderá ser necessário regressar ao campo ou à literatura.

No momento de *escrever a teoria* (quarta etapa), o investigador possui dados codificados, um conjunto de *memos* (que, para iniciar a redação, devem ser, sobre cada categoria, reunidos, sintetizados e eventualmente analisados) e uma teoria. É a discussão subjacente a estes *memos* que fornece o conteúdo por detrás das categorias e os grandes temas da teoria. E é no momento em que estamos convictos de que o nosso quadro analítico forma uma teoria substantiva sistemática, que se trata de uma declaração razoavelmente precisa das matérias estudadas, vertida numa forma que outros poderão usar, que podemos finalizar os nossos resultados com confiança. Sabendo, porém, que podemos sempre regressar aos dados codificados se for necessário validar um ponto sugerido, identificar dados por detrás de uma hipótese, resolver lacunas na teoria, ou fornecer ilustrações¹²⁵.

Categorias e propriedades, hipóteses

Existe uma relação sistemática entre categorias e propriedades, dois elementos da teoria que têm vindo a ser referidos. A *categoria* consiste num elemento concetual da teoria, enquanto a *propriedade* é um aspeto concetual ou elemento de uma categoria. Tanto uma como outra são conceitos indicados pelos dados (e não os dados em si), variando no grau de abstração concetual, isto é, são construções teóricas sobre os dados. Uma vez concebidas, uma alteração na evidência não as altera, clarifica ou destrói, uma vez que têm *vida* separada da evidência que lhes deu origem¹²⁵.

A comparação constante de vários grupos chamará a atenção para as suas semelhanças e diferenças, conduzindo o investigador a gerar categorias abstratas e suas propriedades que, na medida em que emergiram dos dados, serão importantes para a teoria que explique o tipo de comportamento sob observação. Categorias de um

nível inferior emergem rapidamente nas fases iniciais da recolha de dados. As concetualizações de nível superior, integradoras, e as propriedades que as descrevem tendem a surgir mais tarde, junto da recolha, codificação e análise conjuntas dos dados. Estas considerações são relevantes, dado que, se apenas seleccionássemos dados respeitantes a uma categoria já estabelecida por uma teoria já existente, estaríamos a inibir a geração de novas categorias. O esforço do investigador não seria a geração, mas a seleção de dados. Para além disso, as categorias emergentes são habitualmente mais adequadas aos dados e a sua generalização e significância são continuamente desenvolvidas e confirmadas pela sua relevância. Glaser e Strauss afirmam, quanto a este aspeto, que o foco no aparecimento de categorias resolve o problema de ajustamento ou *adequação (fit)* aos dados, de forçar os dados e da riqueza¹²⁵ da teoria.

Pelo descrito, uma estratégia eficaz consiste em, no início da investigação, ignorar a literatura sobre teorias e factos na área em estudo, de forma a assegurar que o surgimento de categorias não será contaminado por conceitos mais adequados a outras áreas, como já notado. As similitudes e convergências com a literatura podem ser estabelecidas depois que o núcleo analítico de categorias tenha emergido. Isto é, uma vez obtidas as categorias relevantes no caso, poderão estas ser enquadradas no modelo teórico que melhor se lhes adequa¹²⁵. Assim se fez, neste estudo. Deve considerar-se, porém, o que foi observado anteriormente sobre a impossibilidade de ignorar em absoluto o conhecimento que exista sobre a matéria estudada.

Defendem Glaser e Strauss¹²⁵ que a geração de teoria deve almejar alcançar muita diversidade nas categorias emergentes, sintetizadas em tantos níveis de generalização concetual e hipotética quantos os possíveis. A síntese fornece, pois, conexões imediatamente visíveis entre os dados e os níveis inferiores e superiores de abstrações concetuais de categorias e propriedades.

O tipo de conceito que deve ser gerado tem duas características que se complementam e que devem estar em equilíbrio, de acordo com a saturação teórica das categorias¹²⁵. Os conceitos devem ser analíticos, isto é, suficientemente generalizáveis para que designem características de entidades concretas e não as entidades em si. E devem ser também *sensibilizantes (sensitizing)*, ou seja, produzirem uma imagem *com significado*¹²⁵.

A comparação de diferenças e similitudes entre grupos não só gera categorias, como rapidamente gera relações generalizadas entre elas. Contudo, estas hipóteses serão, em todo o caso, sugeridas, não testadas, ainda que verificadas o mais possível no

decurso da investigação. Assim, apenas é necessária evidência suficiente para estabelecer uma sugestão e não um cumulativo de evidência para estabelecer uma prova¹²⁵. Não obstante, deve ser notado que, em trabalho de campo, as relações gerais são frequentemente descobertas *in vivo*, pois o investigador em campo vê essas relações a acontecer. De acordo com Glaser e Strauss¹²⁵, este é um aspeto da vida real que merece ênfase, pela sua importância na geração de teoria.

As hipóteses podem parecer de início irrelacionáveis, mas, à medida que as categorias e as propriedades emergem, se desenvolvem em abstração e se relacionam entre si, as suas inter-relações acumuladas formam um quadro teórico central integrado e que constitui o núcleo, o *core*, da teoria emergente. Esse núcleo torna-se um guia teórico para a posterior recolha e análise de dados¹²⁵. Noble e Mitchell¹³¹ referem também a existência de uma categoria *core*, o fenómeno principal em torno do qual as categorias são construídas e a teoria é gerada. A leitura do trabalho desenvolvido por Strauss e Corbin¹³² clarifica esta questão. Aí se refere que no início da integração (e só nesta fase) se decide a categoria central, também chamada de categoria básica ou geral. Sendo uma abstração, simplesmente representa o tema principal da investigação, que também emerge dela. Tem, por isso, a capacidade de reunir outras categorias, formando um todo explanatório, podendo surgir da lista de categorias existentes ou ser uma outra, mais abstrata que agrupa todas as outras. No Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar, pela sua complexidade e especificidade, identificámos duas categorias centrais: a *identidade organizacional* e a *cooperação interna*.

4.2. A Metodologia Gioia

A *Grounded Theory*, enquanto abordagem geral ao estudo do que *acontece* na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar (Estudo 2), operacionalizou-se através da designada metodologia Gioia. Esta é a ferramenta analítica que se escolheu para desenvolver a nossa *grounded theory*, pois instrumentaliza eficazmente as técnicas de análise de dados próprias desta abordagem. Nesta Secção, descreve-se a metodologia e as suas características.

Deve observar-se, desde já, que a metodologia Gioia foi igualmente utilizada, enquanto estrutura de dados, para a síntese dos resultados da Revisão Sistemática conduzida no âmbito do Estudo 1. Contudo, dada a natureza deste último método, não se procedeu ao desenvolvimento de códigos teóricos, próprio de uma *grounded theory*, mas somente de categorias e subcategorias, pois pretende-se, com a síntese da Revisão Sistemática, descrever os resultados encontrados e não explicá-los. Não obstante, com

reserva dessa característica, a estrutura de dados da metodologia Gioia mostrou-se apropriada à realização da síntese que decorreu do Estudo 1.

4.2.1. A metodologia Gioia enquanto ferramenta analítica

Gerar a teoria a partir dos dados significa que a maioria das hipóteses e conceitos não só emerge dos dados, como é sistematicamente trabalhada em relação aos dados ao longo do estudo, pelo que envolve, de todo o modo, um processo de investigação¹²⁵. Para proceder a esta sistematização, Glaser e Strauss¹²⁵ encorajam a criatividade (em contraste com outros métodos de verificação) e mesmo *insight*. Admite-se, inclusivamente, que os próprios investigadores desenvolvam as suas estratégias e técnicas na amostragem teórica e na análise comparativa. Nesta medida, uma *grounded theory* pode assumir diferentes formas, pois a *forma* como a teoria é apresentada pode ser independente do processo por via do qual foi gerada¹²⁵.

Glaser e Strauss favorecem, em todo o caso, a *densidade teórica* sobre a *amplificação descritiva*¹²⁵. Estudar os processos de construção social implica, pois, um maior foco na forma como os membros da organização compreendem a sua experiência e menos na frequência de ocorrências mensuráveis. Isto porque, em investigação qualitativa, os conceitos são precursores de construtos que atribuam sentido a mundos organizacionais⁴³. Este foco tem exigido novas ferramentas que ponham em prática uma abordagem que capte conceitos relevantes à experiência organizacional humana, em termos que sejam adequados ao nível de significado das pessoas que vivem essa experiência e que sejam também adequados ao nível da teorização científica sobre a experiência⁴³. Gioia e colaboradores⁴³ têm desenvolvido, por isso, uma abordagem holística ao desenvolvimento de conceitos. Esta abordagem equilibra o frequente conflito entre a necessidade de desenvolver indutivamente novos conceitos enquanto são respeitados elevados padrões de rigor.

Para a análise dos dados, utilizou-se, por isso, a metodologia Gioia, uma abordagem sistemática indutiva ao desenvolvimento de conceitos e à investigação de *grounded theories*⁴³. Mas trata-se, fundamentalmente, de uma orientação flexível (e não um *template*) que admite e espera alguma inovação metodológica na sua aplicação⁴³. Esta metodologia tem sido desenvolvida e refinada desde a década de 90 e pretende essencialmente demonstrar com rigor as conexões existentes entre dados e teoria⁴³.

Os autores desta metodologia partem de duas premissas. Uma delas é a de que o mundo organizacional é construído socialmente. A outra, que referem como sendo crucial e operacionável, é a de que as pessoas que constroem as suas realidades

organizacionais são *agentes conhecedores (knowledgeable agents)*, prosseguindo uma intenção. Ou seja, as pessoas nas organizações sabem o que estão a tentar fazer e conseguem explicar os seus pensamentos, intenções e ações. Esta última premissa tem, por isso, consequências profundas na condução da investigação⁴³. Isto porque os investigadores não impõem aos seus informantes construtos ou teorias prévias que constituam as explicações *escolhidas a priori* para a compreensão ou explicação da sua experiência. Ao invés, o investigador esforça-se por dar voz aos informantes nas fases iniciais de recolha e análise de dados, o que cria oportunidades ricas de descoberta de novos conceitos, em alternativa à afirmação de conceitos existentes⁴³.

Por essa razão, a metodologia Gioia apresentou-se-nos adequada à análise de dados, no âmbito de uma *Grounded Theory*, pois convergem nas premissas, nas possibilidades e nos procedimentos. Aliás, uma das principais forças da *Grounded Theory* é a sua capacidade para dar origem a práticas de investigação e ferramentas conceituais, desde que não se tornem estas aplicações mecânicas e limitadas¹³⁰. Para além de que, no trabalho original sobre a *Grounded Theory*, os autores referem que um dos seus objetivos consiste em estimular outros *teoristas* a codificar e a publicar os seus próprios métodos de gerar teoria. O que requer a manutenção de uma discussão de métodos e processos em *mente aberta*¹²⁵.

Utilizou-se a metodologia Gioia, enquanto ferramenta analítica, para que nos ajudasse, assim, a fazer emergir teoria a partir dos dados, a passar do específico para o geral¹³², enquanto mecanismo ou técnica que auxilia o investigador a fazer comparações e a formular perguntas. O que o ajuda a aumentar a sensibilidade, reconhecer tendências e superar *bloqueios analíticos*¹³².

O uso de uma ferramenta analítica tem como objetivo, pois, abstrair o investigador da literatura ou da sua própria experiência pessoal (não a eliminando, contudo), estimular o processo indutivo, focar nos dados sem juízos de valor, ouvir os informantes, prestar atenção a *diamantes brutos*. Possibilita a atribuição de designações conceituais, ainda que provisórias, ou a descoberta de categorias e suas propriedades¹³². Mas deverá ser sempre utilizada de modo flexível, com respeito por aquilo que os dados nos dizem, e como extensão das nossas próprias características ou habilidades¹³² sensitivas¹²⁵.

Neste aspeto, parece sensato assumir as tendências pessoais do investigador, pelo que, como recomendam Strauss e Corbin¹³², é mais útil reconhecer que podem influenciar o nosso pensamento e, de modo consciente, procurar formas de as contornar. Uma dessas formas é também o diário de campo, que acompanha o que vamos pensando¹³², e a que também se recorreu neste estudo. Sobre este tema,

Strauss e Corbin¹³² declaram, ainda, que é natural o movimento ou interação entre indução e dedução, pois sempre que conceitualizamos dados, estamos a interpretar de alguma forma. A interpretação é, com efeito, uma forma de dedução baseada nos dados, nas nossas convicções, leituras e até discussões com outros investigadores¹³². De qualquer modo, aceita-se este movimento, que, no fundo, decorre do *elemento humano*¹³² e, aliás, do próprio paradigma qualitativo, que assume e aceita a *interferência* do investigador no produto da investigação. Na realidade, também dela faz parte e é esse um dos seus principais atributos. É aqui que assume grande importância o método comparativo constante^{125,126}, descrito *supra*.

Holton¹²⁷ faz notar, nesta matéria, que existem diversos exemplos de quadros teóricos preconcebidos que forçam os dados e ultrapassam, no esforço de sistematização quase inflexível, os princípios fundamentais da *Grounded Theory*. Contudo, e como explicado anteriormente, a metodologia Gioia acompanha a primeira geração dos teóricos da *Grounded Theory*, apenas apresentando um quadro lógico que facilita a codificação, sem infringir os procedimentos vitais de uma *grounded theory*.

4.2.2. Codificação aberta *in vivo*, codificação axial e seletiva, codificação teórica

A metodologia Gioia compreende uma apresentação sistemática de uma análise de *primeira ordem*, que usa termos e códigos centrados no informante (*informant-centric*)⁴³, que podem ser códigos *in vivo*¹³⁷, e uma análise de *segunda ordem*, usando conceitos, temas e dimensões centradas no investigador (*researcher-centric*). Este reporte duplo de duas vozes, a do informante e a do investigador, permite, segundo os autores, uma demonstração qualitativa rigorosa das ligações entre os dados e a indução dos novos conceitos, atribuindo sentido, mas permitindo também uma investigação qualitativa de elevada qualidade⁴³.

Os códigos *in vivo*, isto é, os termos usados pelos informantes, são um ponto de partida analítico muito útil, que ajuda a preservar os significados das suas perspetivas e ações atribuídos pelos próprios informantes, segundo defende Charmaz¹³⁷. Esta autora identifica três tipos de códigos *in vivo* que podem ser úteis, designadamente, (i) termos gerais a que todos atribuem um significado relevante, (ii) termos inovadores usados pelos informantes que captam significados ou experiências e (iii) termos específicos atribuídos por um *insider* relativos a um grupo particular que refletem a sua perspetiva.

A análise de primeira ordem proposta por Gioia e colaboradores⁴³ corresponde à *codificação aberta* apresentada por Strauss e Corbin¹³², ou *codificação inicial*, descrita por Charmaz¹³⁷, dizendo respeito a todos os termos usados pelos informantes, códigos

e categorias que emergem logo desde o início da investigação. É, por isso, expectável que emirjam dezenas de categorias de primeira ordem, lembrando os autores que é importante que o investigador se *perca* nesta etapa⁴³. A codificação aberta consiste, assim, no processo analítico por via do qual são identificados os conceitos e são descobertas nos dados as propriedades e dimensões desses conceitos. Para Strauss e Corbin¹³², *conceitos* são os blocos de construção da teoria, *categorias* os conceitos que representam o fenómeno, *propriedades* as características de uma categoria (acompanhando o raciocínio de Glaser e Strauss), *dimensões* o âmbito de variação das propriedades gerais de uma categoria, que dá especificação à categoria e variação à teoria, e *subcategorias* os conceitos que pertencem à categoria.

Na análise de primeira ordem no âmbito do Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar, conduziu-se uma codificação aberta *in vivo*, dado termos usado primeiramente expressões usadas pelos informantes (para, seguidamente, numa análise de segunda ordem, deles extrair conceitos).

Há várias formas de fazer codificação aberta, seja *palavra por palavra*, *incidente por incidente*¹³⁷, *análise linha por linha*^{132,137}, ou por frase ou parágrafo^{132,137}, ou mesmo pela ideia que fica depois de ler o documento inteiro¹³². No Estudo 2, procedeu-se a uma codificação incidente por incidente (entendido como um evento com significado teórico), o que nos permitiu realizar *comparações entre observações*. Isto é, comparar os novos incidentes com a concetualização dos incidentes codificados anteriormente¹³⁷ e captar propriedades dos conceitos emergentes, a partir de comportamentos (através da expressão verbal, ou da expressão corporal). Pudemos, ainda, usar o que se observou nos informantes em primeira mão sem que nos contassem, como recomenda Charmaz¹³⁷, dado constituir uma fonte importante de aprendizagem.

Existem diversas formas de registar os conceitos e ideias teóricas, devendo cada investigador descobrir o sistema que é para si o mais apropriado¹³². Para a redação das notas de codificação, no âmbito do Estudo 2, transformámos as notas de campo em linhas constando de uma só coluna. Transpôs-se, seguidamente, a estrutura de dados da metodologia Gioia para as três colunas à direita. Esta foi a forma utilizada para poder tratar a informação coligida, por se apresentar como mais adequada aos dados que havíamos obtido.

Charmaz faz referência a uma *codificação focada*¹³⁷, que significa usar os primeiros códigos mais significantes e/ou mais frequentes, para examinar grandes volumes de dados. O que implica, segundo a autora, tomar decisões sobre que códigos iniciais

apresentam maior sentido analítico, argumentando uma categorização incisiva e completa. Pela leitura dos princípios fundamentais da *Grounded Theory* emitidos por Glaser e Strauss e depois por Strauss e Corbin, entendemos que a codificação focada, descrita por Charmaz, força a exclusão de dados. Pareceu-nos, assim, que o método comparativo constante, a amostragem teórica e a saturação teórica serviam de guias orientadores bastantes para a decisão de inclusão e exclusão de códigos, seguindo exclusivamente critérios teóricos e não *estatísticos*, evitando o risco de perder informação relevante.

A análise de *segunda ordem*, referente a *temas e dimensões*, proposta igualmente por Gioia e coautores⁴³, corresponde à *codificação axial* (também descrita por Strauss e Corbin¹³² e por Charmaz¹³⁷) e à *codificação seletiva* (também descrita por Strauss e Corbin¹³²), esta última na parte em que o investigador começa a procurar por semelhanças e diferenças entre as várias categorias (e que, fundamentalmente, traduz o processo de saturação teórica, apresentado por Glaser e Strauss¹²⁵).

A codificação axial consiste no processo de relacionar as categorias com as suas subcategorias e de associar categorias ao nível de propriedades e dimensões (na terminologia usada por Strauss e Corbin¹³²) e ocorre em torno do eixo de uma categoria. Nesta fase, que se mistura com a anterior, organizam-se as propriedades de uma categoria e suas dimensões e identificam-se as condições (causais, interventoras, ou contextuais), interações e consequências associadas a um fenómeno. Relacionam-se, ainda, as categorias com as suas subcategorias através de declarações que exprimam essa relação e procuram-se pistas nos dados que indiquem como as categorias se inter-relacionam¹³². Bryant e Charmaz¹³⁰ não consideram a codificação axial uma estratégia de investigação produtiva no âmbito da *Grounded Theory*, por alegadamente basear-se demasiado em *prescrições pré-feitas*. Mas, considerando que a codificação axial foi desenvolvida sobre codificação aberta, que, por sua vez, se manteve fiel aos termos dos informantes, defendemos que ultrapassou, desta forma, as reservas dos autores. Para além disso, há nesta codificação axial uma grande semelhança com a primeira etapa do método comparativo constante¹²⁵, exposto pelos fundadores da *Grounded Theory*, e que neste trabalho decidimos, na sua essência, acompanhar.

Já a codificação seletiva refere-se ao processo de integrar e de refinar a teoria¹³², grandemente relacionada com a saturação teórica exposta por Glaser e Strauss¹²⁵, também referida por Hernandez¹²⁹, e com a terceira fase do método comparativo constante. Tem início nos primeiros passos da investigação e termina apenas na redação final¹³². Este processo reduz as categorias relevantes a um número gerível de cerca de 25 a 30, a que devem ser atribuídos descritores frásicos ou legendas de

categorias, preservando o mais possível os termos fornecidos pelos informantes⁴³. É neste ponto que o investigador deve ser capaz de pensar em múltiplos níveis simultaneamente e interrogar-se sobre *o que está a acontecer* teoreticamente, desenvolvendo tentativas de resposta a esta questão⁴³, através do processo da amostragem teórica de Glaser e Strauss¹²⁵, descrito *supra*.

Nesta análise de segunda ordem da metodologia Gioia, estamos, pois, e verdadeiramente, no campo teórico, questionando-nos sobre se os temas emergentes sugerem conceitos que nos possam ajudar a descrever e explicar o fenómeno que se observa. Quer sejam conceitos *nascentes* que não pareçam ter referentes teóricos adequados na literatura existente, quer sejam conceitos *existentes* que mostram relevância num novo domínio⁴³. Uma vez alcançado um conjunto de temas e conceitos, que os autores da metodologia Gioia relacionam com a saturação teórica, apresentada por Glaser e Strauss¹²⁵, podemos passar a procurar distinguir, se apropriado (pois pode não fazer sentido no estudo em particular, segundo Gioia e coautores⁴³), dimensões que agreguem os temas de segunda ordem.

Relacionamos estas dimensões, que sucedem à análise de segunda ordem, com os códigos teóricos, que marcam a realização, ou não, de uma *Grounded Theory* clássica, ainda que não façam parte do trabalho desenvolvido pela segunda geração de teóricos da *Grounded Theory*, designadamente, Strauss e Corbin, mas apenas de Glaser, que descreveu a codificação teórica em 1978¹²⁹. A codificação teórica diz respeito a um nível sofisticado de codificação, que especifica possíveis relações entre as categorias já desenvolvidas¹³⁷. Os códigos teóricos são integrativos e emprestam forma aos códigos anteriores e ajudam a contar uma *história analítica* coerente⁴³. Assim, concetualizam a forma como os códigos substantivos se relacionam, como movem a nossa história analítica na direção teórica, concedendo-lhe precisão e clarificação, bastando que se ajustem aos dados e à análise substantiva e que tenham também eles emergido da *grounded theory*⁴³. Glaser¹³⁶ refere, quanto a esta matéria, que os códigos teóricos são ferramentas para olhar para uma variável de uma forma abstrata e não substantiva, isto é, já distante dos dados, mas é contrariado por Hernandez¹²⁹, que, no seguimento do pensamento de Gioia e colaboradores⁴³, declara também emergirem dos dados.

Um código teórico é, não obstante, o modelo relacional através do qual todos os códigos e categorias substantivas estão relacionados com a categoria principal ou *core*¹²⁹. Sem os códigos teóricos, os códigos substantivos tornam-se meros temas para descrever (e não explicar) uma área substantiva¹²⁹. Hernandez¹²⁹ faz notar que os códigos teóricos, essenciais ao desenvolvimento de uma teoria substantiva integrada

e explanatória, não são gerados pelas categorias *core*, mas emergem a partir dos dados à medida que um investigador *teoreticamente sensível* os analisa. Seja através da codificação, do *memoing* e da classificação (*sorting*) dos dados, ou mesmo desenvolvendo eventualmente um modelo esquemático, como um mapa conceitual, dos códigos substantivos. Algumas estratégias para identificar códigos teóricos são: (i) a sensibilidade teórica, alcançada pela familiarização do investigador com códigos teóricos para que os reconheça (compreende-se, aqui, por que motivo existem divergências fundamentais sobre este tema, dado o argumento clássico da *tábua rasa* que deve estar presente no espírito do investigador de uma *grounded theory*); (ii) códigos *in vivo*, que podem apontar para códigos teóricos; (iii) *memoing* e *sorting memos*, pois os *memos* expõem as relações (isto é, os códigos teóricos) entre as várias categorias e suas propriedades; e (iv) modelos, ou seja, escrever os conceitos (códigos) substantivos numa folha de papel em círculos ou quadrados e desenhar linhas contínuas ou tracejadas entre eles, de forma a demonstrar as relações (sempre induzidas pelos dados e não deduzidas) entre todos os conceitos¹²⁹. Poderá surgir mais do que um código teórico, mas o mais relevante será aquele que capte as relações entre todas as categorias essenciais e a categoria *core*, isto é, aquele que fornece a melhor adequação aos dados¹²⁹.

Na nossa *grounded theory*, permitiu-se que os códigos teóricos resultassem da investigação, que emergissem dos dados, mas também de um exercício de abstração¹³⁶, e tivessem ou não correspondência em códigos já encontrados por Glaser, pois privilegiámos a criatividade, como aconselham Glaser e Strauss¹²⁵ (ainda que sempre conduzida pelos dados). O que se fez, mesmo que necessário fosse *inventar* novos conceitos, pois são aqueles que nos explicam o que está a acontecer, possibilidade também reconhecida por Glaser e Strauss¹²⁵. É essa, pois, a essência da *Grounded Theory* (sob reserva da capacidade que ainda haja de *criar*). Com efeito, identificou-se, no âmbito do Estudo 2, mais do que um código teórico, cada um justificando as relações entre as categorias substantivas e a categoria *core* de cada grupo, o que decorreu da grande complexidade do fenómeno a que nos propusemos observar. Também Gioia e coautores identificam a possibilidade de obter várias dimensões⁴³.

Estas três ordens de análise permitiram, assim, chegar a uma estrutura de dados de três *colunas*, que, no Estudo 2, designámos de *códigos in vivo (de primeira ordem)* (obtidos por via da codificação aberta e *in vivo*), *construtos (códigos de segunda ordem)* e *dimensões (agregadoras)* (ambos obtidos por via da codificação axial e seletiva e da codificação teórica). Os dois últimos acompanham em parte a terminologia, não de Gioia e colaboradores, mas de Mirabeau e Maguire⁴⁶, pois traduzem a vertente importante tanto de uma codificação substantiva quanto teórica. Permitem, acima de tudo, em conjunto, a representação gráfica de como progredimos dos dados em bruto para *termos* e *temas*⁴³, e de modo a demonstrar rigor e poder comunicar o conhecimento (teoria) alcançado.

Entendem os autores da metodologia Gioia, e que acompanhamos, que estão respeitados, deste modo, os princípios e os procedimentos chave para que se obtenha uma *grounded theory* clássica. Gioia e coautores⁴³ lembram, porém, que esta estrutura de dados não deixa de ser uma imagem estática de um fenómeno dinâmico⁴³. O objetivo último é a construção de um modelo indutivo *vibrante* fundamentado nos dados (como a estrutura de dados exemplifica), que capture a experiência dos informantes em termos teóricos⁴³. O daí decorrente modelo de *grounded theory* deve mostrar as inter-relações dinâmicas (montando uma constelação de *caixas*, com especial atenção nas *setas*) entre os conceitos emergentes que descrevem ou explicam o fenómeno de interesse e torna claras todas as conexões relevantes dos dados à teoria, facilitando, desse modo, a possibilidade de *insights* teóricos que não seriam evidentes apenas pela inspeção da estrutura estática de dados por si⁴³.

Importa, finalmente, a *narrativa*, correspondendo à última etapa do método comparativo constante. Pelas suas características hierárquicas (dos termos dos informantes para os temas e dos temas para as dimensões), a estrutura de dados não representa devidamente as cadeias de eventos e as interações entre os conceitos, as quais deverão, por isso, constar da narrativa, isto é, do desenvolvimento subsequente da *grounded theory*, para o qual a estrutura de dados serve de substrato de conteúdos⁴³. Também é na narrativa que são explanados os códigos teóricos encontrados. A estrutura de dados, o modelo dinâmico e a narrativa do Estudo 2, que constituem a nossa *grounded theory*, são descritos no Capítulo 6.

4.3. Questões éticas

Os dados recolhidos não se consubstanciam dados pessoais, nos termos da alínea a) do Artigo 3.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Proteção de Dados Pessoais), pelo que não se aplica o disposto no Artigo 6.º, referente ao consentimento, ou no número 1 do Artigo 27.º, referente à notificação do seu tratamento à Comissão Nacional de Proteção de Dados, ambos do mesmo Diploma.

O estudo desenvolvido não se configura como investigação do âmbito da competência de pronúncia das comissões de ética para a saúde das instituições de saúde, nos termos do disposto no número 2 do Artigo 1.º e do número 1 do Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio.

Parte III. ESTUDOS EMPÍRICOS

Nos Capítulos seguintes, apresenta-se o Estudo 1: Revisão Sistemática de Facilitadores e Barreiras na Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais (correspondendo aos objetivos 1 e 1.A da presente investigação) e o Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar (correspondendo aos objetivos 2 e 2.A da presente investigação).

No âmbito do Estudo 1, conduziu-se uma Revisão Sistemática e respetiva síntese narrativa, com recurso à metodologia Gioia, e utilizou-se a técnica de tradução, com recurso ao modelo da congruência de Nadler e Tushman²⁹. O Estudo 1 é descrito no Capítulo 5, dele decorrendo a *Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais*.

No âmbito do Estudo 2, conduziu-se uma *grounded theory*, com recurso igualmente à metodologia Gioia, inspirados, ainda, em Selfridge e Sokolik⁴⁴, Mintzberg⁴⁵, Mirabeau e Maguire⁴⁶ e Nadler e Tushman²⁹. O Estudo 2 é descrito no Capítulo 6, dele decorrendo a *Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses*.

Capítulo 5. Estudo 1: Revisão Sistemática de Facilitadores e Barreiras na Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais

Pretendeu-se, com o Estudo 1, alcançar o primeiro objetivo da investigação, isto é, identificar facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1) para, numa segunda etapa, sintetizar concetualmente facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1.A).

A Revisão Sistemática foi registada na plataforma *Prospero*, uma base de dados internacional de revisões sistemáticas prospetivamente registadas, com o número CRD42017073418 e sob o tema: “*Value-based interventions in hospitals for better outcomes per cost. Barriers and facilitators*”.

5.1. Descrição do Método

Utilizou-se a seguinte chave de pesquisa: (*"Health Care Sector"*[Mesh] OR *"Delivery of Health Care"*[Mesh] OR *"Health Care Costs"*[Mesh] OR *"Quality of Health Care"*[Mesh] OR *"Health Care Economics and Organizations"*[Mesh] OR *"Efficiency, Organizational"*[Mesh] OR *"Health Care Reform/organization and administration"*[Mesh] OR *"Value-Based Purchasing"*[Mesh] OR *"Cost Control"*[Mesh] OR *"Outcome Assessment (Health Care)"*[Mesh] OR *"Outcome and Process Assessment (Health Care)"*[Mesh] OR *"healthcare"* OR *"health care"*) AND (*"value based"* OR *"value-based"* OR *"value approach"* OR *"value oriented"* OR *"value driven"* OR *"value-driven"* OR *"value model"* OR *"value framework"* OR *"value care"* OR *"value in health"* OR *"healthcare value"* OR *"health care value"* OR *"value chain"* OR *"value metrics"* OR *"value equation"* OR *"value network"* OR *"value for money"* OR *"delivering value"* OR *"value engineered"* OR *"value engineering"* OR *"value related"* OR *"value improvement"* OR *"creating value"* OR *"value creation"*).

Utilizaram-se os motores de busca *Pubmed* (sem filtros), *Web-of-Science* (em *topic*) e *Scopus* (em *key*).

A primeira busca realizou-se a 24 de julho 2017 e a segunda busca a 3 de outubro de 2017. Não houve restrições referentes ao período temporal, dado não existirem à data revisões sistemáticas conhecidas sobre o mesmo tema.

Como critérios de inclusão, definiu-se que seriam abrangidos pelo estudo artigos relativos a hospitais públicos ou hospitais privados com cobertura nacional ou regional, que garantissem acesso universal, e respeitantes a intervenções ou abordagens baseadas no valor.

O tipo de intervenção ou abordagem baseada no valor, implementada em contexto hospitalar, a integrar no estudo foi definido do seguinte modo: *intervenções baseadas no valor definem-se como aquelas que são aplicadas ou aplicáveis aos hospitais com o objetivo de alcançar melhores resultados em saúde por custo*. Estas abordagens baseiam-se primordialmente no alinhamento entre a instituição e os profissionais de saúde no sentido do aumento do valor para o doente e da sustentabilidade do sistema de saúde. Exemplos destas intervenções incluem discussões conjuntas para a definição de indicadores, melhoria da comunicação e coordenação entre departamentos para a resolução de problemas, enfoque não somente nos custos, mas simultaneamente nos custos e em resultados de saúde, transparência dos resultados e dos custos. Estas abordagens e intervenções podem também fazer parte de intervenções mais alargadas e multifacetadas, que incluam os cuidados de saúde primários e a comunidade.

Como critérios de exclusão, definiu-se que seriam excluídos pelo estudo artigos referentes a cuidados em fim de vida, cuidados na velhice, cuidados de saúde prestados em lares, análise de custo, avaliação económica, países subdesenvolvidos, prisões, saúde mental, cuidados intensivos, doenças infecciosas*, crianças com necessidades especiais de saúde*, aprovisionamento*, medicamentos*, cuidados de longa duração*, ou cuidados de saúde primários*.*

Não houve restrições ao tipo de estudo.

Com vista a controlar o risco de viés, a avaliação da qualidade dos estudos conduziu-se de forma independente por dois investigadores, com recurso à *Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*¹³⁸. Em caso de divergência, recorreu-se a um terceiro investigador.

Como estratégia para a síntese dos dados, utilizou-se a síntese narrativa, com recurso ao Guia para a Condução de Síntese Narrativa em Revisões Sistemáticas (*Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews*)¹³⁹, financiado pelo Economic and Social Research Council (ESRC) e gentilmente cedido pelos autores.

Obtidos os resultados imediatos da Revisão Sistemática, procurou-se desenvolver uma síntese que permitisse a construção pelo investigador de pressupostos relevantes, decorrentes das conclusões dos estudos primários e das interpretações finais¹⁴⁰. Existem diversas definições para este tipo de sínteses, mas são comuns os termos *analisar, integrar, sintetizar, transformar e concetualizar resultados qualitativos*¹⁴⁰. Thorne e coautores¹⁴¹ referem que, independentemente das diferentes designações, estas sínteses representam abordagens metodológicas ao desenvolvimento de novo conhecimento, com base em rigorosas análises sobre resultados de investigação qualitativa já existentes, sendo certo que se mantêm estes intactos. Para além disso, afirmam os mesmos autores que a métrica do novo produto é determinada por critérios derivados tanto da arte como da ciência.

Usou-se, para o efeito, a metodologia Gioia, descrita na Secção 4.2, considerando, porém, o não desenvolvimento de códigos teóricos, mas de categorias, subcategorias e dimensões agregadoras, conforme mencionado *supra*. No Estudo 1, procurou-se, pois, descrever os resultados encontrados e não a sua explicação (como acontece no desenvolvimento de uma *grounded theory*, que não foi, nem poderia ser o propósito de uma Revisão Sistemática). O modelo que resultou da síntese dos resultados da Revisão Sistemática não se traduz, na realidade, na criação de teoria substantiva, tendo sido ao

* No sentido de assegurar a focalização do estudo, os temas assinalados foram também objeto de exclusão, ainda que posteriormente ao registo da Revisão Sistemática na base de dados *Prospero*.

invés utilizado para a agregação das categorias um modelo teórico formal, o da congruência²⁹, já explicitado.

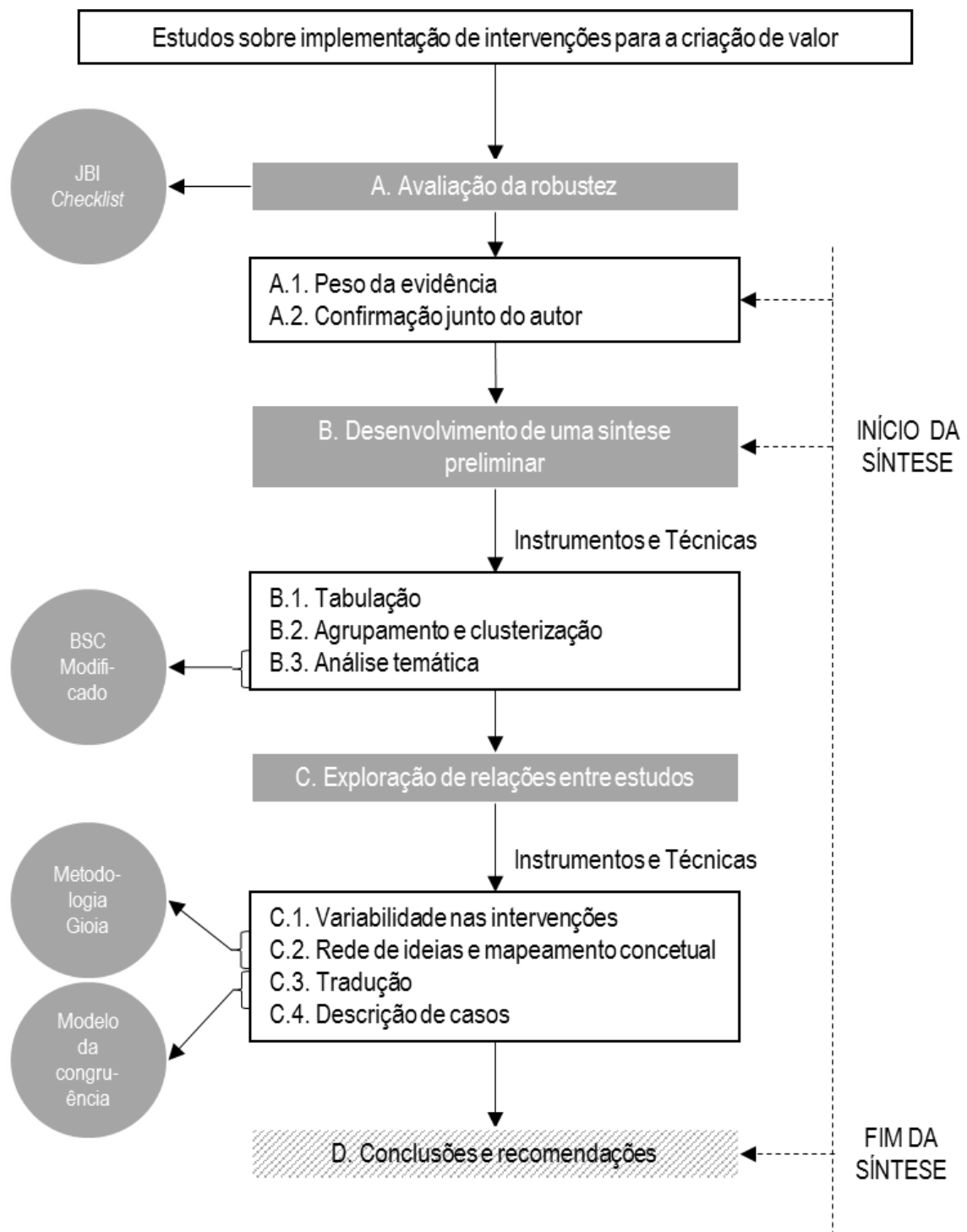
5.2. Técnicas de Análise de Dados

Para a análise de dados da Revisão Sistemática, utilizou-se, como referido, o Guia para a Condução de Síntese Narrativa em Revisões Sistemáticas, de Popay e colegas¹³⁹, na sua aplicação a estudos sobre implementação de intervenções. Este guia procura contribuir para a melhoria da qualidade das abordagens narrativas à síntese da evidência, indo de encontro à ausência de consenso sobre os elementos constitutivos da síntese narrativa e sobre as condições para estabelecer a confiança nestes estudos¹³⁹.

A síntese narrativa é uma forma de *storytelling*, sendo que contar uma história fidedigna está no âmago da síntese narrativa, considerando que pode esta estabelecer uma ponte entre a investigação, a política e a prática¹³⁹.

Apresenta-se na Figura 5.1 o fluxograma que sumariza o processo de síntese, adaptado ao presente estudo a partir do Guia de Popay e colegas¹³⁹, mencionado *supra*.

FIGURA 5.1. FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SÍNTESE



Fonte: Adaptado de Popay e colaboradores¹³⁹

A análise temática, ou categorial (fase B.3 da síntese narrativa, relativa ao desenvolvimento de uma síntese preliminar) foi conduzida com recurso ao *NVivo 11 Plus*, um *software* de suporte à investigação que utilize métodos qualitativos ou mistos. Usaram-se, nesta análise, as quatro perspetivas do BSC, uma quinta perspetiva que constitui uma das propostas deste trabalho, referente ao relacionamento interinstitucional, bem como três elementos centrais da cultura e orientação estratégica, nomeadamente, a missão, a visão e os valores.

Nas componentes da rede de ideias, mapeamento concetual e tradução (fases C.2 e C.3, relativas à exploração de relações entre estudos), complementou-se o processo de síntese recomendado por Popay e colegas¹³⁹ com a estrutura de dados da metodologia Gioia, descrita na Secção 4.2. Aos resultados desta síntese aplicou-se a técnica de tradução, com recurso ao modelo da congruência de Nadler and Tushman²⁹. A aplicação da técnica de tradução, enquanto abordagem à exploração de relação entre os estudos, pode conduzir a uma explanação teórica. Esta, por sua vez, pode consubstanciar-se num *output* da síntese, com a potencialidade de ser utilizada para informar intervenções futuras¹³⁹. Este *output* é apresentado na Secção 5.4.

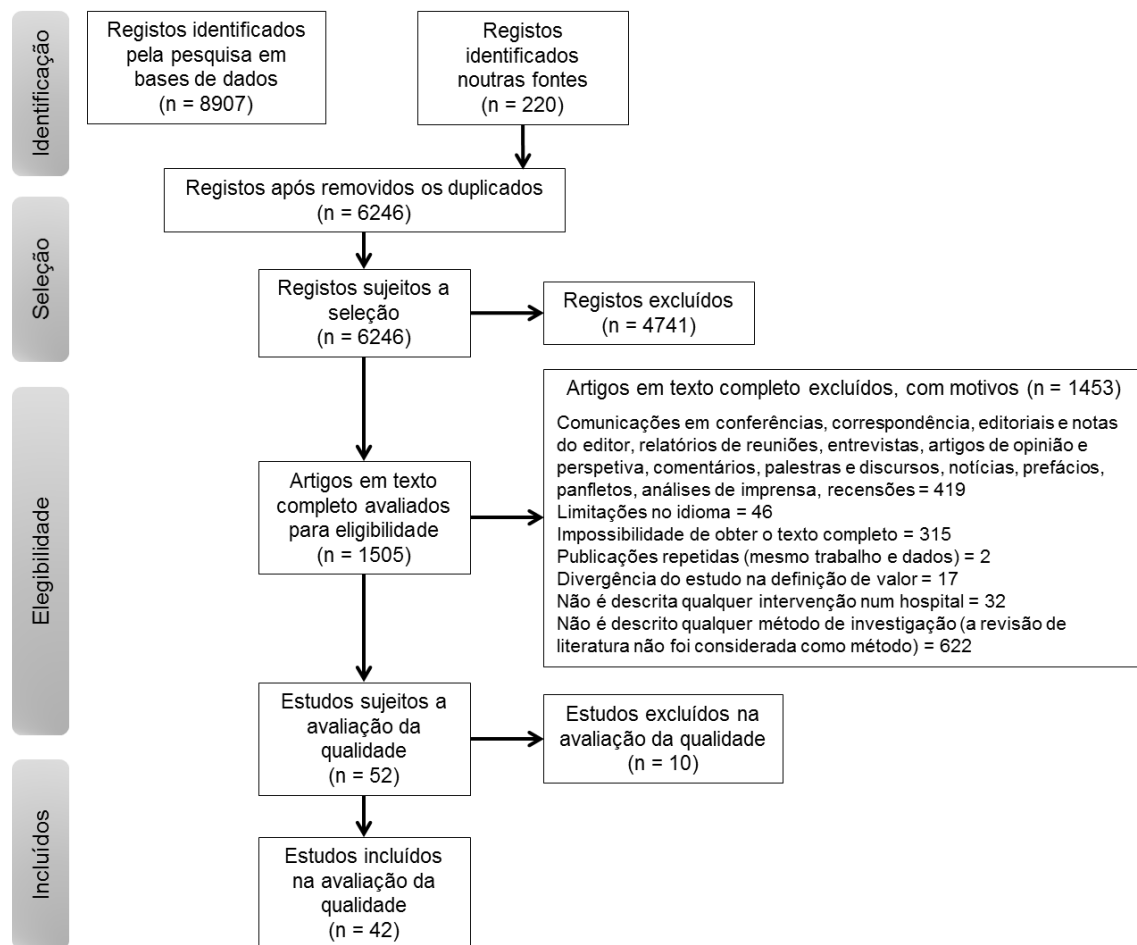
A componente da descrição de casos (fase C.4, relativa igualmente à exploração de relações entre estudos) remete-se, pelo volume de intervenções incluídas no estudo e decorrente extensão da descrição, para o Anexo 4, no qual sucintamente se descreve cada uma.

As conclusões e recomendações, que finalizam a síntese (fase D), são apresentadas na Secção 5.5 deste Capítulo, nas conclusões gerais da presente investigação, bem como estão inseridas nas implicações práticas descritas na Parte IV.

5.3. Resultados

Identificaram-se 6246 artigos, excluindo duplicados. Pela leitura dos *abstracts*, foram incluídos 1505 artigos para análise do texto completo. Destes, 1453 artigos foram excluídos pelos motivos apresentados na Figura 5.2, *infra*, onde se apresenta o fluxograma Prisma da Revisão Sistemática. Em resultado deste exercício, 52 estudos foram sujeitos a avaliação da qualidade. Após esta análise, foram incluídos na síntese 42 estudos.

FIGURA 5.2. FLUXO DA INFORMAÇÃO NAS DIFERENTES FASES DA REVISÃO SISTEMÁTICA – PRISMA



Fonte: Adaptado de Moher e coautores¹⁴²

5.3.1. Avaliação da robustez: peso da evidência

Para a avaliação da robustez, utilizou-se a JBI *Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*¹³⁸ (Anexo 1), encontrando-se no Anexo 2 a avaliação da qualidade dos estudos pelos dez critérios utilizados. À resposta “unclear” foi atribuído o mesmo peso da resposta “no”. Desconsideraram-se do cálculo os itens não aplicáveis ao artigo. Em caso de dúvida, contactaram-se os autores dos estudos, o que aconteceu em oito casos. A Tabela 5.1, *infra*, apresenta o peso da evidência de cada estudo, em termos percentuais.

TABELA 5.1. PESO DA EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Autor(es) e Ano	Peso da evidência
Abdallah, 2014 ¹⁴³	70%
Abrahams <i>et al.</i> , 2017 ¹⁴⁴	40%
Aij e Rapsaniotis, 2017 ¹⁴⁵	75%
Bowman, Duran, Duffy, Gladding e Baum, 2015 ¹⁴⁶	80%
Busari e Duits, 2015 ¹⁴⁷	78%
Buttigieg, Schuetz e Bezzina, 2016 ¹⁴⁸	80%
Damberg, Sorbero, Lovejoy, Martsolf, Raaen e Mandel, 2014 ¹⁴⁹	63%
Day, Witt e Oelke, 2016 ¹⁵⁰	70%
Ducatman <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵¹	100%
Andersson, Bååthe, Wikström e Nilsson, 2015 ¹⁵²	90%
Gorbenko, Fraze e Lewis, 2016 ¹⁵³	90%
Groves, 2017 ¹⁵⁴	75%
Gupta <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵⁵	80%
Gupta, Shah, Moriates, Wallingford e Arora, 2017 ¹⁵⁶	70%
Hellström, Lifvergren, Gustavsson e Gremyr, 2015 ¹⁵⁷	70%
Hellström, Lifvergren e Quist, 2010 ¹⁵⁸	60%
Johnson <i>et al.</i> , 2016 ¹⁵⁹	67%
Kaplan <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁰	44%
Karlen e McCathie, 2015 ¹⁶¹	67%
Keel, Savage, Rafiq e Mazzocato, 2017 ¹⁶²	88%
Klaiman, Pracilio, Kimberly, Cecil e Legnini, 2014 ¹⁶³	70%
Larsson, Lawyer, Garellick, Lindahl e Lundstrom, 2012 ¹⁶⁴	67%
Liu, Lu e Guo, 2014 ¹⁶⁵	75%
Maly <i>et al.</i> , 2012 ¹⁶⁶	75%
Manary, Staelin, Kosel, Schulman e Glickman, 2014 ¹⁶⁷	90%
Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson e Thor, 2010 ¹⁶⁸	88%
McLaughlin <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁹	88%
Millenson, DiGioia, Greenhouse e Swieskowski, 2013 ¹⁷⁰	100%
Myllärniemi, Laihonon, Karppinen e Seppänen, 2012 ¹⁷¹	80%
Nelson, Taylor e Walsh, 2014 ¹⁷²	75%
Nilsson, Bååthe, Andersson, Wikström e Sandoff, 2017 ¹⁷³	89%
Nilsson e Sandoff, 2015 ¹⁷⁴	80%
Øvretveit J <i>et al.</i> , 2012 ¹⁷⁵	75%
Robbins, Garman, Song e McAlearney, 2012 ¹⁷⁶	70%
Salama, Sullivan, Holzwange, Giambone, Min e Hentel, 2017 ¹⁷⁷	40%
Sedrak <i>et al.</i> , 2016 ¹⁷⁸	70%
Thaker, Ali, Porter, Feeley, Kaplan e Frank, 2016 ¹⁷⁹	80%
Umbdenstock, Joshi e Seidman, 2011 ¹⁸⁰	50%
Valentijn, Biermann e Bruijnzeels, 2011 ¹⁸¹	89%
Van Citters <i>et al.</i> , 2014 ¹⁸²	70%
Waring e Bishop, 2010 ¹⁸³	70%
Zygourakis <i>et al.</i> , 2017 ¹⁸⁴	80%

5.3.2. Síntese preliminar

5.3.2.1. Tabulação

Os 42 estudos incluídos na síntese descrevem 51 intervenções, pois 4 dos artigos apresentavam mais do que uma intervenção. Para facilitar a leitura, apresentam-se duas tabelas distintas, remetendo para o Anexo 3 uma terceira tabela de onde consta a totalidade da informação (estudos incluídos e intervenções neles descritas, autores, local da intervenção, método de investigação utilizado e resultados). Na Tabela 5.2, encontram-se os estudos incluídos e intervenções neles descritas, respetivos autores, local da intervenção e método de investigação utilizado. Na Tabela 5.3, encontram-se os estudos incluídos e intervenções neles descritas e resultados.

À frente de cada intervenção, apresenta-se, na Tabela 5.2, a respetiva numeração que será utilizada na clusterização das intervenções, apresentada na Secção 5.3.2.2, *infra*.

TABELA 5.2. ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA (POR ORDEM ALFABÉTICA DO PRIMEIRO AUTOR)

(continua)

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção
Abdallah, 2014 ¹⁴³	Jordânia	Inquérito	<i>Quality Initiatives – QI (Total Quality Management (TQM), Excellence Models, Accreditation, Evidence-Based Medicine, Lean Management, Six Sigma, Other QI) (30)</i>
Abrahams <i>et al.</i> , 2017 ¹⁴⁴	Estados Unidos da América	Técnicas de consenso, entrevistas	<i>Clinical Pathways (3)</i>
Aij e Rapsaniotis, 2017 ¹⁴⁵	Emirados Árabes Unidos, Estados Unidos da América, União Europeia, Suécia, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Global (quando descrito)	Revisão narrativa sistemática	<i>Lean Leaders (20)</i>
			<i>Servant Leaders (34)</i>
Bowman, Duran, Duffy, Gladding e Baum, 2015 ¹⁴⁶	Estados Unidos da América	Teste-reteste; Aplicação de questionário após validação	<i>Teaching high-value care – a novel morning report (40)</i>
Busari e Duits, 2015 ¹⁴⁷	Curaçao (Reino dos Países Baixos)	Aplicação e síntese sistemática, opinião de peritos, entrevistas a <i>stakeholders</i> , triangulação	<i>Value-based health care (VBHC) system (47)</i>
Buttigieg, Schuetz e Bezzina, 2016 ¹⁴⁸	Malta	<i>Workshops</i> e análise SWOT	<i>Value Chains of Public Health Care (46)</i>
			<i>Selling healthcare and related services (Group on Private Sector) (33)</i>
Damberg, Sorbero, Lovejoy, Martsof, Raaen e Mandel, 2014 ¹⁴⁹	Estados Unidos da América	Análise ambiental, painel de peritos	<i>Value-Based Purchasing Programs (51)</i>
Day, Witt e Oelke, 2016 ¹⁵⁰	Brasil	Investigação qualitativa, descritiva e exploratória, com recurso a entrevistas semiestruturadas	<i>Integrated Care Transitions Project (16)</i>
Ducatman <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵¹	Estados Unidos da América	<i>Discordant Test Sensitivity Data</i>	<i>Quality Improvement Intervention for Reduction of Redundant Testing (28)</i>
Andersson, Bååthe, Wikström e Nilsson, 2015 ¹⁵²	Suécia	Desenho qualitativo, entrevistas abertas	<i>Value-based healthcare (VBHC) (48)</i>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção
Gorbenko, Frazee e Lewis, 2016 ¹⁵³	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas	<i>Redesigning Care Delivery with Patient Support Personnel at Accountable Care Organizations (ACO)</i> (32)
Groves, 2017 ¹⁵⁴	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas, inquéritos	<i>Succession management practices on organizational performance</i> (39)
Gupta <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵⁵	Estados Unidos da América	Painel <i>Delphi</i> modificado, inquérito de corte transversal	<i>High-Value Care Culture Survey (HVCCS)</i> (9)
Gupta, Shah, Moriates, Wallingford e Arora, 2017 ¹⁵⁶	Estados Unidos da América	Inquérito de corte transversal	<i>The Online Teaching Value in Health Care Learning Network</i> (42)
Hellström, Lifvergren, Gustavsson e Gremyr, 2015 ¹⁵⁷	Suécia	Abordagem investigação-ação	<i>Improvement knowledge as a management innovation</i> (15)
Hellström, Lifvergren e Quist, 2010 ¹⁵⁸	Suécia	Abordagem de investigação colaborativa em gestão (<i>collaborative management research approach</i>)	<i>Process management in healthcare</i> (27)
Johnson <i>et al.</i> , 2016 ¹⁵⁹	Estados Unidos da América	Análise de modo e efeito de falha modificado	<i>Rapid cycle plan-do-study-act (PDSA) quality improvement methodology</i> (31)
Kaplan <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁰	Estados Unidos da América	Estudos de caso	<i>Time-driven activity-based costing (TDABC)</i> (43)
Karlen e McCathie, 2015 ¹⁶¹	Estados Unidos da América	Estudo de caso	<i>Quality Improvement Process Aimed to Deliver Higher Value Physical Therapy for Patients With Low Back Pain</i> (29)
Keel, Savage, Rafiq e Mazzocato, 2017 ¹⁶²	Estados Unidos da América, Canadá, Europa, Brasil, China, Índia	Revisão Sistemática	<i>Time-driven activity-based costing in health care (TDABC)</i> (45)
Klaiman, Pracilio, Kimberly, Cecil e Legnini, 2014 ¹⁶³	Estados Unidos da América	Abordagem do desvio positivo	<i>Clinical Registries</i> (4)
Larsson, Lawyer, Garellick, Lindahl e Lundstrom, 2012 ¹⁶⁴	Suécia, Austrália, Dinamarca, Reino Unido, Estados Unidos da América	Entrevistas, observação	<i>Disease Registries</i> (6)
Liu, Lu e Guo, 2014 ¹⁶⁵	Taiwan	Metodologia de estudo de caso teoria-em-uso, estudos de grupos focais, entrevistas individuais	<i>Social Entrepreneurial Approach of the Case Hospital System</i> (37)
Maly <i>et al.</i> , 2012 ¹⁶⁶	Estados Unidos da América	Questionários, entrevistas, fóruns, observação	<i>Collaborative Partner Prioritization Tool</i> (5)
Manary, Staelin, Kosel, Schulman e Glickman, 2014 ¹⁶⁷	Estados Unidos da América	Inquérito, regressão múltipla <i>stepwise</i>	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) - Patient experience</i> (10)
Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson e Thor, 2010 ¹⁶⁸	Não declarado	Revisão realista	<i>Lean thinking in healthcare</i> (21)
McLaughlin <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁹	Estados Unidos da América	Pilotos, sessões multidisciplinares de mapeamento de processo, cálculos de custo de capacidade, integração de modelos	<i>Time-driven activity-based costing (TDABC) – Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA)</i> (44)
Millenson, DiGioia, Greenhouse e Swieskowski, 2013 ¹⁷⁰	Estados Unidos da América	Estudos de caso	<i>Patient-Centeredness - University of Pittsburgh Medical Center's Patient- and Family-Centered Care</i> (25)
Myllärniemi, Laihonon, Karppinen e Seppänen, 2012 ¹⁷¹	Finlândia	Entrevistas temáticas	<i>Knowledge-based value creation (KBVC) management</i> (18)

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção
Nelson, Taylor e Walsh, 2014 ¹⁷²	Austrália	Estudo de caso	<i>Ethical Organizational Culture</i> (7)
Nilsson, Bååthe, Andersson, Wikström e Sandoff, 2017 ⁴⁷	Suécia	Estudo longitudinal e entrevistas	<i>Value-based healthcare concept (VBHC)</i> (49)
Nilsson e Sandoff, 2015 ¹⁷³	Suécia	Desenho qualitativo exploratório, entrevistas abertas	<i>Process management</i> (26)
Øvretveit J <i>et al.</i> , 2012 ¹⁷⁴	Suécia	Comparação de casos, estudo longitudinal	<i>Simulation to improve interprofessional working and communications in an Intensive Care Unit at a University hospital</i> (35)
			<i>Leadership support and learning programme at a University hospital</i> (19)
			<i>Intervention to improve communications and roles in radiotherapy at a University hospital</i> (17)
			<i>Hospital no-wait patient pathway and process improvement at a large hospital</i> (12)
			<i>Hospital hip fracture patient pathway and process improvement at a University hospital</i> (11)
			<i>Hospital process improvement for emergency pediatric patients at a University hospital</i> (14)
Robbins, Garman, Song e McAlearney, 2012 ¹⁷⁵	Não aplicável	Estudos de caso	<i>Hardwiring Excellence (or the Studer model or the StuderGroup model)</i> (8)
	Não aplicável		<i>Six Sigma and Toyota Production Systems' Lean technologies (Lean)</i> (36)
	Estados Unidos da América		<i>The Baldrige Performance Excellence Program</i> (41)
Salama, Sullivan, Holzwange, Giambrone, Min e Hentel, 2017 ¹⁷⁶	Estados Unidos da América	Estudo retrospectivo, inquérito	<i>Clinical imaging rounds (CIR)</i> (2)
Sedrak <i>et al.</i> , 2016 ¹⁷⁷	Estados Unidos da América	Inquérito, grupos focais, <i>grounded theory</i>	<i>Choosing Wisely campaign</i> (1)
Thaker, Ali, Porter, Feeley, Kaplan e Frank, 2016 ¹⁷⁸	Estados Unidos da América	Estudo de caso	<i>Standardized value framework - radar charts</i> (38)
Umbdenstock, Joshi e Seidman, 2011 ¹⁷⁹	Estados Unidos da América	Entrevistas, priorização por votação	<i>Hospital of the Future</i> (13)
Valentijn, Biermann e Bruijnzeels, 2011 ¹⁸⁰	Holanda	Processo iterativo de consulta a informadores-chave, estudos <i>Delphi</i>	<i>Value-based integrated (renal) care</i> (50)
Van Citters <i>et al.</i> , 2014 ¹⁸¹	Estados Unidos da América	Entrevistas, painel de <i>stakeholders</i>	<i>Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty</i> (24)
Waring e Bishop, 2010 ¹⁸²	Reino Unido	Estudo etnográfico	<i>Lean Thinking within a hospital operating department</i> (22)
Zygourakis <i>et al.</i> , 2017 ¹⁸³	Estados Unidos da América	Estudo prospetivo, controlado	<i>Operating Room (OR) Surgical Cost Reduction (OR SCORE) project</i> (23)

Encontraram-se 724 facilitadores e barreiras nas 51 intervenções, que se organizaram, mais especificamente, em facilitadores internos, barreiras internas, facilitadores externos e barreiras externas. À frente de cada facilitador e barreira, indica-se, na Tabela 5.3, a sigla correspondente à grande categoria na qual cada um se incluiu, no âmbito da análise temática das intervenções, apresentada na Secção 5.3.2.3, *infra*.

TABELA 5.3. ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA E RESULTADOS (POR ORDEM ALFABÉTICA DA INTERVENÇÃO)

(continua)

Intervenção	Resultados
<i>Choosing Wisely campaign</i> (1)	Facilitadores Internos: <i>Role modeling restrain (DO); Systems timeliness improvement (DO); Computerized alerts (DO); Cost transparency (CO)</i> Barreiras Internas: <i>Ease of ordering repeating labs (DO); Lack of experience (DO); Concerns about having data required (EF); Discomfort with diagnostic uncertainty (EF); Fear of litigation from missed diagnosis (EF); Practice habit (PI); Absence of cost conscious culture (CO); Lack of cost transparency of labs (CO); Lack of role modeling of cost conscious care (CO)</i>
<i>Clinical imaging rounds (CIR)</i> (2)	Facilitadores Internos: <i>Education in image interpretation (DO); Education in image utilization (DO); Communication between departments (PI)</i> Barreiras Internas: <i>Lack of computer quality (DO); Lack of knowledge (DO); Timing of rounds (PI); Content of rounds (PI); Preparation needs (PI); Case submission process (PI)</i>
<i>Clinical Pathways</i> (3)	Barreiras Internas: <i>Redundant workflows (PI); Interference with the patient-provider decision-making (D); Lack of accountability to patients (D); Little transparency to help patients understand the initiative (D); Not engaging patient in the initiative development</i>
<i>Clinical Registries</i> (4)	Facilitadores Internos: <i>Data accuracy and completeness (DO); Data transparency (DO); Data standardization (DO); Financial sustainability (EF); Feedback to providers (CO); Participation by providers (clinical registries) (CO)</i>
<i>Collaborative Partner Prioritization Tool</i> (5)	Facilitadores Internos: <i>Electronic health record compatibility determined (DO); Care continuum agreement (RI); Collaboration outcomes (RI); Technology links between hospital and partners (RI); Evolving speciality services (RI); Innovative services expanded to other facilities (RI); Engagement and buy-in (CO); Engage hospital and clinical leaders (CO); Executive leadership buy-in from the outset (CO)</i>
<i>Disease Registries</i> (6)	Facilitadores Internos: <i>Comprehensive, and high-quality data to all (DO); Data transparency (DO); Active engagement with the clinical community (CO)</i>
<i>Ethical Organizational Culture</i> (7)	Facilitadores Internos: <i>Outcomes evaluation (DO); Implement the strategy (DO); Ethics task force (CO); Strategy for change (CO); Identify ethics culture issues (CO); Prioritize the ethical problem (CO)</i>
<i>Hardwiring Excellence (or the Studer model or the StuderGroup model)</i> (8)	Facilitadores Internos: <i>Acquisition of talent (DO); Selective hiring for acquiring and developing talent (DO); Extensive training (DO); Leadership training linked to organizational goals (aligning leaders) (DO); Development of talent (DO); Performance-contingent rewards (aligning leaders) (EF); Communicating mission and vision (engaging staff) (CO); Information sharing (engaging staff) (CO); Employee involvement in decisions (engaging staff) (CO); Performance-driven rewards and recognition (engaging staff) (CO); Engagement and buy-in (CO); Aligning leaders (CO)</i>
<i>High-Value Care Culture Survey (HVCCS)</i> (9)	Facilitadores Internos: <i>Blame-free environment (CO); Comfort with cost conversations (CO); Data transparency and access (CO); Health system messaging (CO); Leadership (CO)</i>
<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) - Patient experience</i> (10)	Facilitadores Internos: <i>Long-standing training (DO); Service-oriented initiatives (DO); Collaborative and helping culture (CO); Senior-level leadership to the patient experience (CO); Organizational motivation to improving the patient experience (CO); Patient experience training available to staff before the programme (CO); Senior-level commitment to the patient experience (CO)</i> Barreiras Internas: <i>Lack of physician engagement (DO); Utilizing reports to communicate (DO); Decentralized culture (CO)</i>
<i>Hospital hip fracture patient pathway and process improvement at a University hospital</i> (11)	Facilitadores Internos: <i>Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Development does not divert time from everyday work (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); All levels involved (PI); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO)</i>

Intervenção	Resultados
Hospital no-wait patient pathway and process improvement at a large hospital (12)	Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Development does not divert time from everyday work (DO); Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organisation (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Predictable development (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); All levels involved (PI); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO); Continuity and support of senior management (CO); Top management driven (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
Hospital of the Future (13)	Facilitadores Internos: Educating employees and physicians to create leaders (DO); Development of integrated information systems (DO); Productivity and financial management (EF); Strengthening finances to facilitate reinvestment and innovation (EF); Aligning hospitals, physicians, and other providers across the continuum of care (RI); Joining and growing integrated provider networks and care systems (RI); Partnering with payers (RI); Using evidenced-based practices (PI); Seeking population health improvement (CO); Engage employees and physicians to create leaders (CO); Scenario-based planning (CO); Enhancing the patient experience of care (D) Facilitadores Externos: Reducing, or at least controlling, the per capita cost of care (SS)
Hospital process improvement for emergency pediatric patients at a University hospital (14)	Facilitadores Internos: Few departments to be changed (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Predictable development (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); All levels involved (PI); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO); Continuity and support of senior management (CO); Top management driven (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
Improvement knowledge as a management innovation (15)	Facilitadores Internos: Create a new profession of improvement experts (DO); Internal change agents (DO); Research-driven approach (DO); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Own vocabulary (CO)
Integrated Care Transitions Project (16)	Facilitadores Internos: Integration and communication (RI); Obtaining immediate information about the necessities of care (RI); Timely search for complementary services and resources (RI); Learning about each other's work setting (RI)
Intervention to improve communications and roles in radiotherapy at a University hospital (17)	Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organisation (DO); Few departments to be changed (DO); Plan and project team (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
Knowledge-based value creation (KBVC) management (18)	Facilitadores Internos: Quality of information (DO); Improved flows between actors (PI); Improved knowledge sharing between actors (PI) Barreiras Internas: Different procedures (DO); Information is not stored (no records) (DO); Information not transferred (DO); Information sharing not enabled (DO); Knowledge processes not supported (DO); Only exchange of standard information (DO); Excessive focus on patient data (DO); Cross-functional knowledge sharing not supported by information systems (DO); Break-down situation not informed (CO); Insufficient information sharing procedures (CO); Insufficient pre-informing (CO); No interactive planning (CO); Not informing clinician about internal changes in operations (CO); Support services do not participate at "focus day planning" (CO)
Leadership support and learning programme at a University hospital (19)	Facilitadores Internos: Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organization (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); Development by operational levels (CO); Continuity and support of senior management (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
Lean Leaders (20)	Facilitadores Internos: Qualification of employees (DO); 5S (DO); 5-whys (DO); A3 framework (DO); Evaluation - shop-floor walking (DO); Intelligent automation (DO); Just in time (DO); Kaizen events (rapid improvement events) (DO); Kanban (inventory-control system to control the supply chain) (DO); Ohno cycle (DO); PDCA cycle (DO); Strategy deployment (DO); Value stream map (DO); Observe (DO); Personal observation of work (DO); Efficiency and less waste (EF); Doing more with less (EF); Remove waste to maximize value (EF); Long term sustainability (EF); Remove barriers (PI); Quality (PI); Effectiveness (PI); Standardization (PI); Focus on organization's well being (CO); Human development (CO); Development of others (CO); Self-development (CO); Doing the right thing (CO); Safety (CO); Appreciation and respect for others (CO); Commitment to respect (CO); Modesty and humility (CO); No blame approaches to mistakes and errors (CO); Listening (CO); Modeling (CO); Flexibility and teamwork (CO); Transparency, access and sharing (CO); Continuous improvement culture and environment (CO); Responsibility (CO); Open and trusting environment (CO); Openness (CO); Create a vision (CO); Establish goals (CO); Employee

Intervenção	Resultados
	<i>motivation (CO); Employee satisfaction (CO); Engagement and buy-in (CO); Staff empowerment at decision-making (CO); Higher competitive advantage (CO); Problem-solving approach (focus on process) (CO); Problem is opportunity (CO)</i>
<i>Lean thinking in healthcare (21)</i>	Facilitadores Internos: <i>Methods that improve process reliability (DO); Stable and systematic approaches to problem solving (DO); Using methods to a shared understanding of processes and problems (DO); Practical suggestions for how to organise and design work flows and the working environment in the local setting (PI); Team approach to problem solving (CO)</i>
<i>Lean Thinking within a hospital operating department (22)</i>	Facilitadores Internos: <i>Development of leaders, at senior management and local departmental levels (DO); Determining evidence of waste and inefficiency through the use of audits, process maps and PDCA cycles (DO); Interaction and mediation of different actors and social structures (RI); Defining the 'problems' of waste by linking them to staff concerns for patient care (CO); Leaders articulating the values and purpose of the new initiative (CO); Rhetoric (CO); Re-configuration of clinical practices to produce value-adding processes (CO)</i> Barreiras Internas: <i>Isolation of the implementation group (DO); Clinicians' apprehensions about the motives and legitimacy of service leaders (DO); Doubts about the evidence and knowledge on which service transformation is to be based (DO); Regarding the new initiative as another bureaucratic or unnecessary task (DO); Poor translation of models and methodologies (DO); Improvements achievable in controlled settings meeting with contingent engagement (DO); Only successfully enrolling a small group of clinicians (DO); Resistance (DO); Motivation by other ambitions (CO); Different social and cultural ideas where the new initiative is implemented (CO); Clinicians can corrupt, 'game' and capture attempts at reform (CO); Some clinicians work to counter their influence or engage only superficially (CO); Reshaping process to fit with others prevailing vision (CO); New challenges to and lines of power (CO); Concerns about the negative consequences for patients (D)</i>
<i>OR Surgical Cost Reduction (OR SCORE) project (23)</i>	Facilitadores Internos: <i>Cost awareness (DO)</i>
<i>Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty (24)</i>	Facilitadores Internos: <i>Networking and collaboration (PI); Standardization and process improvement (PI); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Patient and family engagement and education (CO)</i>
<i>Patient-Centeredness - University of Pittsburgh Medical Center's Patient- and Family-Centered Care (25)</i>	Facilitadores Internos: <i>Continually reexamine the current and ideal states (DO); Showing the little or no cost of the new initiatives (DO); Devote to the effort time offset by reducing inefficient processes (DO); Responding to doubts with evidence (DO); A simple approach to break down silos (PI); Engage patients and families as full partners in codesigning care (CO); Being comfortable with the uncertainty that innovation brings (CO); Embrace quality improvement as a cycle (CO); Compatibility with the existing culture (CO); Physician leadership related to clinical credibility (CO); A strong vision of patient-centered change as genuinely transformational (CO); View all care as experiences through the eyes of patients and families (CO); Balance between big picture uncertainty and internal guidance consistency (CO)</i>
<i>Process management (26)</i>	Facilitadores Internos: <i>Knowledge from different departments (DO); Data and Information (DO); Explicit and comprehensive information given to everyone involved (DO); Team with representatives from different departments to collaborate with new initiative agents (DO); Acceptance of a slower tempo when implementing new ways of working (DO); Between the different departments and wards (DO); Integrated information systems between different organizations (RI); Transmission of information between the hospital and those involved outside the hospital (RI); Admittance of the new initiative agents to different forums where colleagues meet each other (PI); Cooperation between different participants in the process (PI); Forums where co-workers in different wards meet each other (PI); Think in the long term (CO); Involvement, avoiding situations of conflict (CO); Decisions at top management level influenced by new initiative agents (CO); Opportunities to the new initiative agents inform and influence others (CO); Interdependence between leadership characteristics and the new initiative (CO); Members of the process teams are ambassadors of the process when changes are to be made (CO); Process leadership (knowledge, quality and relational dimension) (CO); All in the care chain need to have knowledge of others' respective parts (CO); Experience, confidence and authority at formal and informal meetings (CO); Having a highly qualified specialist-educated consultant (CO); Medical competence for gaining acceptance (CO); Being both firm and tolerant (CO); Break through resistance and motivate participants (CO); Holistic perspective (organization and patients) (CO); Be sensitive to new ideas and stimulate colleagues and co-workers to use them and participate (CO); Capacity to listen to colleagues and co-workers (CO); Formal, informal meetings and dialogues (CO); Pedagogical competence (CO); Formulating the goals for themselves as well as for the others and strategies to achieve it (CO); Feedback concerning the developmental work and results obtained (CO); Positive feedback to the process team, colleagues and co-workers (CO); Receiving feedback from others (CO); To be transparent in everything process managers do (CO); To have good communication with the people involved (CO); Development of a trustful climate (CO); To create a good atmosphere within the group (CO); Try to create a positive work climate (CO); All involved in the process experience participation and inclusion (CO); Getting along with co-workers and colleagues and not overriding what</i>

Intervenção	Resultados
	<p>they want or believe is best (CO); To respect other people's views (CO); Have confidence (CO); Attempt to get different groups of professionals to embrace new thoughts (CO); Rooting new ideas (CO); To be open all the time (CO); Achieving acceptance by the process team for the process-orientated work itself (CO); The value of making changes in the process even if these changes increase the costs at the moment (CO)</p> <p>Barreiras Internas: No reliable internal information channels for new information (DO); Developing work done by the new initiative agents (DO); Considering the assignment of the new initiative agent marginal (DO); Difficulties in managers accepting new initiative agents (DO); Lack of trust that the changes will result in value (DO); Information is not received via the correct channels (DO); Not creating well-defined structures for decision making between staff (DO); Limited opportunities for using resources efficiently (EF); Time constraints (PI); Almost everyone works clinically and their first priority is always the patients (PI); Difficulties in finding enough time to work with the process as most of them do not have specified time for the assignment (PI); Even if the process managers have time set aside for process work, other professionals do not (PI); If the organization is short of physicians for some reason they put the process work aside (PI); It is nonetheless difficult to arrange time since process work efforts involve several other professionals (PI); Process development takes a long time (PI); Need to receive feedback and acknowledgement of each small success (CO); Not creating a breeding ground for thinking process orientation (CO); Difficulties in leading and to arouse enthusiasm in all phases of the process (CO); Focus on individual patient's needs (CO); Interest only on own internal processes (CO); The diffuse organization around the processes (CO); Adjust of the new initiative agents to the existing line of organization (CO); Departments representatives' mandate is limited (CO); Limited mandate in the hospital's hierarchical and formal management structure (CO); Mandate within bounds (CO); No power of decision over the resources (CO); Not having the authority to decide meeting schedules (CO)</p>
Process management in healthcare (27)	<p>Barreiras Internas: Obstacles in hospital design (DO); Administrative and information systems built upon different logic (DO); Few possibilities to increase money flowing by working in a customer-focused way (EF); Mission determined by functional organization rather than the patients (CO); Managers and physicians have different cognitive structures (CO); Unit identity (CO); Cognitive structures around functional bureaucracy (CO)</p>
Quality Improvement Intervention for Reduction of Redundant Testing (28)	<p>Facilitadores Internos: Data about own performance (DO); Evidence suggesting harm rather than cost savings (DO); Peer education (DO); Dashboard feedback (DO); Cross-service contamination (PI); Peer leader academic detailing (CO); Planning change (CO)</p>
Quality Improvement Process Aimed to Deliver Higher Value Physical Therapy for Patients With Low Back Pain (29)	<p>Facilitadores Internos: Continuous analysis of outcomes data (DO); Continuous collection of outcomes data (DO); Fostering a learning environment focused on meeting a population's needs (CO); Facilitating peer-led clinical and operational teams (CO); Establish care delivery expectations (CO)</p>
Quality Initiatives (Total Quality Management (TQM), Excellence Models, Accreditation, Evidence-Based Medicine, Lean Management, Six Sigma, Other QI) (30)	<p>Facilitadores Internos: Educating physicians on the new initiatives (DO); Training staff, especially nurses, on implementation (DO); Depth of implementation (DO); Team work abilities (PI); Quality culture (CO); Continuous improvement culture and environment (CO); Choosing the proper quality initiative (CO); Employees general understanding of the quality initiative (CO); Leadership buy-in (CO); Empowerment of the implementation team (CO); Leadership involvement and continuous support (CO)</p> <p>Barreiras Internas: Not understanding the new initiative (DO); Not educating managers about the initiative (DO); Not educating physicians about the initiative (DO); Poor quality education (DO); New initiative's complexity (DO); Resistance to new initiatives (DO); Slow and systematic implementation method (DO); Healthcare professionals' mind-set (CO); Low employee-morale (CO); The perception of physicians as leaders (CO)</p>
Rapid cycle plan-do-study-act (PDSA) quality improvement methodology (31)	<p>Facilitadores Internos: Knowledge of laboratory charges (DO); Effective communication among the primary team (PI); Understanding the magnitude of the problem (CO)</p>
Redesigning Care Delivery with Patient Support Personnel at Accountable Care Organizations (ACO) (32)	<p>Facilitadores Internos: Patient support personnel participate in provision of care (DO); Strategic deployment of patients support personnel across settings (RI); Using patient support personnel to improve care coordination across providers and settings (RI); Social and emotional support by patient support personnel (CO); Patient support personnel empowerment (CO); Risk stratification and workforce redesign (D)</p>

Intervenção	Resultados
Selling healthcare and related services (Group on Private Sector) (33)	<p>Facilitadores Internos: Ease of recruitment and selection (DO); Training on attaining standards on patient care (DO); Maximizing efficiency while ensuring low waste (EF); Optimal usage of technology (EF); Continuity and continuum of care (RI); Collaboration between the public and private sectors (RI); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Flexibility and teamwork (CO); High work ethic (CO); Employee motivation (CO); Achieve client satisfaction who returns (D); Aim of attracting clients (D); Introduction of new services based on clients' demands (D); Offering health screening packages (D); Optimal "hotel services" (D)</p> <p>Barreiras Internas: Overinvestigating (DO); Over-prescribing (EF); Prescribing more expensive drugs (EF); Using the more expensive medical imaging techniques (EF); The need for financial sustainability (EF); Tendency for a prolonged length of stay (PI); Risk aversion (CO); Advertises based by good return (D); Esthetics before patient safety (D); Illnesses or complications (D); Unnecessary recall of patients (D)</p> <p>Barreiras Externas: Interference from insurance companies (SS); Market-driven (SS)</p>
Servant Leaders (34)	<p>Facilitadores Internos: New Competence and Skills (DO); Checklists (DO); Authenticity as a tool (DO); Characteristics as a tool (DO); Desire to serve others as a tool (DO); Humility as a tool (DO); Moral core as a tool (DO); Personal values as a tool (DO); Stewardship as a tool (DO); Vision as a tool (DO); Sustainability (EF); Networking and collaboration (PI); Networking and collaboration (PI); Quality of service (PI); Develop a sustainable organization (CO); Commitment to growth of people (CO); Healing (CO); Serve patients and the community (CO); Building community (CO); Appreciation and respect for others (CO); Empathy (CO); Focus on leaders meeting the needs of others (CO); Modesty and humility (CO); Service (CO); Room to learn and to make mistakes (CO); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Listening (CO); Modeling (CO); Persuasion (CO); Flexibility and teamwork (CO); Team effectiveness (CO); Transparency, access and sharing (CO); Honesty (CO); Continuous improvement culture and environment (CO); Teaching (CO); Credibility (CO); Integrity (CO); Open and trusting environment (CO); Awareness (CO); Influence (CO); Create a vision (CO); Conceptualization (CO); Visibility (CO); Involvement, engagement and empowering (focus on people) (CO); Encouragement (CO); Safe psychological environment (CO); People-driven, person-oriented attitude (CO); Staff empowerment at decision-making (CO); Delegation and decentralized decisions (CO); Foresight (CO); Stewardship (CO); Pioneering (CO)</p>
Simulation to improve interprofessional working and communications in an Intensive Care Unit at a University hospital (35)	<p>Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organisation (DO); Few departments to be changed (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Predictable development (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO)</p> <p>Facilitadores Externos: Access to expertise (C)</p>
Six Sigma and Toyota Production Systems' Lean technologies (Lean) (36)	<p>Facilitadores Internos: Acquisition of talent (DO); Selective hiring for acquiring and developing talent (DO); Extensive training (DO); Development of talent (DO); Performance-contingent rewards (aligning leaders) (EF); Communicating mission and vision (engaging staff) (CO); Flexibility and teamwork (CO); Information sharing (engaging staff) (CO); Employee involvement in decisions (engaging staff) (CO); Performance-driven rewards and recognition (engaging staff) (CO); Employment safety (empowering the front line) (CO); Engagement and buy-in (CO); Delegation and decentralized decisions (CO); Front line empowerment (CO); Reduced status distinctions (empowering the front line) (CO)</p>
Social Entrepreneurial Approach of the Case Hospital System (37)	<p>Facilitadores Internos: Creating social capital with alliances (DO); Open residency training programs for interns from other medical schools (DO); Transplantation of management system and support of clinical services (DO); Rotations at the management level (DO); Multiple dimensions of outputs (DO); Accountability centers (DO); Enterprise value creation (EF); Cost containment and control over (EF); Revenue streams from multiple customer-oriented service innovations (EF); Patient-centered care payment system (EF); Centralization of procurement and patient care processes (PI); Standardization of processes with performance indices (PI); Mission shared by the top management team (CO); Implementing policies to ensure quality of health services (CO); Focusing on providing health care to underserved populations (CO); Generating social benefits (CO); Quality health care at affordable prices (CO); Social and economic-financial value creation (CO); Enhanced quality of medical care of more advanced medical technologies (CO); Financial value and viability (CO); Improved equitable access to quality care (CO); Investment in education and advanced medical technologies (CO); Respectful and compassionate care for all (CO); Establishing systems for hearing the voices of the patients (CO); Entrepreneurial practices focusing on financial and social values (CO); Establishing systems for hearing the voices of the medical experts (CO); Market-oriented response to the environment (CO); Initiating innovative forms of private general hospitals (CO)</p>
Standardized value framework - radar charts (38)	<p>Facilitadores Internos: Visualization of outcomes and cost (DO); Collaborative discussions about value (CO); Communicating value (CO)</p>

Intervenção	Resultados
<i>Succession management practices on organizational performance (39)</i>	Facilitadores Internos: Talent assessment practices (DO); Leadership bench strength (DO); Placement rate for executive level positions (DO); Role-based leadership development (DO); Multiple performance metrics (DO); Top management team engagement (CO); Selection and onboarding practices (CO); Patient satisfaction metrics (D)
<i>Teaching high-value care - a novel morning report (40)</i>	Facilitadores Internos: Understanding of the cost of all diagnostic tests (DO); Decreased likelihood that trainees would order extra diagnostic evaluations following the intervention (EF); Likelihood that the cost of a test would affect their future ordering practices (EF); Likelihood that the cost of a test would affect their timing of ordering a diagnostic evaluation
<i>The Baldrige Performance Excellence Program (41)</i>	Facilitadores Internos: Acquisition of talent (DO); Extensive training (DO); Leadership training linked to organizational goals (aligning leaders) (DO); Development of talent (DO); Performance-contingent rewards (aligning leaders) (EF); Communicating mission and vision (engaging staff) (CO); Flexibility and teamwork (CO); Information sharing (engaging staff) (CO); Performance-driven rewards and recognition (engaging staff) (CO); Employment safety (empowering the front line) (CO); Engagement and buy-in (CO); Delegation and decentralized decisions (CO); Front line empowerment (CO); Aligning leaders (CO)
<i>The Online Teaching Value in Health Care Learning Network (42)</i>	Facilitadores Internos: Dissemination of work (DO); Learning about gaining resources (DO); Learning about developments in high-value care (DO); Implementation of innovation at home institution (RI); Networking and collaboration (PI)
<i>Time-driven activity-based costing (TDABC) (43)</i>	Facilitadores Internos: Multifacility benchmarking (DO); Identifying improvement opportunities (DO); Cost-reduction opportunities (EF); Reengineering to improve value (PI); Project sponsorship and leadership (CO) Barreiras Internas: The misaligned fee-for-service reimbursement system (EF); One clinical condition analyzed among many (CO)
<i>Time-driven activity-based costing (TDABC) – UCLA (44)</i>	Facilitadores Internos: Integration of clinical, operational, and financial teams (DO); Integration of the new initiative within the institution (DO); Integration of processes and costs (DO)
<i>Time-driven activity-based costing in health care (TDABC) (45)</i>	Facilitadores Internos: Ability to clarify how costs are incurred (DO); Accuracy of micro costing methods (DO); Simple calculation of total costs (DO); Managing the complex costing of hospital settings (EF); Provide costing information as basis for payer reimbursement schemes, and performance-based incentives (EF)
<i>Value Chains of Public Health Care (46)</i>	Facilitadores Internos: Algorithms in pathways (DO); State-of-the art medical imaging techniques (DO); Following discharge (RI); Collaboration between the public and private sectors (RI); Continuum of care (RI); Organization of care pathways (PI); Teaching (CO); Silos (identity) (CO); Focus on health promotion and health education (D) Barreiras Internas: Lack of awareness of costs (CO); Silos (CO); Non attending patients (D); Self-referrals to emergency department for the lower priority ailments (D) Facilitadores Externos: Use of information technology (DI); Patients' lobby groups on policy makers (D); Gatekeeping (CSP); Social media (OS) Barreiras Externas: No distinction between regulator, provider, and purchaser (SS); Lack of long-term care and rehabilitation beds creating several bottlenecks (PA); Absence of patient registration with GPs (CSP); Lack of accountability in primary care (CSP); Risk aversion by GPs (CSP); Silos (OS)
<i>Value-based health care (VBHC) system (47)</i>	Facilitadores Internos: Frameworks to enable specification of educational content and training activities (DO); Identification of deficiencies in care and education in an efficient and simple manner (DO); Create opportunities for innovation in health care and education (DO); Indicators to assure and improve the quality of care (DO); Using quality indicators (DO); Safeguard the quality and safety of care (PI); Professional standards (PI); Opportunities to develop and demonstrate best practices (CO); Accountability among all stakeholders (CO); Effective distribution of professional responsibilities (CO)
<i>Value-based healthcare (VBHC) (48)</i>	Facilitadores Internos: Benchmarking and Best Practices Sharing (DO); Discussing possibilities for learning (DO); Developing new measures (DO); Measuring real patient costs (DO); Not using misleading and rough-hewn measures (DO); Changes based on the results of outcome measures (DO); Seeing the changes in outcome measures (DO); Identification of areas for improvement based on outcomes measures (DO); Well-founded decisions for developmental work (DO); Relevant national quality registers on the patient perspective (DO); Organization of the work (DO); Reasonable and clear structure of the new tool (DO); Support systems to benchmarking (DO); Working methods that can create value (DO); Handling costs at the same time as providing valuable healthcare (EF); Improvements in cooperation with co-workers (PI); A change calling in organisational culture (CO); Talking about costs (CO); Identify and investigate the costs for care provided (CO); Listening to patient representatives (CO); Questioning the content of healthcare and how it is provided (CO); Self-critical attitude in the organization (CO); Really developing healthcare based on patient reported outcome measures (CO); Patient's view as the point of departure (CO); Acceptance of registering necessary data (CO)

Intervenção	Resultados
	<p>Barreiras Internas: Low level of registered data (DO); Explaining away one's own poorer results (DO); Not cooperating with peers (DO); Not learning from peers (DO)</p> <p>Facilitadores Externos: Quality registers (DI)</p> <p>Barreiras Externas: Not all registered variables are useful as outcome measures (DI)</p>
Value-based healthcare concept (VBHC) (49)	<p>Facilitadores Internos: Increased cooperation to outcome measurement (DO); Organizational improvement to cooperation between departments (DO); Identify relevant outcome measurements suitable for scorecard (DO); Measurement as a means to improvement (DO); Detecting divergences in the scorecards (DO); Measuring different variables (DO); Local care quality register used to measure and improve health outcomes (DO); Promptly seeing the effects of preventative work (DO); Seeing effects of preventable work (DO); Incorporating existing improvements in the new initiative system (DO); Incorporating improvements ongoing into the new initiative (DO); Development of new routines and support systems when registering patient data (DO); Increase the coverage of registers (DO); The construction of local quality registers with the potential to become national ones speeded up (DO); Cooperation with primary care and community care (RI); Increased awareness of cooperation between inpatient and outpatient care (RI); Cooperation and communication across boundaries (PI); Increased cooperation and increased understanding of each department (PI); Noting the need of cooperation with other departments (PI); Coordination between different developmental projects (PI); Patient's involvement (CO); Acknowledging the discrepancy between providers and patients' notions of value (CO); Appreciation of the focus on value for the patient (CO); Motivating the participation of the patient representatives (CO); Understanding that is about changing culture (CO); Impact the culture, evolving what was considered important for a senior physician to care about (CO); Proud of cooperation with the representatives as it legitimates their work (CO); Research is important to staff (CO); In concept and implementation work (CO); Renewed engagement when analyzing outcomes and working on concrete improvement initiatives (CO); Think differently and focus on what create value for the patient (CO); Satisfaction with the focus on value instead of costs and budget in balance (CO); Working in accordance with creating value intentions (CO)</p> <p>Barreiras Internas: Professionals themselves cannot solve the problems (DO); Difficulties in following patients (DO); Energy drained by the lack of IT systems supporting the initiative (DO); It is not possible to measure what people want (DO); Changing the team leader (DO); Anxiety about maintaining enthusiasm and engagement (DO); Decreased engagement when the consultants leaved (DO); Difficulty in retaining focus in the absence of the consultants (DO); Getting stuck and later on regain renewed engagement (DO); Reduced speed of the implementation due to changing the team leader (DO); Lack of capacity and resources (EF); Setting variables in registers is a lengthy and time-consuming procedure (PI); Energy giver and thief (CO); Not having the authority to make decisions (energy-draining factor) (CO)</p> <p>Facilitadores Externos: Consulting support at getting started (C); Consultants contributing to retain the focus on health outcomes when deciding which outcome measurements were relevant to use (C); Consultants' promptness and efficiency and how they structured the work (C)</p> <p>Barreiras Externas: Consulting support at getting started (C); Lost focus on the implementation when the consultants left (exhaustion) (C); More interested in demonstrating the results of their work (C); No time to reflect over the concept and its adjustment; just doing what they had to do (C); Not allowing enough time for involvement and understanding the concept (C); Pressure of time (C); Staff deprived of their own autonomy (C); The speeded-up process involved to reallocate time for clinical patient work (C); Working methods and experience of healthcare conditions questioned (C)</p>
Value-based integrated (renal) care (50)	Facilitadores Internos: Tools focused on coordination of information (DO)
Value-Based Purchasing Programs (51)	Facilitadores Internos: Measure alignment (DO); Performance targets (DO); Data quality improvement support (DO); Sizable incentives (EF); Engage providers (CO)

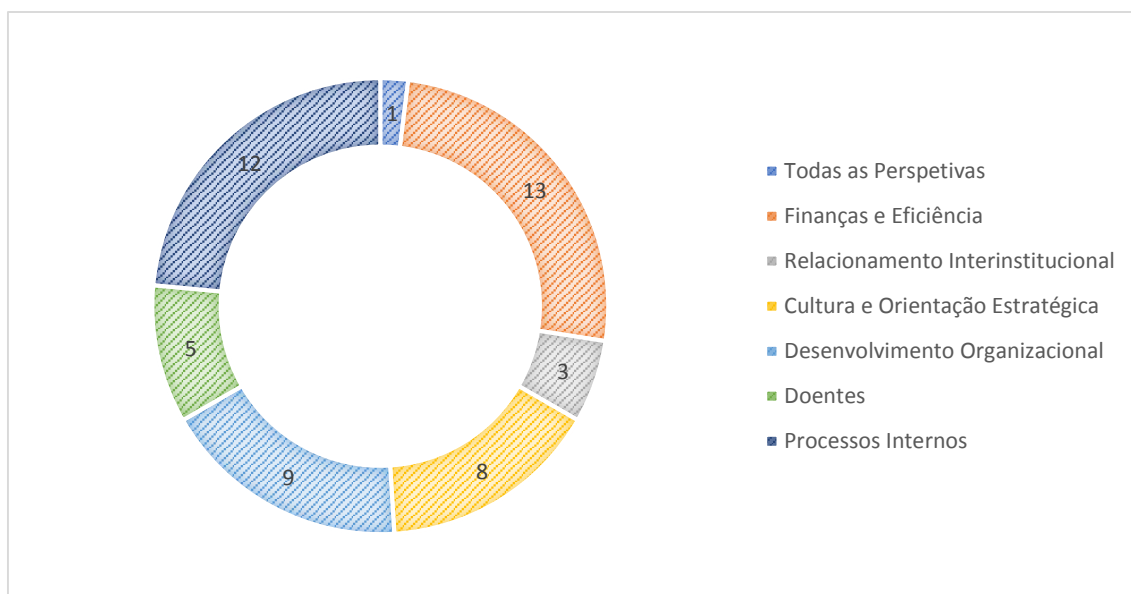
Legenda: desenvolvimento organizacional (DO), processos internos (PI), cultura e orientação estratégica (CO), eficiência e finanças (EF), doentes (D), relacionamento interinstitucional (RI), sistema de saúde (SS), outros setores (OS), cuidados de saúde primários (CSP), pós-alta (PA), dados e informação (DI), consultoria (C).

5.3.2.2. Agrupamento e clusterização

As 51 intervenções descritas nos 42 estudos incluídos na Revisão Sistemática foram agrupadas em seis dimensões, nomeadamente, perspectiva da *eficiência e finanças*, perspectiva dos *processos internos*, perspectiva do *desenvolvimento organizacional*, perspectiva dos *doentes* (estas quatro correspondentes ao BSC tradicional), perspectiva do *relacionamento interinstitucional*, *cultura e orientação estratégica* e *todas as perspectivas* (inclui todas as dimensões anteriores, com exceção da cultura e orientação estratégica).

A grande parte das intervenções refere-se à perspectiva da eficiência e finanças (n=13) e dos processos internos (n=12), seguidas das referentes à perspectiva do desenvolvimento organizacional (n=9) e à cultura e orientação estratégica (n=8). Encontraram-se, ainda, intervenções respeitantes à perspectiva dos doentes (n=5), do relacionamento interinstitucional (n=3) e de todas as perspectivas (n=1), conforme ilustra a Figura 5.3, *infra*.

FIGURA 5.3. NÚMERO DE INTERVENÇÕES POR PERSPETIVA



Seguidamente, num exercício de clusterização, distribuíram-se as 51 intervenções pelo nível de gestão (de topo, intermédia e operacional) em que foram implementadas, mantendo a referência do grupo no qual se incluíram, conforme descrito *supra*. A Figura 5.4, *infra*, ilustra esta análise, que permite visualizar que o maior número de intervenções (n=17) se centra ao nível da gestão operacional, sendo que, dentro destas, 8 dizem respeito à perspectiva da eficiência e finanças, 4 ao desenvolvimento

organizacional, 2 aos processos internos, 2 à cultura e orientação estratégica e 1 ainda à perspectiva dos doentes.

Identificaram-se também intervenções ao nível operacional, mas numa dimensão horizontal (n=11). Trata-se de intervenções implementadas ao nível dos serviços, mas ao longo do ciclo de cuidados, ultrapassando as fronteiras dos serviços. Dentro destas, 5 pertencem à perspectiva dos processos internos, 3 da eficiência e finanças, 2 da perspectiva dos doentes e 1 é referente à cultura e orientação estratégica.

Classificou-se o terceiro maior grupo de intervenções (n=10) a um nível global, isto é, intervenções que dizem respeito a todos os níveis de gestão e tanto numa dimensão horizontal, como vertical. Destas intervenções, 3 referem-se aos processos internos, 3 ao desenvolvimento organizacional, 1 à eficiência e finanças, 1 à cultura e orientação estratégica, 1, ainda, à perspectiva dos doentes e 1 a todas as perspetivas.

Identificaram-se intervenções entre o nível intermédio e o operacional (n=3), sendo 2 delas de cultura e orientação estratégica e 1 de processos internos. Neste nível partilhado, mas horizontalizado, encontrou-se, ainda, 1 intervenção de cultura e orientação estratégica.

Identificaram-se, também, intervenções ao nível da gestão de topo (n=2), especificamente, 1 intervenção de cultura e orientação estratégica e 1 intervenção na perspetiva dos doentes.

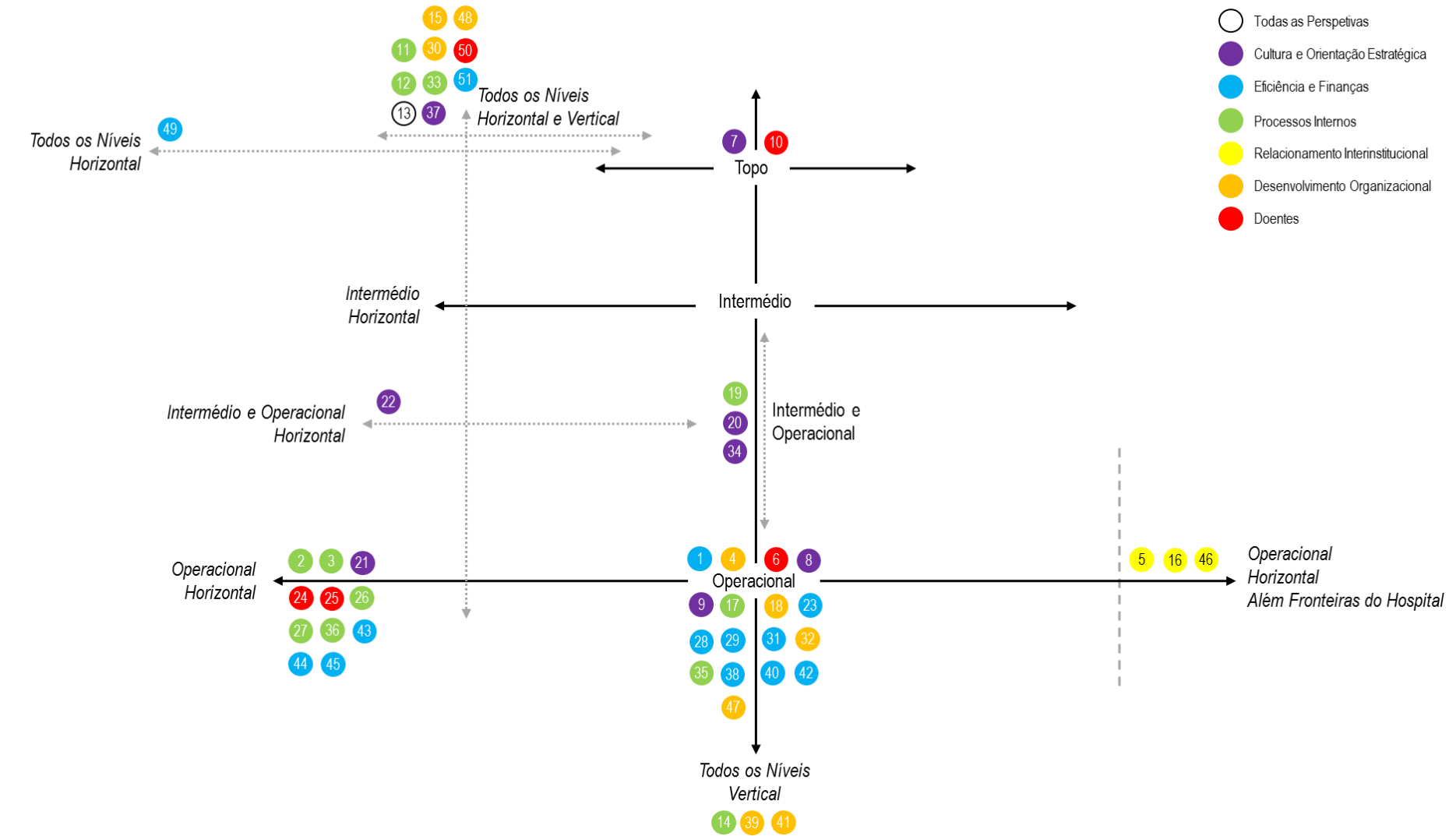
Identificaram-se intervenções que envolviam todos os níveis de gestão, mas de implementação unicamente verticalizada (n=3). Dentro destas, 2 intervenções referem-se ao desenvolvimento organizacional e 1 aos processos internos. Identificou-se, ainda, 1 intervenção a todos os níveis de gestão, de implementação unicamente horizontal, referente à eficiência e finanças.

Finalmente, encontraram-se intervenções ao nível operacional e horizontal, mas que ultrapassavam as fronteiras do próprio hospital (n=3), todas na perspetiva do relacionamento interinstitucional.

Numa outra perspetiva de leitura, verifica-se que existem intervenções sobre *cultura e orientação estratégica* em todos os níveis de gestão, tanto isolada como horizontalmente (n=8). As intervenções em *eficiência e finanças* estão concentradas principalmente ao nível operacional individual (n=8), existindo algumas que ultrapassam os serviços, mas que se mantêm ao nível operacional (n=3). Identificaram-se intervenções nesta perspetiva, ainda, de eficiência e finanças, implementadas a todos os níveis de gestão horizontalizados (n=1), bem como a todos os níveis, tanto horizontalizados, como verticalizados (n=1). As intervenções respeitantes aos

processos internos estão também maioritariamente ao nível operacional (n=7), sendo a maioria de implementação horizontal. Três deste tipo de intervenções situam-se ao nível global do hospital, 1 a todos os níveis verticalizados e 1 ao nível intermédio e operacional partilhado. Todas as intervenções referentes ao *relacionamento interinstitucional* estão ao nível operacional horizontal (n=3), fora dos limites do hospital. As intervenções para o *desenvolvimento organizacional* situam-se no nível operacional individual (n=4), em todos os níveis de gestão do hospital verticalizados (n=2) e no nível global da instituição (n=3). As intervenções na perspetiva dos *doentes* estão distribuídas pelo nível operacional horizontal (n=2), operacional individual (n=1), de topo (n=1) e ao nível global do hospital (n=1). A intervenção que abarca todas as perspetivas situa-se ao nível global da instituição.

FIGURA 5.4. DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES POR NÍVEL DE GESTÃO



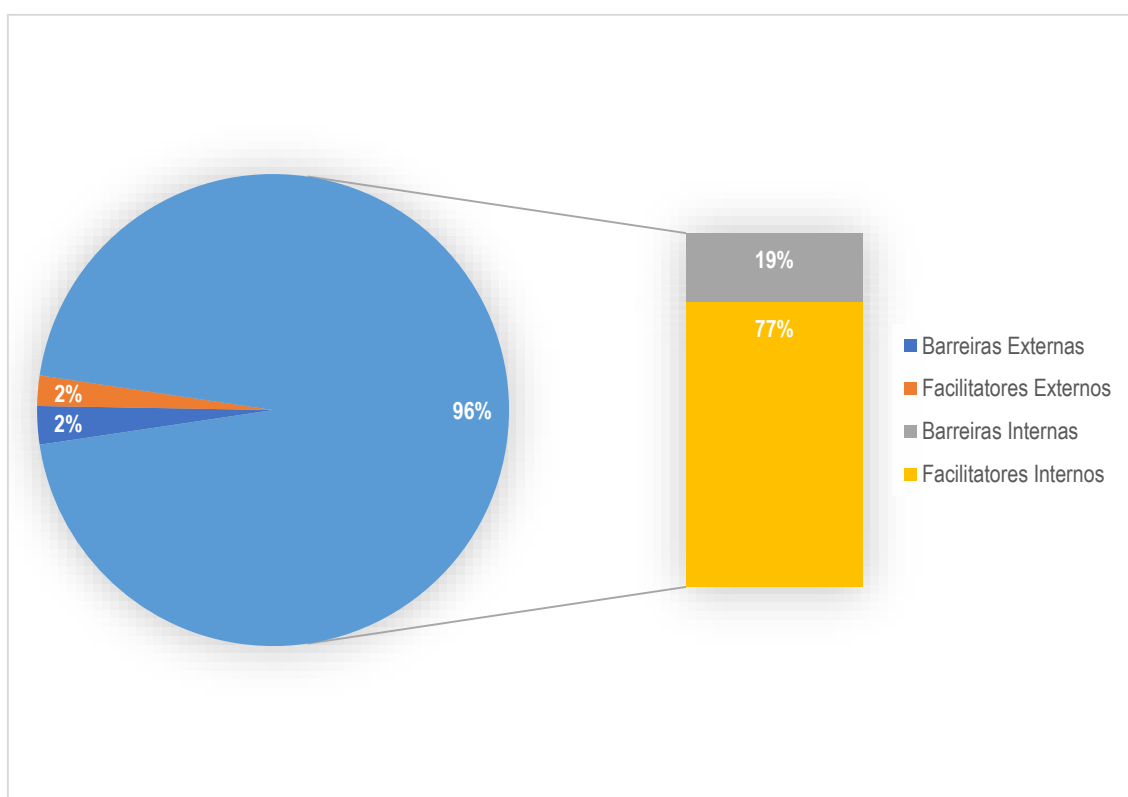
Legenda:

- 1 *Choosing Wisely campaign*
- 2 *Clinical imaging rounds (CIR)*
- 3 *Clinical Pathways*
- 4 *Clinical Registries*
- 5 *Collaborative Partner Prioritization Tool*
- 6 *Disease Registries*
- 7 *Ethical Organizational Culture*
- 8 *Hardwiring Excellence model (or the Studer model or the StuderGroup model)*
- 9 *High-Value Care Culture Survey (HVCCS)*
- 10 *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) - Patient Experience*
- 11 *Hospital hip fracture patient pathway and process improvement at a University hospital*
- 12 *Hospital no-wait patient pathway and process improvement at a large hospital*
- 13 *Hospital of the Future*
- 14 *Hospital process improvement for emergency pediatric patients at a University hospital*
- 15 *Improvement knowledge as a management innovation*
- 16 *Integrated Care Transitions Project*
- 17 *Intervention to improve communications and roles in radiotherapy at a University hospital*
- 18 *Knowledge-based value creation (KBVC) management*
- 19 *Leadership support and learning programme at a University hospital*
- 20 *Lean leaders*
- 21 *Lean thinking in healthcare*
- 22 *Lean Thinking within a hospital operating department*
- 23 *OR Surgical Cost Reduction (OR SCORE) project*
- 24 *Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty*
- 25 *Patient-Centeredness - University of Pittsburgh Medical Center's Patient- and Family-Centered Care*
- 26 *Process management*
- 27 *Process management in healthcare*
- 28 *Quality Improvement Intervention for Reduction of Redundant Testing*
- 29 *Quality Improvement Process Aimed to Deliver Higher Value Physical Therapy for Patients With Low Back Pain*
- 30 *Quality Initiatives (TQM), Excellence Models, Accreditation, Evidence-Based Medicine, Lean Management, Six Sigma, Other QI)*
- 31 *Rapid cycle plan-do-study-act (PDSA) quality improvement methodology*
- 32 *Redesigning Care Delivery with Patient Support Personnel at Accountable Care Organizations (ACO)*
- 33 *Selling healthcare and related services (Group on Private Sector)*
- 34 *Servant leaders*
- 35 *Simulation to improve interprofessional working and communications in an Intensive Care Unit at a University hospital*
- 36 *Six Sigma and Toyota Production Systems' Lean technologies (Lean)*
- 37 *Social Entrepreneurial Approach of the Case Hospital System*
- 38 *Standardized value framework - radar charts*
- 39 *Succession management practices on organizational performance*
- 40 *Teaching High-Value Care - a novel morning report*
- 41 *The Baldrige Performance Excellence Program*
- 42 *The Online Teaching Value in Health Care Learning Network*
- 43 *Time-driven activity-based costing (TDABC)*
- 44 *Time-driven activity-based costing (TDABC) - UCLA*
- 45 *Time-driven activity-based costing in health care (TDABC)*
- 46 *Value Chains of Public Health Care*
- 47 *Value-based health care (VBHC) system*
- 48 *Value-based healthcare (VBHC)*
- 49 *Value-based healthcare concept (VBHC)*
- 50 *Value-based integrated (renal) care*
- 51 *Value-Based Purchasing Programs*

5.3.2.3. Análise temática

Na condução da análise temática dos facilitadores e das barreiras à implementação das intervenções baseadas no valor encontradas pelos 42 estudos e referentes às 51 intervenções descritas, identificaram-se resultados no contexto externo e no contexto interno à instituição, sendo a maioria dos resultados respeitante a este último. A Figura 5.5 ilustra, assim, a preponderância dos elementos do contexto interno (96%, n=690), por oposição aos do contexto externo (4%, n=34). Com respeito ao contexto interno, encontraram-se mais elementos facilitadores (77%, n=555) do que barreiras (19%, n=135).

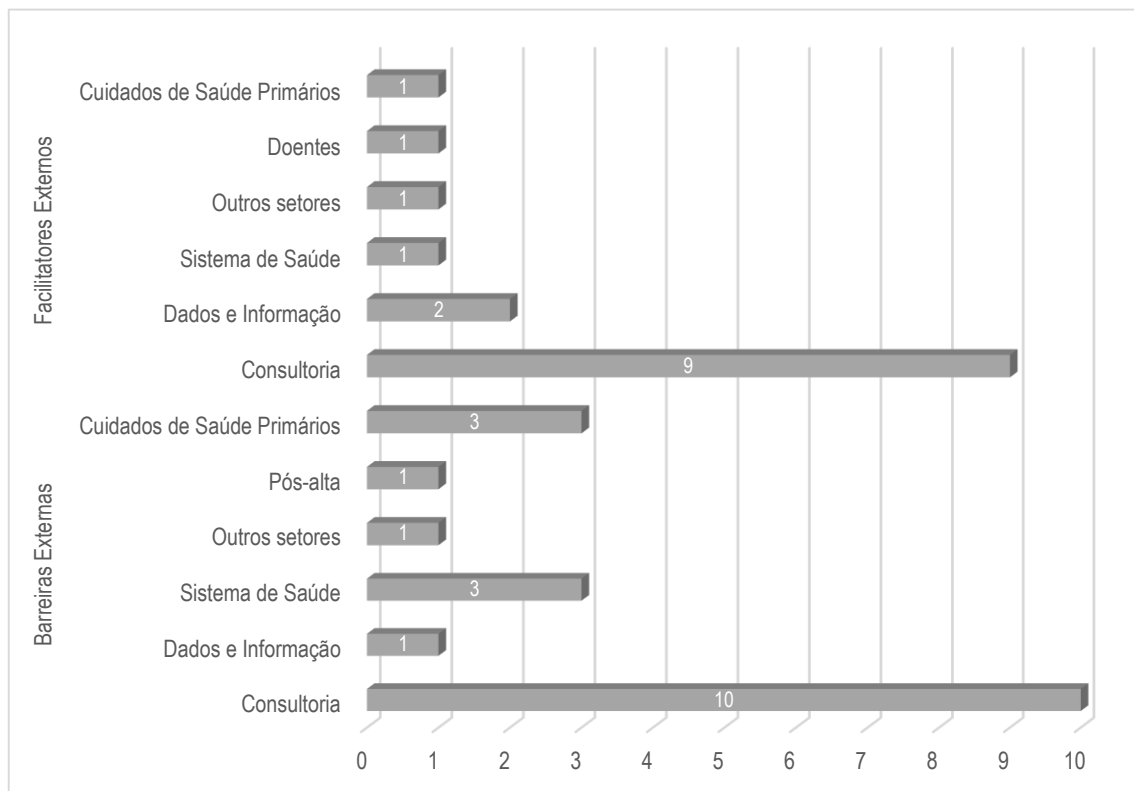
FIGURA 5.5. PERCENTAGEM DE BARREIRAS E FACILITADORES NO CONTEXTO INTERNO E EXTERNO



No contexto interno, as grandes categorias são desenvolvimento organizacional (DO), processos internos (PI), eficiência e finanças (EF), doentes (D), relacionamento interinstitucional (RI) e cultura e orientação estratégica (CO). No contexto externo (ou *ambiente*), as grandes categorias são sistema de saúde (SS), outros setores (OS), cuidados de saúde primários (CSP), pós-alta (PA), dados e informação (DI) e consultoria (C).

No contexto externo, as barreiras (n=19) e facilitadores (n=15) são referentes a seis áreas, sendo preponderante a consultoria, tanto enquanto facilitadora, como barreira, conforme ilustra a Figura 5.6. Nas barreiras externas, assinalam-se também as que se referem aos cuidados de saúde primários (n=3) e ao sistema de saúde (n=3).

FIGURA 5.6. NÚMERO DE BARREIRAS E FACILITADORES NO CONTEXTO EXTERNO

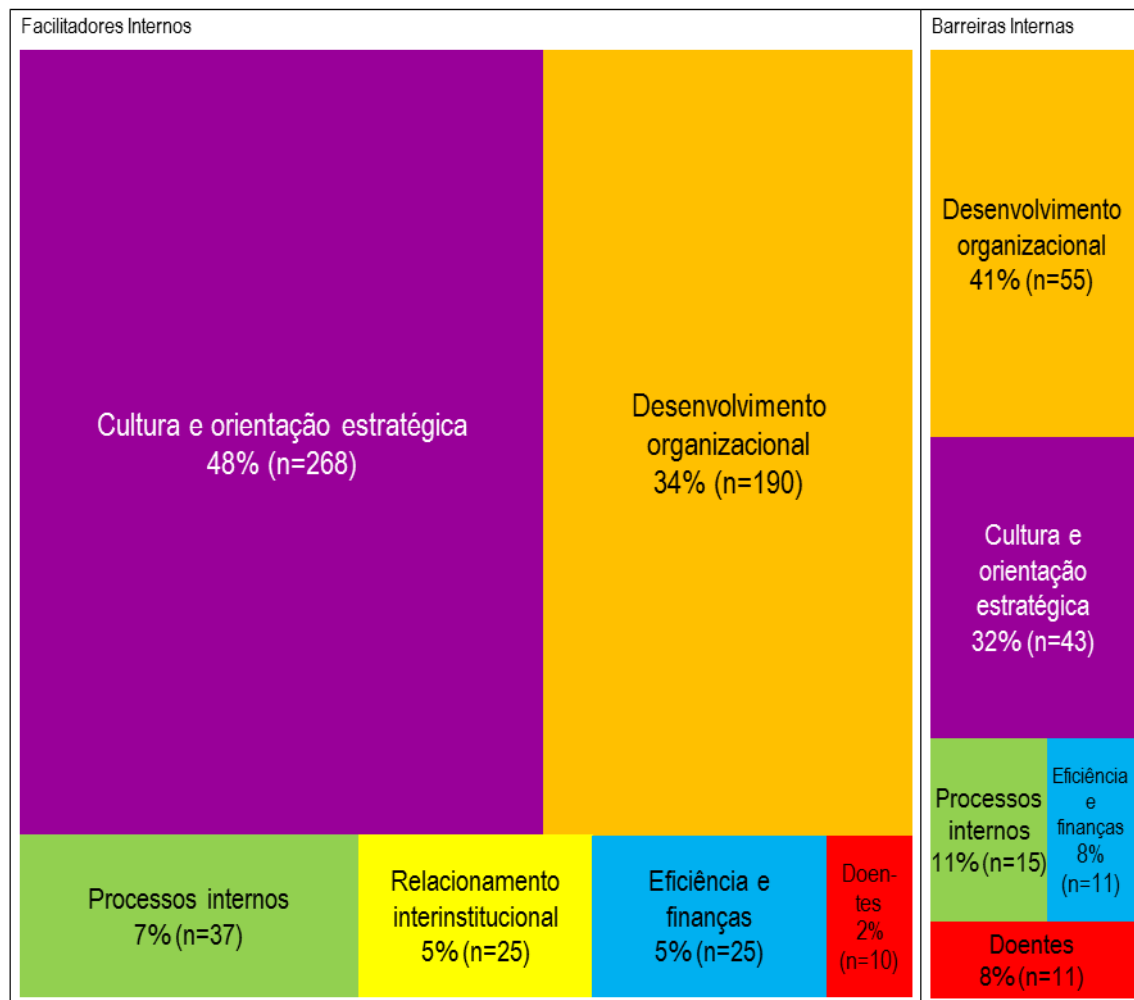


Os facilitadores externos são, especificamente: o acesso a *expertise* e apoio de consultores no início da implementação da intervenção (consultoria); registos de qualidade e uso das tecnologias de informação (dados e informação); a redução ou controlo do custo em saúde *per capita* (sistema de saúde); a utilização dos *social media* (outros setores); os *lobbies* dos doentes junto dos decisores (doentes); e o *gatekeeping* (cuidados de saúde primários).

As barreiras externas são, especificamente: o apoio de consultores no início da implementação da intervenção (consultoria) – que é também em si um facilitador, como observado *supra* –; o facto de nem todas as variáveis registadas serem úteis enquanto métricas de resultados (dados e informação); os silos, a interferência das seguradoras e o mercado enquanto *driver* (sistema de saúde); a não distinção entre regulador, prestador e comprador (outros setores); a falta de camas de reabilitação e de cuidados de longa duração com criação de *bottlenecks* (pós-alta); e a falta de registo de doentes junto dos médicos de família, a falta de responsabilização nos cuidados de saúde primários e a aversão do risco pelos médicos de família (cuidados de saúde primários).

A análise é, seguidamente, centrada no contexto interno, dado o volume de resultados. A Figura 5.7 mostra a preponderância, tanto de facilitadores, como de barreiras, nas grandes categorias da cultura e orientação estratégica e do desenvolvimento organizacional.

FIGURA 5.7. BARREIRAS E FACILITADORES INTERNOS POR GRANDES CATEGORIAS



Com maior detalhe, a Figura 5.8, *infra*, ilustra as subcategorias dos facilitadores internos. Os valores percentuais e números absolutos referem-se à totalidade dos facilitadores codificados, isto é, a contagem é feita sobre o número de codificações e não sobre o número de códigos (ou subcategorias). Nesta medida, um código pode ter sido utilizado mais do que uma vez para o mesmo estudo ou para outros estudos.

Verifica-se que, dentro da categoria da cultura e orientação estratégica, a principal entre os facilitadores, as subcategorias visão (30%) e valores (14%) têm um peso superior à subcategoria missão (5%). No que se refere à visão, assinalam-se as três subcategorias predominantes dentro desta, nomeadamente, envolvimento, *engagement* e empoderamento (11%), liderança (10%) e *awareness* (2%). Dentro dos valores,

apresentam maior peso a colaboração e entreajuda (7%) e o apreço e respeito pelos outros (2%). Dentro da missão, a principal subcategoria é servir os doentes e a comunidade (2%).

A mesma figura mostra ainda as subcategorias presentes na grande categoria do desenvolvimento organizacional. Entre elas, as principais são o desenvolvimento de projetos (8%) e as ferramentas, métodos e apoio à decisão (6%).

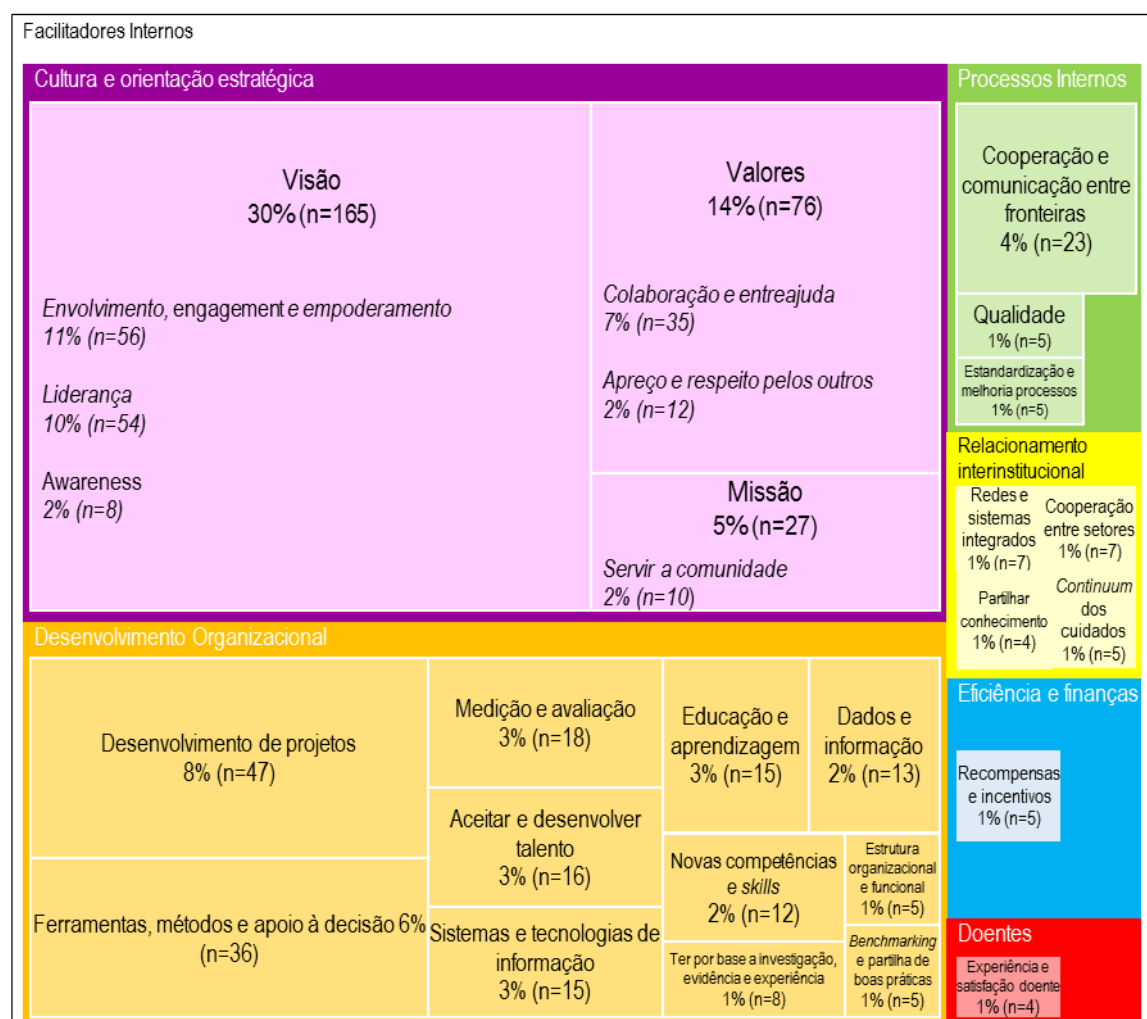
Na grande categoria dos processos internos, tem maior peso a cooperação e comunicação entre fronteiras (4%).

Na grande categoria do relacionamento interinstitucional, as principais subcategorias são as redes e sistemas integrados (1%) e a cooperação entre setores (1%).

A principal subcategoria em eficiência e finanças são as recompensas e incentivos (1%).

Por fim, na grande categoria dos doentes, a principal subcategoria é a experiência e satisfação do doente (1%).

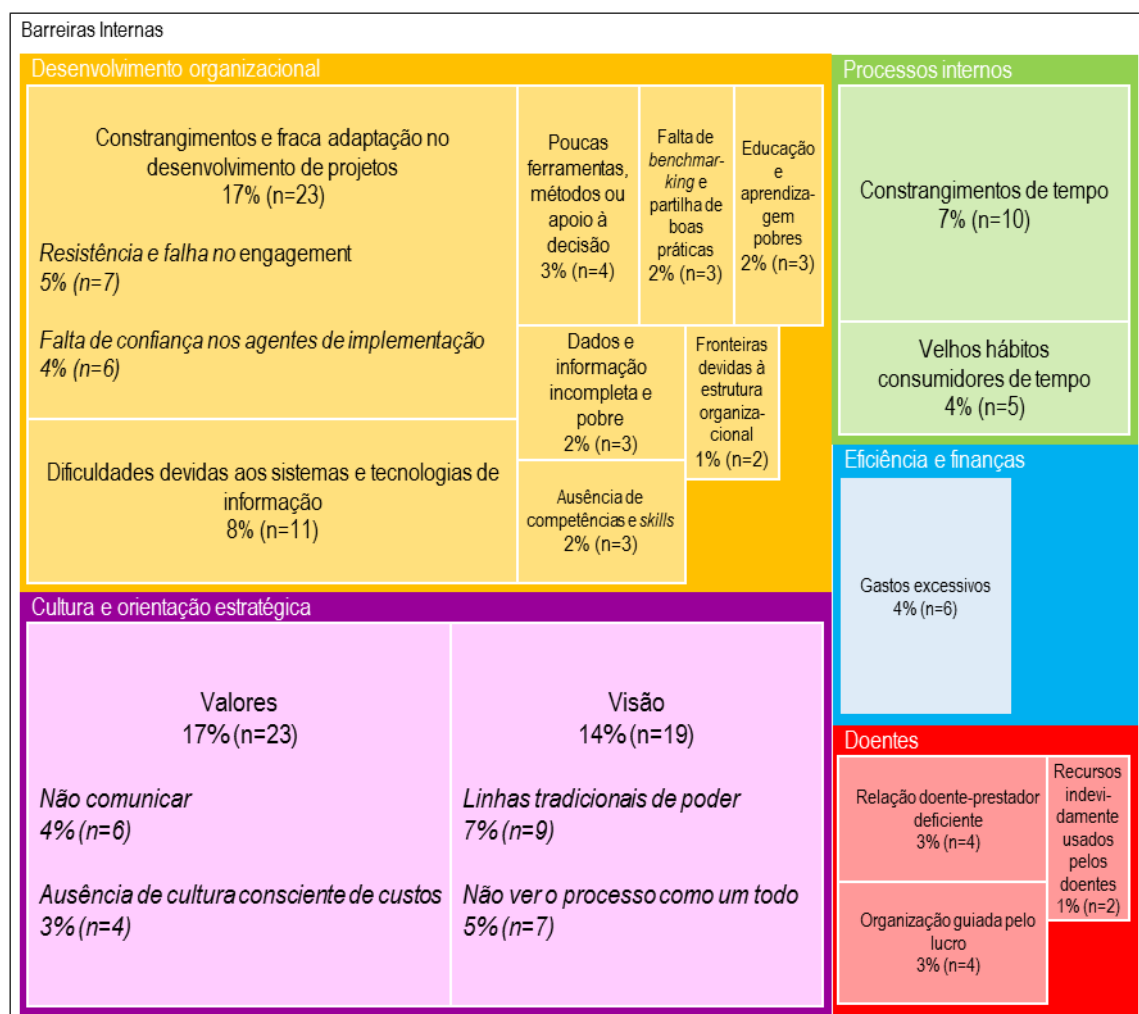
FIGURA 5.8. FACILITADORES INTERNOS POR SUBCATEGORIAS



A Figura 5.9, *infra*, ilustra as subcategorias das barreiras internas. Na grande categoria do desenvolvimento organizacional, a principal entre as barreiras, assinala-se o maior peso dos constrangimentos e fraca adaptação no desenvolvimento de projetos (17%), seguidos das dificuldades devidas aos sistemas e tecnologias de informação (8%). Dentro da primeira, é predominante a resistência e falha no *engagement* (5%) e a falta de confiança nos agentes de implementação (4%).

Dentro da cultura e orientação estratégica e, dentro desta, dos valores (17%), predomina não comunicar (4%) e a ausência de cultura consciente de custos (3%). Dentro da visão (14%), têm maior peso as linhas tradicionais de poder (7%) e não ver o processo (de melhoria do valor) como um todo (5%). Na grande categoria dos processos internos, as duas subcategorias são os constrangimentos de tempo (7%) e os velhos hábitos consumidores de tempo (4%). Já na grande categoria da eficiência e finanças, predominam os gastos excessivos (4%). Finalmente, na grande categoria dos doentes, as principais subcategorias são a relação doente-prestador deficiente (3%) e uma organização guiada pelo lucro (3%).

FIGURA 5.9. BARREIRAS INTERNAS POR SUBCATEGORIAS



5.3.3. Exploração de relações entre os estudos

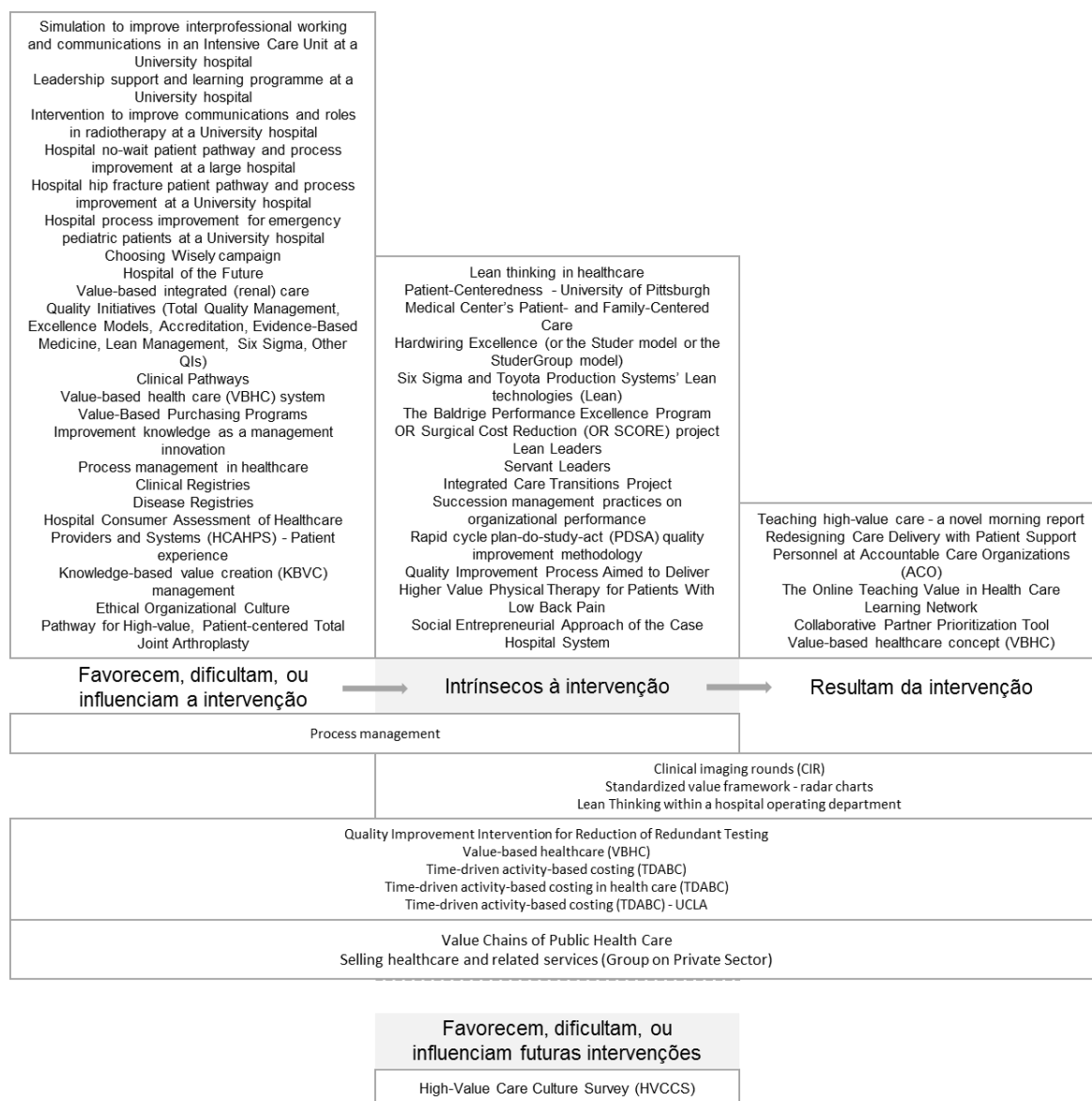
5.3.3.1. Variabilidade nas intervenções

As intervenções baseadas no valor incluídas na Revisão Sistemática variam de acordo com o ponto de influência das respectivas barreiras e facilitadores, pelo que foram classificadas do seguinte modo:

1. Os facilitadores/barreiras são intrínsecos à intervenção descrita
2. Os facilitadores/barreiras identificados resultaram da intervenção descrita
3. Os facilitadores/barreiras identificados favorecem/dificultam/influenciam a intervenção descrita
4. Os facilitadores/barreiras identificados favorecem/dificultam/influenciam futuras intervenções

Algumas intervenções apresentam barreiras e facilitadores com mais do que um ponto de influência. A Figura 5.10 apresenta a variabilidade nas 51 intervenções, tendo em conta estas características.

FIGURA 5.10. INTERVENÇÕES PELO PONTO DE INFLUÊNCIA DAS BARREIRAS E FACILITADORES



5.3.3.2. Rede de ideias e mapeamento concetual

Para conduzir a etapa da rede de ideias, ou do mapeamento concetual¹³⁹, utilizou-se, como referido *supra*, a estrutura de análise de dados da metodologia Gioia, por nos parecer cabal à exposição do trabalho de concetualização a desenvolver.

O mapeamento concetual foi desenvolvido sobre as barreiras e facilitadores internos. Não se procedeu ao mesmo exercício no que diz respeito às barreiras e facilitadores externos, por serem de número muito reduzido.

Os dados constantes da primeira coluna da estrutura de dados (códigos de primeira ordem), presente na Tabela 5.4 e na Tabela 5.5, *infra*, correspondem aos resultados da Revisão Sistemática (codificações) e à categorização mais próxima dos dados,

realizada no âmbito da análise temática, conduzida na etapa anterior. Não foram, por isso, utilizadas neste exercício as grandes categorias da análise temática, explicitada na Secção 5.3.2.3. Se as grandes categorias configuraram, nessa fase, uma análise temática, os temas de segunda ordem, apresentados na segunda coluna das tabelas *infra*, consubstanciam, nesta etapa, uma concetualização por meio de um exercício teórico e indutivo. Assim, um tema de segunda ordem (constante das colunas centrais das Tabelas 5.4. e 5.5.) pode reunir subcategorias que haviam sido integradas em mais do que uma das grandes categorias utilizadas para a análise temática realizada anteriormente. Na terceira coluna das mesmas tabelas, identificam-se, por fim, as dimensões que agregam os temas concetuais presentes na segunda coluna, utilizando, para o efeito e como base, o modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹, que é, deste modo, clarificado e desenvolvido. Não foi aqui, assim, desenvolvido um exercício de abstração, como ocorre na *Grounded Theory*, ainda que tenhamos recorrido à mesma ferramenta analítica.

Facilitadores internos

Da Revisão Sistemática, resultaram 555 codificações respeitantes a facilitadores internos, apresentadas *supra* na tabulação dos resultados. Destas 555 codificações, excluíram-se, para a presente análise, as que eram redundantes. Desta seleção, resultaram 241 códigos, que foram, por sua vez, categorizados em 47 designações (*labels*), e que constam da coluna à esquerda (primeira ordem) da tabela *infra*. Na procura da melhor designação, a interpretação foi reduzida e o exercício de categorização o mais aproximado possível dos dados. Na análise de segunda ordem (temas), constante da coluna central, procedeu-se a um exercício de concetualização, com a finalidade de organizar os dados em temas mais abrangentes, representando semelhanças concetuais. Estes novos temas são o resultado de um exercício analítico e de interpretação e descrição (mas não de explicação e abstração). Desta análise resultaram 18 temas.

Na Tabela 5.4, *infra*, apresenta-se, assim, a estrutura de dados respeitante aos facilitadores internos e respetiva concetualização (temas) e agregação (dimensões). A título de exemplo, o tema *cooperação para além do hospital*, integrado na dimensão *ambiente*, compreende continuidade e *continuum* dos cuidados, redes e sistemas integrados e interação e cooperação entre setores da saúde (v.g., *collaboration between the public and private sectors*).

TABELA 5.4. FACILITADORES INTERNOS

(continua)

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
Continuidade e <i>continuum</i> dos cuidados <i>Aligning hospitals, physicians, and other providers across the continuum of care</i> ¹⁷⁹ <i>Collaboration outcomes</i> ¹⁶⁶ <i>Following discharge</i> ¹⁴⁸	Cooperação para além do hospital	Ambiente (<i>input</i>)
Redes e sistemas integrados <i>Integrated information systems between different organizations</i> ¹⁷³ <i>Obtaining immediate information about the necessities of care</i> ¹⁵⁰ <i>Timely search for complementary services and resources</i> ¹⁵⁰ <i>Transmission of information between the hospital and those involved outside the hospital</i> ¹⁷³		
Interação e cooperação entre setores da saúde <i>Cooperation with primary care and community care</i> ⁴⁷ <i>Increased awareness of cooperation between inpatient and outpatient care</i> ⁴⁷ <i>Collaboration between the public and private sectors</i> ¹⁴⁸ <i>Interaction and mediation of different actors and social structures</i> ¹⁸²		
Medição e avaliação <i>Identify relevant outcome measurements suitable for scorecard</i> ⁴⁷ <i>Indicators to assure and improve the quality of care</i> ¹⁴⁷ <i>Measuring real patient costs</i> ¹⁵² <i>Not using misleading and rough-hewn measures</i> ¹⁵² <i>Detecting divergences in the scorecards</i> ⁴⁷ <i>Changes based on the results of outcome measures</i> ¹⁵² <i>Seeing the changes in outcome measures</i> ¹⁵²	Gestão do conhecimento e evolução	Recursos (<i>input</i>)
Dados e informação <i>Data accuracy and completeness</i> ¹⁶³ <i>Explicit and comprehensive information given to everyone involved</i> ¹⁷³ <i>Understanding of the cost of all diagnostic tests</i> ¹⁴⁶ <i>Data about own performance</i> ¹⁵¹ <i>Evidence suggesting harm rather than cost savings</i> ¹⁵¹		
Sistemas e tecnologias de informação <i>Development of integrated information systems</i> ¹⁷⁹ <i>Ability to clarify how costs are incurred</i> ¹⁶² <i>Accuracy of micro costing methods</i> ¹⁶² <i>Development of new routines and support systems when registering patient data</i> ⁴⁷	Suporte aos processos decisórios	
Ferramentas, métodos e apoio à decisão <i>Checklists</i> ¹⁴⁵ <i>Personal observation of work</i> ¹⁴⁵ <i>Methods that improve process reliability</i> ¹⁶⁸ <i>Reasonable and clear structure of the new tool</i> ¹⁵² <i>Determining evidence of waste and inefficiency through the use of audits, process maps and PDCA cycles</i> ¹⁸² <i>Using methods to a shared understanding of processes and problems</i> ¹⁶⁸ <i>Tools focused on coordination of information</i> ¹⁸⁰ <i>Values as a tool</i> ¹⁴⁵ <i>Vision as a tool</i> ¹⁴⁵ <i>Dashboard feedback</i> ¹⁵¹ <i>Visualization of outcomes and cost</i> ¹⁷⁸ <i>Working methods that can create value</i> ¹⁵²		
Apreço e respeito pelos outros <i>Commitment to respect</i> ¹⁴⁵ <i>Empathy</i> ¹⁴⁵ <i>Focus on leaders meeting the needs of others</i> ¹⁴⁵ <i>Modesty and humility</i> ¹⁴⁵ <i>Service</i> ¹⁴⁵		
Gestão do erro organizacional <i>Blame-free environment</i> ¹⁵⁵ <i>No blame approaches to mistakes and errors</i> ¹⁴⁵ <i>Room to learn and to make mistakes</i> ¹⁴⁵ <i>Open and trusting environment</i> ¹⁴⁵		
Colaboração e entreaajuda <i>Comfort with cost conversations</i> ¹⁵⁵		

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
<i>Collaborative discussions about value</i> ¹⁷⁸ <i>Communicating mission and vision (engaging staff)</i> ¹⁷⁵ <i>Listening</i> ¹⁴⁵ <i>Feedback to providers</i> ¹⁶³ <i>Facilitating peer-led clinical and operational teams</i> ¹⁶¹ <i>Team approach to problem solving</i> ¹⁶⁸ <i>Team effectiveness</i> ¹⁴⁵ <i>Honesty</i> ¹⁴⁵ <i>Identify and investigate the costs for care provided</i> ¹⁵² <i>Information sharing (engaging staff)</i> ¹⁷⁵		
Linguagem comum <i>Defining the 'problems' of waste by linking them to staff concerns for patient care</i> ¹⁸² <i>Impact the culture, evolving what was considered important for a senior physician to care about</i> ⁴⁷ <i>Leaders articulating the values and purpose of the new initiative</i> ¹⁸² <i>Own vocabulary</i> ¹⁵⁷ <i>Rhetoric</i> ¹⁸²	Visão comum	
Criar uma visão <i>Conceptualization</i> ¹⁴⁵ <i>Entrepreneurial practices focusing on financial and social values</i> ¹⁶⁵ <i>Health system messaging</i> ¹⁵⁵ <i>Visibility</i> ¹⁴⁵		
Planear a mudança <i>Balance between big picture uncertainty and internal guidance consistency</i> ¹⁷⁰ <i>Scenario-based planning</i> ¹⁷⁹ <i>Strategy for change</i> ¹⁷²		
Awareness <i>Choosing the proper quality initiative</i> ¹⁴³ <i>Compatibility with the existing culture</i> ¹⁷⁰ <i>Openness</i> ¹⁴⁵ <i>Questioning the content of healthcare and how it is provided</i> ¹⁵² <i>Self-critical attitude in the organization</i> ¹⁵² <i>Understanding the magnitude of the problem</i> ¹⁵⁹		
Credibilidade <i>Accountability among all stakeholders</i> ¹⁴⁷ <i>Responsibility</i> ¹⁴⁵	Confiança mútua	História (input)
Integridade <i>High work ethic</i> ¹⁴⁸	Ética	
Educação e aprendizagem <i>Educating employees and physicians to create leaders</i> ¹⁷⁹ <i>Leadership training linked to organizational goals (aligning leaders)</i> ¹⁷⁵ <i>Create opportunities for innovation in health care and education</i> ¹⁴⁷ <i>Educating physicians on the new initiatives</i> ¹⁴³	Partilha e aprendizagem	Estrutura e processos informais
Benchmarking e partilha de boas práticas <i>Knowledge from different departments</i> ¹⁷³ <i>Multifacility benchmarking</i> ¹⁶⁰ <i>Dissemination of work</i> ¹⁵⁶		
Partilhar conhecimento <i>Innovative services expanded to other facilities</i> ¹⁶⁶ <i>Learning about each other's work setting</i> ¹⁵⁰		
Desenvolvimento de projetos <i>Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals</i> ¹⁷⁴ <i>Integration of the new initiative within the institution</i> ¹⁶⁹ <i>Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organization</i> ¹⁷⁴ <i>Few departments to be changed</i> ¹⁷⁴ <i>Identification of areas for improvement based on outcomes measures</i> ¹⁵² <i>Innovation perceived to offer strong advantages</i> ¹⁷⁴ <i>Incorporating improvements ongoing into the new initiative</i> ⁴⁷ <i>Internal change agents</i> ¹⁵⁷ <i>Predictable development</i> ¹⁷⁴ <i>Regular reviews and re-planning</i> ¹⁷⁴ <i>Showing the little or no cost of the new initiatives</i> ¹⁷⁰ <i>Acceptance of a slower tempo when implementing new ways of working</i> ¹⁷³	Desenvolvimento da inovação	Trabalho

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
<i>Devote to the effort time offset by reducing inefficient processes</i> ¹⁷⁰ <i>Well-founded decisions for developmental work</i> ¹⁵² <i>Working on concrete improvement initiatives</i> ⁴⁷ Gerir a mudança <i>Being comfortable with the uncertainty that innovation brings</i> ¹⁷⁰ <i>Embrace quality improvement as a cycle</i> ¹⁷⁰ <i>Think in the long term</i> ¹⁷³ <i>Understanding that is about changing culture</i> ⁴⁷ Ter por base a investigação, evidência e experiência <i>Evidence and experience-based innovations</i> ¹⁷⁴ <i>Research-driven approach</i> ¹⁵⁷ <i>Responding to doubts with evidence</i> ¹⁷⁰		
Cooperação e comunicação entre fronteiras <i>Cooperation between different participants in the process</i> ¹⁷³ <i>Forums where co-workers in different wards meet each other</i> ¹⁷³ <i>Improved flows between actors</i> ¹⁷¹ <i>Improved knowledge sharing between actors</i> ¹⁷¹ <i>Communication between departments</i> ¹⁷⁶ <i>Increased cooperation and increased understanding of each department</i> ⁴⁷ <i>Noting the need of cooperation with other departments</i> ⁴⁷ <i>Coordination between different developmental projects</i> ⁴⁷ <i>All levels involved</i> ¹⁷⁴ <i>A simple approach to break down silos</i> ¹⁷⁰ Estrutura organizacional e funcional <i>Accountability centers</i> ¹⁶⁵ <i>Increased cooperation to outcome measurement</i> ⁴⁷ <i>Organizational improvement to cooperation between departments</i> ⁴⁷ <i>Integration of clinical, operational, and financial teams</i> ¹⁶⁹	Articulação dentro do hospital	Estrutura formal
Aceitar e desenvolver talento <i>Acquisition of talent</i> ¹⁷⁵ <i>Selective hiring for acquiring and developing talent</i> ¹⁷⁵ <i>Talent assessment practices</i> ¹⁵⁴ <i>Development of talent</i> ¹⁷⁵ Rotação <i>Rotations at the management level</i> ¹⁶⁵	Gerir talento	
Champions <i>Aligning leaders</i> ¹⁷⁵ <i>Active clinical champions</i> ¹⁷⁴ <i>Members of the process teams are ambassadors of the process when changes are to be made</i> ¹⁷³ <i>Physician leadership related to clinical credibility</i> ¹⁷⁰ <i>Interdependence between leadership characteristics and the new initiative</i> ¹⁷³ Liderança da gestão de topo <i>Continuity and support of senior management</i> ¹⁷⁴ <i>Senior-level leadership to the patient experience</i> ¹⁶⁷ <i>Top management driven</i> ¹⁷⁴ Suporte à liderança <i>Leadership involvement and continuous support</i> ¹⁴³ <i>Foresight</i> ¹⁴⁵ <i>Project sponsorship and leadership</i> ¹⁶⁰ <i>Stewardship</i> ¹⁴⁵ Liderança de processos (dimensões relacionais, de qualidade e conhecimento) <i>All in the care chain need to have knowledge of others' respective parts</i> ¹⁷³ <i>Experience, confidence and authority at formal and informal meetings</i> ¹⁷³ <i>Medical competence for gaining acceptance</i> ¹⁷³ <i>Being both firm and tolerant</i> ¹⁷³ <i>Break through resistance and motivate participants</i> ¹⁷³ <i>Holistic perspective (organization and patients)</i> ¹⁷³ <i>Be sensitive to new ideas and stimulate colleagues and co-workers to use them and participate</i> ¹⁷³ <i>Formal, informal meetings and dialogues</i> ¹⁷³ <i>Formulating the goals for themselves as well as for the others and strategies to achieve it</i> ¹⁷³	Gerar e desenvolver lideranças	

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
<i>Feedback concerning the developmental work and results obtained</i> ¹⁷³ <i>Receiving feedback from others</i> ¹⁷³ <i>To be transparent in everything process managers do</i> ¹⁷³ <i>To have good communication with the people involved</i> ¹⁷³ <i>Development of a trustful climate</i> ¹⁷³ <i>All involved in the process experience participation and inclusion</i> ¹⁷³ <i>Getting along with co-workers and colleagues and not overriding what they want or believe is best</i> ¹⁷³ <i>Attempt to get different groups of professionals to embrace new thoughts</i> ¹⁷³ <i>Rooting new ideas</i> ¹⁷³ <i>To be open all the time</i> ¹⁷³		
Novas competências e skills <i>Cost awareness</i> ¹⁸³ <i>Development of leaders, at senior management and local departmental levels</i> ¹⁸² <i>Training on attaining standards on patient care</i> ¹⁴⁸ <i>Create a new profession of improvement experts</i> ¹⁵⁷ <i>Training staff, especially nurses, on implementation</i> ¹⁴³	Novas funções e competências	
Foco no valor <i>Satisfaction with the focus on value instead of costs and budget in balance</i> ⁴⁷ <i>The value of making changes in the process even if these changes increase the costs at the moment</i> ¹⁷³ <i>Working in accordance with creating value intentions</i> ⁴⁷ <i>Cost-reduction opportunities</i> ¹⁶⁰	Intenções de aumentar valor	Nível organizacional
Eficiência e redução do desperdício <i>Doing more with less</i> ¹⁴⁵ <i>Maximizing efficiency while ensuring low waste</i> ¹⁴⁸ <i>Remove waste to maximize value</i> ¹⁴⁵		
Gerir custos e prestar cuidados em simultâneo <i>Decreased likelihood that trainees would order extra diagnostic evaluations following the intervention</i> ¹⁴⁶ <i>Likelihood that the cost of a test would affect their future ordering practices</i> ¹⁴⁶ <i>Likelihood that the cost of a test would affect their timing of ordering a diagnostic evaluation</i> ¹⁴⁶		
Recompensas e incentivos <i>Performance-contingent rewards (aligning leaders)</i> ¹⁷⁵ <i>Provide costing information as basis for payer reimbursement schemes, and performance-based incentives</i> ¹⁶² <i>Sizable incentives</i> ¹⁴⁹		
Procura da qualidade <i>Effectiveness</i> ¹⁴⁵ <i>Safeguard the quality and safety of care</i> ¹⁴⁷ <i>Using evidenced-based practices</i> ¹⁷⁹ <i>Implementing policies to ensure quality of health services</i> ¹⁶⁵		
Desenvolver uma organização sustentável <i>Focus on organization's well being</i> ¹⁴⁵		
Centro no doente <i>A strong vision of patient-centered change as genuinely transformational</i> ¹⁷⁰ <i>Organizational motivation to improving the patient experience</i> ¹⁶⁷ <i>Patient experience training available to staff before the programme</i> ¹⁶⁷ <i>Senior-level commitment to the patient experience</i> ¹⁶⁷ <i>Really developing healthcare based on patient reported outcome measures</i> ¹⁵² <i>Patient's view as the point of departure</i> ¹⁵² <i>View all care as experiences through the eyes of patients and families</i> ¹⁷⁰ <i>Think differently and focus on what create value for the patient</i> ⁴⁷	Sentido de serviço ao doente	

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
Envolvimento do doente <i>Acknowledging the discrepancy between providers and patients' notions of value⁴⁷</i> <i>Appreciation of the focus on value for the patient⁴⁷</i> <i>Engage patients and families as full partners in codesigning care¹⁷⁰</i> <i>Establishing systems for hearing the voices of the patients¹⁶⁵</i> <i>Listening to patient representatives¹⁵²</i> <i>Patient and family engagement and education¹⁸¹</i>		
Servir a comunidade <i>Building community¹⁴⁵</i> <i>Doing the right thing¹⁴⁵</i> <i>Fostering a learning environment focused on meeting a population's needs¹⁶¹</i> <i>Seeking population health improvement¹⁷⁹</i>		
Abordagem de resolução de problemas <i>Achieving acceptance by the process team for the process-orientated work itself¹⁷³</i> <i>Identify ethics culture issues¹⁷²</i> <i>Prioritize the ethical problem¹⁷²</i> <i>Problem is opportunity¹⁴⁵</i> <i>Re-configuration of clinical practices to produce value-adding processes¹⁸²</i>	Otimização partilhada dos processos e soluções	Nível grupal
Reengenharia e reconfiguração dos processos e fluxos de trabalho <i>Practical suggestions for how to organise and design work flows and the working environment in the local setting¹⁶⁸</i> <i>Reengineering to improve value¹⁶⁰</i>		
Estandarização e melhoria dos processos <i>Professional standards¹⁴⁷</i> <i>Standardization of processes with performance indices¹⁶⁵</i>		
Motivação, satisfação e segurança <i>Proud of cooperation with the representatives as it legitimates their work⁴⁷</i> <i>Research is important to staff⁴⁷</i> <i>Performance-driven rewards and recognition (engaging staff)¹⁷⁵</i> <i>Employment safety (empowering the front line)¹⁷⁵</i> <i>Employee motivation¹⁴⁵</i> <i>Employee satisfaction¹⁴⁵</i> <i>Encouragement¹⁴⁵</i> <i>Safe psychological environment¹⁴⁵</i> <i>Silos (identity)¹⁴⁸</i>	Engagement e empoderamento dos profissionais	Nível individual
Engagement e buy-in <i>Top management team engagement¹⁵⁴</i> <i>Selection and onboarding practices¹⁵⁴</i> <i>In concept and implementation work⁴⁷</i> <i>Renewed engagement when analyzing outcomes and working on concrete improvement initiatives⁴⁷</i> <i>Engage employees and physicians to create leaders¹⁷⁹</i> <i>Employee involvement in decisions (engaging staff)¹⁷⁵</i> <i>Employees general understanding of the quality initiative¹⁴³</i> <i>Leadership buy-in¹⁴³</i> <i>Involvement, avoiding situations of conflict¹⁷³</i> <i>Engage hospital and clinical leaders¹⁶⁶</i> <i>Establishing systems for hearing the voices of the medical experts¹⁶⁵</i>		
Empoderamento dos profissionais na tomada de decisões <i>Delegation and decentralized decisions^{145,175}</i> <i>Reduced status distinctions (empowering the front line)¹⁷⁵</i> <i>Development by operational levels¹⁷⁴</i> <i>Empowerment of the implementation team¹⁴³</i> <i>Staff empowerment at decision-making¹⁴⁵</i>		
Desenvolvimento humano <i>Commitment to growth of people¹⁴⁵</i> <i>Development of others¹⁴⁵</i> <i>Healing¹⁴⁵</i> <i>Self-development¹⁴⁵</i> <i>People-driven, person-oriented attitude¹⁴⁵</i>	Desenvolvimento pessoal	

Barreiras internas

Da Revisão Sistemática, resultaram 135 codificações respeitantes a barreiras internas, apresentadas igualmente *supra* na tabulação dos resultados. Destas 135 codificações excluíram-se, também, para a presente análise, as que eram redundantes. Desta seleção, resultaram 77 códigos, que foram, por sua vez, categorizados em 25 designações, e que constam da coluna à esquerda (primeira ordem) da tabela *infra*. Uma vez mais, na procura da melhor designação, a interpretação foi reduzida e o exercício de categorização o mais aproximado possível dos dados. Na análise de segunda ordem (temas), constante da coluna central, procedeu-se ao mesmo exercício de concetualização. Desta análise resultaram 11 temas.

Na Tabela 5.5, *infra*, apresenta-se, assim, a estrutura de dados respeitante às barreiras internas e respetiva concetualização (temas) e agregação (dimensões). A título de exemplo, o tema *informação não suporta os processos de conhecimento*, integrado na dimensão *recursos*, compreende barreiras na medição e avaliação, dificuldades devidas aos sistemas e tecnologias de informação e dados e informação incompleta e pobre (v.g., *it is not possible to measure what people want*).

TABELA 5.5. BARREIRAS INTERNAS

(continua)

Primeira ordem (códigos e <i>label</i>)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
Barreiras na medição e avaliação <i>Professionals themselves cannot solve the problems</i> ⁴⁷	Informação não suporta os processos de conhecimento	Recursos
Dificuldades devidas aos sistemas e tecnologias de informação <i>Administrative and information systems built upon different logic</i> ¹⁵⁸ <i>Energy drained by the lack of IT systems supporting the initiative</i> ⁴⁷ <i>Knowledge processes not supported</i> ¹⁷¹		
Dados e informação incompleta e pobre <i>Excessive focus on patient data</i> ¹⁷¹ <i>It is not possible to measure what people want</i> ⁴⁷		
Poucas ferramentas, métodos ou apoio à decisão <i>Cross-functional knowledge sharing not supported by information systems</i> ¹⁷¹ <i>Information is not received via the correct channels</i> ¹⁷³ <i>Not creating well-defined structures for decision making between staff</i> ⁷³ <i>Utilizing reports to communicate</i> ¹⁶⁷	Falta de apoio à decisão	
Compromissos pessoais concorrentes <i>Motivation by other ambitions</i> ¹⁸²	Profissionais não comprometidos	História
Gaming <i>Clinicians can corrupt, 'game' and capture attempts at reform</i> ¹⁸² <i>Some clinicians work to counter their influence or engage only superficially</i> ¹⁸²		
Quadro mental dos profissionais de saúde <i>Managers and physicians have different cognitive structures</i> ¹⁵⁸ <i>Different social and cultural ideas where the new initiative is implemented</i> ¹⁸²		
Necessidade de motivação <i>Energy giver and thief</i> ⁴⁷ <i>Low employee-morale</i> ¹⁴³ <i>Need to receive feedback and acknowledgement of each small success</i> ¹⁷³		

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
Não comunicar <i>Break-down situation not informed¹⁷¹</i> <i>Insufficient information sharing procedures¹⁷¹</i> <i>Insufficient pre-informing¹⁷¹</i> <i>No interactive planning¹⁷¹</i> <i>Not informing clinician about internal changes in operations¹⁷¹</i>		
Falta de benchmarking e partilha de boas práticas <i>Explaining away one's own poorer results¹⁵²</i> <i>Not cooperating with peers¹⁵²</i> <i>Reshaping process to fit with others prevailing vision¹⁸²</i> <i>Not learning from peers¹⁵²</i>	Não aprendizagem	Estrutura e processos informais
Educação e aprendizagem pobres <i>Not educating managers about the initiative¹⁴³</i> <i>Not educating physicians about the initiative¹⁴³</i> <i>Poor quality education¹⁴³</i>		
Constrangimentos de tempo <i>Almost everyone works clinically and their first priority is always the patients¹⁷³</i> <i>Difficulties in finding enough time to work with the process as most of them do not have specified time for the assignment¹⁷³</i> <i>If the organization is short of physicians for some reason they put the process work aside¹⁷³</i> <i>It is nonetheless difficult to arrange time since process work efforts involve several other professionals¹⁷³</i> <i>Process development takes a long time¹⁷³</i>	Priorização pelo urgente imediato	
Constrangimentos e fraca adaptação no desenvolvimento de projetos <i>Difficulty in retaining focus in the absence of the consultants⁴⁷</i> <i>Getting stuck and later on regain renewed engagement⁴⁷</i> <i>Isolation of the implementation group¹⁸²</i> <i>Doubts about the evidence and knowledge on which service transformation is to be based¹⁸²</i> <i>Regarding the new initiative as another bureaucratic or unnecessary task¹⁸²</i> <i>New initiative's complexity¹⁴³</i> <i>Poor translation of models and methodologies¹⁸²</i> <i>Only successfully enrolling a small group of clinicians¹⁸²</i> <i>Resistance to new initiatives¹⁴³</i> <i>Slow and systematic implementation method¹⁴³</i> <i>Not creating a breeding ground for thinking process orientation¹⁷³</i>	Bloqueios à inovação	Trabalho
Fronteiras devidas à estrutura organizacional <i>Difficulties in following patients⁴⁷</i> <i>Obstacles in hospital design¹⁵⁸</i>	Fronteiras internas	Estrutura formal
Identidade de unidade <i>Silos¹⁴⁸</i> <i>Decentralized culture¹⁶⁷</i>		
Burocracia funcional <i>Cognitive structures around functional bureaucracy¹⁵⁸</i> <i>Mission determined by functional organization rather than the patients¹⁵⁸</i>		
Não ver o processo como um todo <i>Focus on individual patient's needs¹⁷³</i> <i>Interest only on own internal processes¹⁷³</i> <i>Support services do not participate at "focus day planning"¹⁷¹</i> <i>The diffuse organization around the processes¹⁷³</i>		
Linhas tradicionais de poder <i>Adjust of the new initiative agents to the existing line of organization¹⁷³</i> <i>Limited mandate in the hospital's hierarchical and formal management structure¹⁷³</i> <i>Not having the authority to make decisions (energy-draining factor)⁴⁷</i> <i>New challenges to and lines of power¹⁸²</i> <i>The perception of physicians as leaders¹⁴³</i>	Domínio das velhas linhas de poder	Pessoas
Instabilidade nos recursos humanos <i>Changing the team leader⁴⁷</i>	Inadequação de competências	
Ausência de competências e skills		

Primeira ordem (códigos e label)	Segunda ordem (temas)	Dimensões
<i>Lack of experience</i> ¹⁷⁷ <i>Not understanding the new initiative</i> ¹⁴³		
Gastos excessivos <i>Concerns about having data required</i> ¹⁷⁷ <i>Discomfort with diagnostic uncertainty</i> ¹⁷⁷ <i>Over-prescribing</i> ¹⁴⁸	Ineficiência sistémica	Nível organizacional
Velhos hábitos consumidores de tempo <i>Practice habit</i> ¹⁷⁷ <i>Redundant workflows</i> ¹⁴⁴		
Ausência de cultura consciente de custos <i>Lack of awareness of costs</i> ¹⁴⁸ <i>Lack of cost transparency of labs</i> ¹⁷⁷ <i>Lack of role modeling of cost conscious care</i> ¹⁷⁷		
Relação doente-prestador deficiente <i>Interference with the patient-provider decision-making</i> ¹⁴⁴ <i>Lack of accountability to patients</i> ¹⁴⁴ <i>Not engaging patient in the initiative development</i> ¹⁴⁴	Desfoque do doente	
Organização guiada pelo lucro <i>Esthetics before patient safety</i> ¹⁴⁸ <i>Unnecessary recall of patients</i> ¹⁴⁸		

Nas duas estruturas de dados, o modelo de congruência, caracterizado pelos elementos constantes da coluna central e da coluna à direita, apresenta a sua forma estática. Na Secção seguinte, apresenta-se e descreve-se o mesmo modelo, resultante deste exercício, mas no seu estado dinâmico.

5.4. Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais

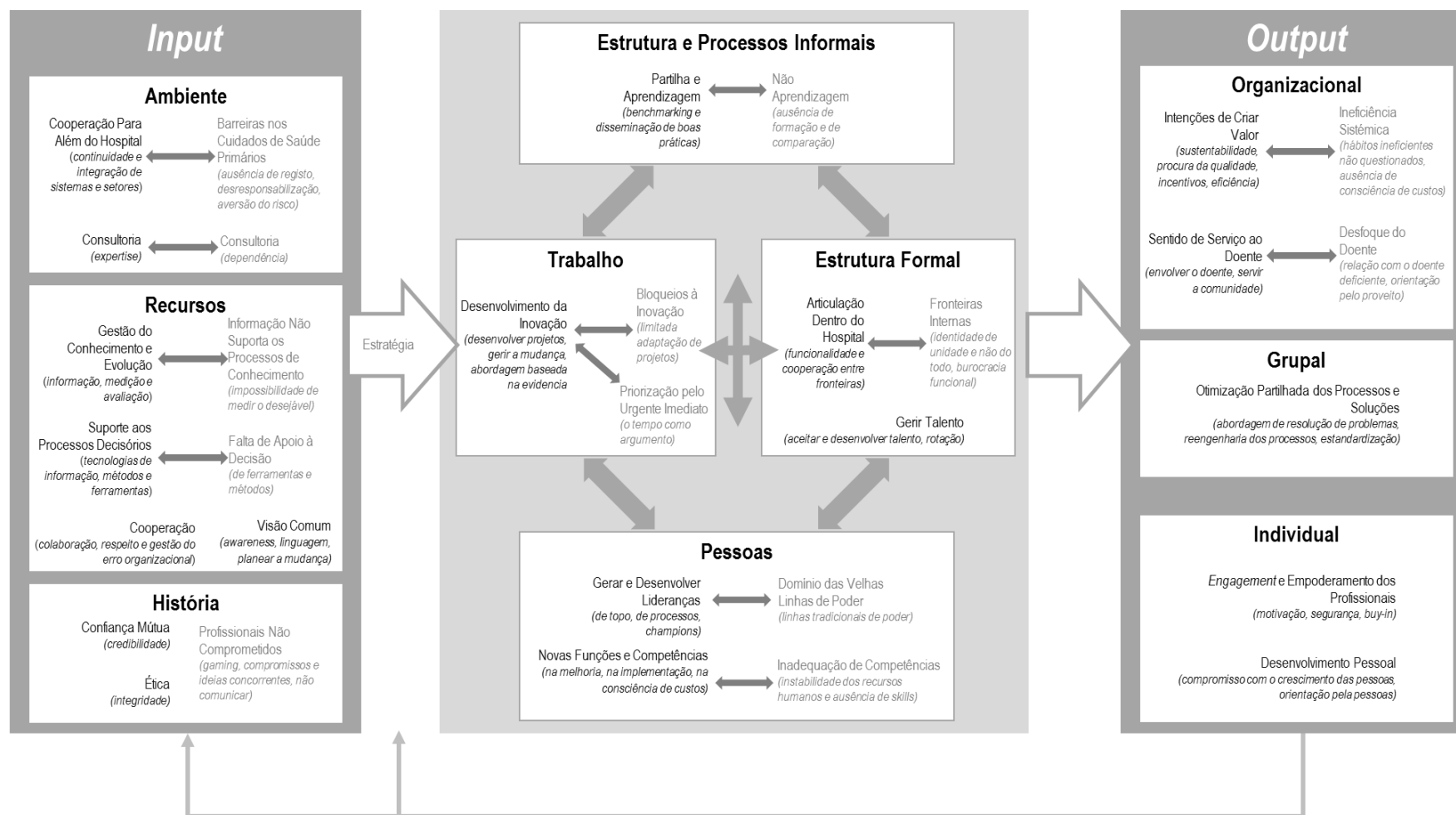
Esta etapa resulta da aplicação da técnica de tradução, incluída no conjunto de técnicas utilizadas para a exploração de relações entre os estudos, como explicitado anteriormente¹³⁹. Recorremos, para o efeito, ao modelo de congruência do comportamento organizacional desenvolvido por Nadler e Tushman^{29,42}, apresentado atrás, tendo o hospital enquanto organização em estudo. Este modelo reflete os conceitos e características básicas do sistema de um modo mais específico, sendo, assim, útil enquanto ferramenta analítica⁴².

Identificaram-se, assim, como *inputs* positivos, ou facilitadores, relativos ao *ambiente*, a cooperação para além do hospital (contexto interno) e a consultoria (contexto externo). Como *inputs* negativos, ou barreiras, relativos ao *ambiente* e em contexto unicamente externo, identificou-se igualmente a consultoria, bem como barreiras nos cuidados de saúde primários. Os *recursos* positivos são, enquanto facilitadores, a gestão do conhecimento e evolução, o suporte aos processos decisórios, a cooperação e a visão

comum. Os *recursos* negativos, ou barreiras, dizem respeito a informação que não suporta os processos de conhecimento e à falta de apoio à decisão. Os facilitadores *históricos* são, por sua vez, a confiança mútua e a ética e as barreiras *históricas* são os profissionais não comprometidos. No campo da organização, identificaram-se na componente do *trabalho* facilitadores respeitantes ao desenvolvimento da inovação e barreiras referentes aos bloqueios à inovação e à priorização pelo urgente imediato. Na componente das *pessoas*, os facilitadores são as novas funções e competências e gerar e desenvolver lideranças, face às barreiras do domínio das velhas linhas de poder e da inadequação de competências. Na componente da *estrutura e processos informais*, o facilitador é a partilha e aprendizagem, por oposição à barreira da não aprendizagem. Na componente da *estrutura formal*, gerir talento e a articulação dentro do hospital são facilitadores, enquanto as fronteiras internas constituem barreiras. Ao nível organizacional, observam-se, como *outputs* positivos, as intenções de aumentar valor e o sentido de serviço ao doente, e como *outputs* negativos, a ineficiência sistémica e o desfoque do doente. Identificou-se, ainda, como *output* positivo, ao nível grupal, a otimização partilhada dos processos e soluções, e ao nível individual, o *engagement* e empoderamento dos profissionais e o desenvolvimento pessoal.

A Figura 5.11, *infra*, ilustra os elementos (facilitadores e barreiras) que constituem, assim, a Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais. A representação na figura dos facilitadores a cor preta e das barreiras a cor cinzenta procura exprimir a ideia de tensão que existe entre os dois grupos de fatores.

FIGURA 5.11. SÍNTESE DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES BASEADAS NO VALOR EM HOSPITAIS: DINÂMICAS TENSIONAIS



Fonte: Adaptado de Nadler e Tushman²⁹

Referiu-se, inicialmente, que a organização é mais eficaz quando a estratégia é consistente com as condições ambientais e quando existe igualmente consistência interna entre as quatro componentes organizacionais²⁹. Deste modo, existe uma ideia de qualidade da adequação ou da congruência entre as diversas componentes⁴². Para além disso, são relevantes as tensões organizacionais, já mencionadas. Entendemos, por esse motivo, explicitar algumas das tensões encontradas neste estudo entre facilitadores e barreiras, apresentadas na Tabela 5.6. Esta forma de apresentar os dados reflete a ideia dos elementos de que gostaríamos de dispor (facilitadores), mas que podem não ser alcançados pela existência de obstáculos (barreiras). A numeração apresentada à frente de cada elemento corresponde ao número atribuído à intervenção correspondente, identificada na legenda *infra*.

TABELA 5.6. TENSÕES ORGANIZACIONAIS

	Dimensão	Facilitadores	Barreiras
A	<i>Recursos (input)</i>	Identificar indicadores relevantes(49) ⁴⁷	Impossibilidade de medir o que é desejável(49) ⁴⁷
B	<i>Recursos (input)</i>	Dados sobre o próprio desempenho(28) ¹⁵¹	Foco excessivo nos dados dos doentes(18) ¹⁷¹
C	<i>Recursos (input)</i>	Métodos para uma compreensão partilhada dos processos e problemas(21) ¹⁶⁸	A partilha de conhecimento funcional transversal não é suportada pelos sistemas de informação(18) ¹⁷¹
D	<i>História (input)</i>	Ética profissional(33) ¹⁴⁸	Profissionais aderem à iniciativa apenas superficialmente(22) ¹⁸²
Ea Eb Ec Ed	<i>Trabalho</i>	Compatibilidade da inovação com as competências, práticas de trabalho e objetivos organizacionais da organização (11,12,17,35) ¹⁷⁴	Fraca adaptação dos modelos e metodologias(22) ¹⁸²
F	<i>Estrutura e processos informais</i>	Formar os profissionais para a criação de líderes(13) ¹⁷⁹	Fraca qualidade da formação(30) ¹⁴³
G	<i>Estrutura formal</i>	Integração das equipas clínicas, operacionais e financeiras(44) ¹⁶⁹	Obstáculos na configuração do hospital(27) ¹⁵⁸
H	<i>Estrutura formal</i>	Comunicação entre departamentos(2) ¹⁷⁶	Silos(46) ¹⁴⁸
Ia Ib Ic	<i>Estrutura formal</i>	Envolvimento de todos os níveis(11,12,14) ¹⁷⁴	Descentralização(10) ¹⁶⁷
J	<i>Pessoas</i>	Confiança e autoridade das lideranças em reuniões formais e informais(26) ¹⁷³	Mandato limitado na hierarquia do hospital(26) ¹⁷³
K	<i>Nível organizacional (output)</i>	Foco na saúde organizacional(20) ¹⁴⁵	Falta de consciência de custos(46) ¹⁴⁸
L	<i>Nível organizacional (output)</i>	Ter a perspetiva do doente como ponto de partida(48) ¹⁵²	A força do hábito(1) ¹⁷⁷
M	<i>Nível grupal (output) / pessoas</i>	Identificar questões culturais e éticas(7) ¹⁷²	Ajustamento dos agentes de mudança à organização como existe(26) ¹⁷³
N	<i>Nível individual (output) / Nível organizacional (output)</i>	Reduzir as distinções de estatuto (empoderar a linha da frente)(36) ¹⁷⁵	Linhas de poder questionadas(22) ¹⁸²

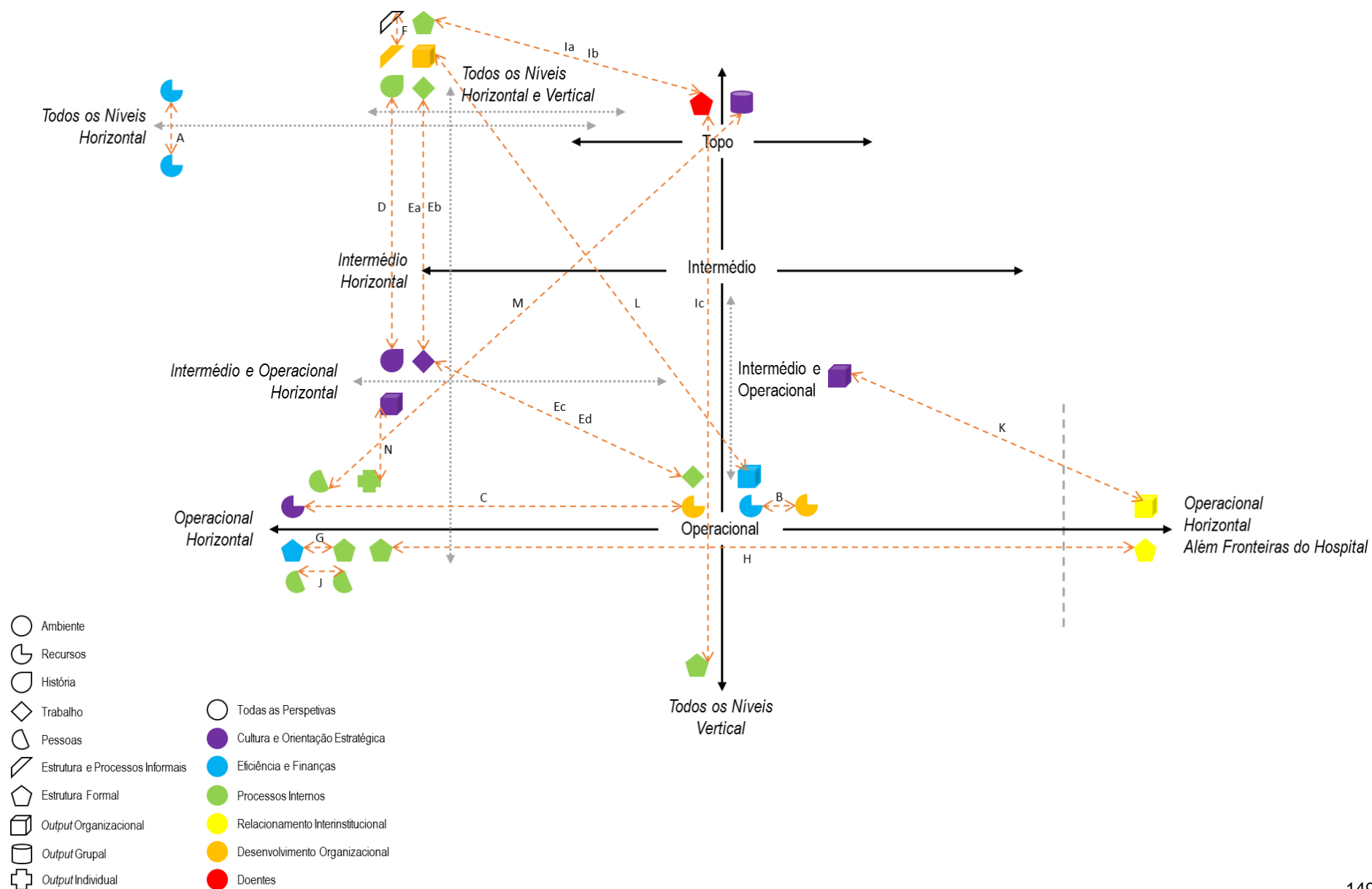
Legenda:

- 1 *Choosing Wisely campaign*
- 2 *Clinical imaging rounds (CIR)*
- 3 *Clinical Pathways*
- 4 *Clinical Registries*
- 5 *Collaborative Partner Prioritization Tool*
- 6 *Disease Registries*
- 7 *Ethical Organizational Culture*
- 8 *Hardwiring Excellence model (or the Studer model or the StuderGroup model)*
- 9 *High-Value Care Culture Survey (HVCCS)*
- 10 *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) - Patient Experience*
- 11 *Hospital hip fracture patient pathway and process improvement at a University hospital*
- 12 *Hospital no-wait patient pathway and process improvement at a large hospital*
- 13 *Hospital of the Future*
- 14 *Hospital process improvement for emergency pediatric patients at a University hospital*
- 15 *Improvement knowledge as a management innovation*
- 16 *Integrated Care Transitions Project*
- 17 *Intervention to improve communications and roles in radiotherapy at a University hospital*
- 18 *Knowledge-based value creation (KBVC) management*
- 19 *Leadership support and learning programme at a University hospital*
- 20 *Lean leaders*
- 21 *Lean thinking in healthcare*
- 22 *Lean Thinking within a hospital operating department*
- 23 *OR Surgical Cost Reduction (OR SCORE) project*
- 24 *Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty*
- 25 *Patient-Centeredness - University of Pittsburgh Medical Center's Patient- and Family-Centered Care*
- 26 *Process management*
- 27 *Process management in healthcare*
- 28 *Quality Improvement Intervention for Reduction of Redundant Testing*
- 29 *Quality Improvement Process Aimed to Deliver Higher Value Physical Therapy for Patients With Low Back Pain*
- 30 *Quality Initiatives (TQM), Excellence Models, Accreditation, Evidence-Based Medicine, Lean Management, Six Sigma, Other QI)*
- 31 *Rapid cycle plan-do-study-act (PDSA) quality improvement methodology*
- 32 *Redesigning Care Delivery with Patient Support Personnel at Accountable Care Organizations (ACO)*
- 33 *Selling healthcare and related services (Group on Private Sector)*
- 34 *Servant leaders*
- 35 *Simulation to improve interprofessional working and communications in an Intensive Care Unit at a University hospital*
- 36 *Six Sigma and Toyota Production Systems' Lean technologies (Lean)*
- 37 *Social Entrepreneurial Approach of the Case Hospital System*
- 38 *Standardized value framework - radar charts*
- 39 *Succession management practices on organizational performance*
- 40 *Teaching High-Value Care - a novel morning report*
- 41 *The Baldrige Performance Excellence Program*
- 42 *The Online Teaching Value in Health Care Learning Network*
- 43 *Time-driven activity-based costing (TDABC)*
- 44 *Time-driven activity-based costing (TDABC) - UCLA*
- 45 *Time-driven activity-based costing in health care (TDABC)*
- 46 *Value Chains of Public Health Care*
- 47 *Value-based health care (VBHC) system*
- 48 *Value-based healthcare (VBHC)*
- 49 *Value-based healthcare concept (VBHC)*
- 50 *Value-based integrated (renal) care*
- 51 *Value-Based Purchasing Programs*

Recuperando a Figura 5.4 apresentada na Secção 5.3.2.2, ilustramos na mesma base figurativa, agora na Figura 5.12, *infra*, as tensões identificadas na Tabela 5.6., *supra*, pelo elemento no qual foram agrupadas (ambiente, recursos, história, trabalho, pessoas, estrutura e processos informais, estrutura formal, *output* organizacional, *output* grupal e *output* individual). Procurou-se, deste modo, representar as dinâmicas em tensão dentro das organizações, pela posição em que se situam as intervenções baseadas no valor identificadas no estudo. Verifica-se, assim, por exemplo, que existe uma tensão entre elementos referentes ao *output* grupal (forma cilíndrica), relacionadas com a cultura e orientação estratégica (cor violeta), no topo da organização, e elementos referentes às

peessoas (formato *meia-lua*), relacionadas com os processos internos (cor verde), ao nível operacional horizontal. Cada dinâmica tensional está identificada pela letra atribuída na tabela *supra*.

FIGURA 5.12. TENSÕES POR ELEMENTO ORGANIZACIONAL E NÍVEL DE GESTÃO



Por outro lado, identificaram-se facilitadores que podem contribuir para a atenuação das barreiras, apresentadas na Tabela 5.7. Esta forma de apresentar os dados reflete a ideia do obstáculo (barreira) e do que pode ser usado para o ultrapassar (facilitador).

TABELA 5.7. FACILITADORES QUE ATENUAM AS BARREIRAS

Dimensão	Barreiras	Facilitadores
<i>Recursos (input)</i>	Sistemas administrativos e de informação funcionam numa lógica diferente(27) ¹⁵⁸	Não usar indicadores pouco robustos e que orientam na direção incorreta(48) ¹⁵²
<i>Recursos (input)</i>	Energia esgotada pela falta de SI que apoiem a iniciativa(49) ⁴⁷	Informação explícita e completa para todos os envolvidos(26) ¹⁷³
<i>História (input) / Trabalho</i>	Diferentes ideias sociais e culturais no local de implementação(22) ¹⁸²	Integração da nova iniciativa na instituição(44) ¹⁶⁹
<i>Trabalho</i>	Dificuldade em encontrar tempo suficiente para trabalhar na iniciativa(26) ¹⁷³	Compreender que a inovação não requer mudanças complexas na organização e rotina de trabalho(12,17,19,35) ¹⁷⁴
<i>Trabalho</i>	A implementação leva muito tempo(26) ¹⁷³	Aceitar a melhoria como um ciclo(25) ¹⁷⁰
<i>Trabalho</i>	Ver a iniciativa como mais uma tarefa burocrática e desnecessária(22) ¹⁸²	Inovações baseadas na evidência e experiência(11,12,14,17,19,35) ¹⁷⁴
<i>Estrutura e processos informais</i>	Não cooperar ou aprender com os pares(48) ¹⁵²	Aprender sobre o trabalho de cada unidade(16) ¹⁵⁰
<i>Estrutura formal</i>	Estruturas cognitivas em torno da burocracia funcional(27) ¹⁵⁸	Perceber a necessidade de cooperar com outras unidades(49) ⁴⁷
<i>Estrutura formal</i>	Silos(46) ¹⁴⁸	Uma abordagem simples à quebra de silos(25) ¹⁷⁰
<i>Pessoas</i>	Mudanças na liderança das equipas(49) ⁴⁷	Desenvolvimento de líderes nos diferentes níveis hierárquicos(22) ¹⁸²
<i>Nível organizacional (output)</i>	Desresponsabilização perante os doentes(3) ¹⁴⁴	Estabelecer sistemas para ouvir os doentes(37) ¹⁶⁵
<i>Nível organizacional (output)</i>	Fluxos de trabalho redundantes(3) ¹⁴⁴	Reengenharia para aumento do valor(43) ¹⁶⁰
<i>Pessoas / Nível individual (output)</i>	Falta de compreensão da iniciativa(30) ¹⁴³	Compromisso com o crescimento dos profissionais(34) ¹⁴⁵

5.5. Discussão e Conclusões

No âmbito do Estudo 1, e tendo como objetivo principal identificar facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1), desenvolveu-se uma Revisão Sistemática, registada na base de dados *Prospero*, e a correspondente síntese narrativa. Prosseguiu-se, seguidamente, o objetivo secundário de sintetizar concetualmente facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivo 1.A), para o que se recorreu à estrutura de dados desenvolvida por Gioia e colaboradores⁴³, produzindo, deste modo, uma síntese baseada no modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹.

Identificaram-se 42 estudos, que se agruparam em seis dimensões: *desenvolvimento organizacional, processos internos, eficiência e finanças, doentes, relacionamento interinstitucional, todas as perspetivas e cultura e orientação estratégica*. Os 42 estudos descreviam 51 intervenções, que se organizaram num exercício de clusterização pelos níveis de gestão de topo, intermédio e operacional no qual haviam sido implementadas. As 51 intervenções identificaram 135 barreiras e 555 facilitadores do contexto interno e 19 barreiras e 15 facilitadores do contexto externo (ou *ambiente*). Sobre os facilitadores e barreiras internas realizou-se uma análise temática, usando como grandes categorias as que foram utilizadas para o agrupamento das intervenções e referidas *supra*. Observa-se que, no contexto interno, foram identificados mais elementos facilitadores do que barreiras, podendo indiciar a importância de um maior foco na ação positiva do que na eliminação de obstáculos.

Na *análise temática*, observou-se a relevância da cultura e orientação estratégica e do desenvolvimento organizacional, tanto no que se refere a facilitadores, como a barreiras. Na cultura e orientação estratégica, assumem relevo a visão e os valores. Na dimensão do desenvolvimento organizacional, sobressai, enquanto facilitador, o desenvolvimento de projetos, que pode considerar-se em tensão com a barreira que, de algum modo, com ele se relaciona e que diz respeito aos constrangimentos e à fraca adaptação no desenvolvimento de projetos. Também o segundo facilitador que sobressai nesta categoria – a existência de ferramentas, métodos e apoio à decisão –, se liga à barreira que, de certa forma, lhe corresponde e que são as dificuldades devidas aos sistemas e tecnologias de informação.

Na *exploração de relações* entre estudos, em particular, quanto à *variabilidade*, classificaram-se as 51 intervenções pelo ponto de influência das respetivas barreiras e facilitadores, isto é, pelo facto de serem intrínsecos à intervenção, de resultarem da intervenção, de a favorecerem, dificultarem ou influenciarem de algum modo, ou de

favorecerem, dificultarem ou influenciarem outras intervenções. Verifica-se que muitos facilitadores e barreiras se constituem, de alguma forma, como condições favoráveis ou, por outro lado, dificultadores das intervenções baseadas no valor. Percebe-se igualmente a relevância de intervenções que são elas próprias *criadoras* dessas influências. Nesta perspectiva, notamos que um dos pontos fortes da contratualização interna, identificados no estudo de Matos e coautores³⁷, foi a própria prática da contratualização interna.

Ainda no âmbito da exploração de relações entre estudos, mas respeitante ao *mapeamento concetual e rede de ideias*, identificaram-se, com recurso à metodologia Gioia, 47 designações reunidas em 18 temas referentes a facilitadores internos e 25 designações reunidas em 11 temas referentes a barreiras internas. Os temas subsumiram-se, por seu turno, em dimensões baseadas no modelo de congruência, que sintetiza concetualmente os facilitadores e barreiras encontrados na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais. Estes resultados constam da estrutura de dados Gioia na sua forma estática e, no seu estado dinâmico, daquela que designámos *Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais* (doravante designada Síntese de Dinâmicas Tensionais).

No modelo de congruência proposto por Nadler e Tushman²⁹, preveem-se, pois, *inputs* (ambiente, recursos, história). Observa-se, no que respeita a *recursos*, a relevância da *gestão do conhecimento e evolução*, o que também havíamos encontrado no estudo de Bohmer²⁷, sobre a importância de um sistema de saúde que *aprende e ensina* valor. Este autor refere como um dos *hábitos* transferíveis entre organizações aquele que é referente à medição, acompanhamento e autoaprendizagem. Também o *suporte aos processos decisórios* assume importância nos *recursos* e já havia sido descrito por Nilsson e colegas⁴⁷. Estes autores observam, ainda, que o reduzido interesse na melhoria da medição de custos (elemento da *equação* valor) pode estar relacionado com os sistemas de informação à disposição dos profissionais. A *cooperação* (nomeadamente, a colaboração e a gestão do erro organizacional) é outro importante aspeto, enquanto *recurso*, na nossa Síntese de Dinâmicas Tensionais, o que, na ótica da teoria comportamental no estudo das organizações, constitui a base destas. Também a *visão comum* (nomeadamente, na linguagem utilizada e no planeamento da mudança) é um *recurso* crucial na síntese a que chegámos. É igualmente referida por Nadler e Tushman²⁹ como um princípio importante no início da implementação de uma mudança. Também, neste aspeto, Campbell aponta a importância de definir uma visão, expressando de forma clara e concisa a direção que a organização pretende seguir⁹⁶.

Já a *falta de apoio à decisão* (de ferramentas e métodos) e o facto de a *informação não suportar os processos de conhecimento* (e a impossibilidade de medir o desejável) surgem, neste campo, como relevantes barreiras à implementação de intervenções baseadas no valor. Ainda considerando os *inputs*, relativos em particular à *história*, a *ética* – relacionada com a integridade – e a *confiança mútua* – relacionada com a credibilidade – ressaltam como facilitadores relevantes, a última alinhada com Sowers e colaboradores¹⁶, ou Selfridge e Sokolik⁴⁴, que apontam a importância da confiança. Por oposição, *profissionais não comprometidos* (nomeadamente, *gaming* e compromissos concorrentes) constituem uma barreira *histórica* importante. No contexto dos hospitais e das práticas de mudança regular dos seus conselhos de administração, parece importar, assim, que se atenda à *história* que lhes é deixada, considerando-a na escolha da estratégia e no estilo de liderança.

No que se refere ao *ambiente*, não poderá concluir-se pela completude da síntese a partir de uma perspetiva externa, por não ter sido esse o prisma desta investigação, que partiu da visão interna dos hospitais, isto é, da forma como os hospitais se relacionam com o seu ambiente (e na medida em que isso resultasse do próprio estudo e intervenção em particular) e não como o ambiente os pode influenciar. De qualquer modo, parece importar que o desenho da estratégia orientada para o valor considere as características relativas ao ambiente que o estudo identifica, designadamente, a *cooperação para além do hospital* (concretizada na continuidade e integração de sistemas e setores), que, ainda assim, não deixa de partir de uma perspetiva interna. Pode entender-se, deste modo, que esta cooperação que ultrapassa as fronteiras tradicionais do hospital está ao alcance e no âmbito estratégico das organizações. Este é, também, aliás, um aspeto relevante no *Consolidated Framework For Implementation Research*, descrito por Damschroder e colegas¹⁸⁴ e designado de *cosmopolitismo*, isto é, o grau em que uma organização está ligada a outras organizações. Também Damanpour¹⁸⁵ relata a comunicação externa, entendida como a troca de informação com o ambiente, como uma variável determinante de organizações inovadoras. Ling e colegas¹⁸⁶ também apontam como particularmente importante para uma prestação integrada de cuidados – sendo esta relevante na melhoria da qualidade e redução de custos – relações pessoais entre diferentes organizações. O nosso estudo identificou também *barreiras nos cuidados de saúde primários* (como ausência de registo, desresponsabilização ou aversão do risco), constituindo-se também este nível de cuidados, por conseguinte, como dificultador de intervenções baseadas no valor nos hospitais. A mudança do volume para o valor necessitará, assim, segundo Conway⁸⁹, da integração dos cuidados secundários na estratégia dos cuidados de saúde primários.

Nesta matéria, ressalta-se a observação de Smith e colegas⁶¹, sobre a importância do alinhamento de incentivos dentro e através das organizações, bem como a de Doliveux⁹³, que sugere o desalinhamento de incentivos entre *stakeholders* como uma outra barreira à evolução de modelos de partilha de risco.

A *consultoria*, no campo ainda do *ambiente*, surgiu neste estudo como um resultado com dois significados, pois tanto se constitui como facilitador (pela *expertise* que proporciona), como obstáculo (pela dependência que provoca). Os consultores podem ser agentes de mudança, tal como os designa Block²⁴, e desempenharem, nessa qualidade, um importante papel. Mas, como revelou o estudo de Nilsson e coautores⁴⁷ sobre a implementação do VBHC, apesar de terem os consultores contribuído eficazmente para manter o foco enquanto permaneceram na instituição, pouco depois de saírem, os participantes retornaram aos seus hábitos antigos. Ainda que deixando pequenas modificações no comportamento dos profissionais, não conseguiram, pois, que o projeto tivesse continuidade após a sua saída. O que nos remete para os princípios que deverão guiar reorientações estratégicas nas organizações, sugeridos por Nadler e Tushman²⁹, designadamente, aquele que se refere à liderança da mudança. Neste tema, os autores falam no *líder mágico e para além do líder mágico*, querendo dizer que, ainda que seja importante satisfazer a necessidade de um líder que a organização tenha em determinado momento para orientar a mudança, a contínua dependência desse líder pode ser negativa e personalizar demasiado a mudança, prejudicando-a²⁹.

O predomínio, neste estudo, de influências internas no sucesso das intervenções baseadas no valor sugere que as organizações de saúde atentem nos seus elementos internos. Face a esta conclusão, poderá talvez interpretar-se que as intervenções baseadas no valor podem ficar comprometidas se dentro da organização permanecerem tensões em desequilíbrio, ainda que perante um ambiente externo favorável.

Os quatro elementos centrais da organização são o *trabalho*, as *pessoas*, a *estrutura formal* e a *estrutura e processos informais*. No âmbito do *trabalho*, surge como relevante o *desenvolvimento da inovação* (de projetos e da própria mudança), por oposição aos *bloqueios à inovação* e à *priorização pelo urgente imediato* (designadamente, a utilização do tempo como argumento). Esta última barreira refere-se ao facto de estarem os profissionais tão imersos nas suas atividades diárias, que não conseguem priorizar ações para a mudança, muitas vezes necessárias para que sejam precisamente facilitadas as primeiras, o que foi também observado no mencionado programa VBHC⁴⁷. Aumentar valor terá, provavelmente, de ser, por isso, mais do que encetar uma nova

abordagem complexa e intrusiva³, que pareça comprometer o trabalho que os profissionais já têm de realizar no seu quotidiano.

No campo das *peçoas*, é importante *gerar e desenvolver lideranças* (de topo e de processos) por oposição ao *domínio das velhas linhas de poder* (correspondentes às linhas tradicionais), tal como repara Sokol⁷³, para quem a liderança tem um papel central na transição para o modelo de valor. Neste aspeto, Smith e coautores⁶¹ referem a importância da liderança de topo na definição do *tom* para todo o sistema organizacional, acompanhados por Olson e Obremsky¹⁰⁷, que notam a influência que essas lideranças têm no apoio a iniciativas orientadas para o valor e no envolvimento dos profissionais da linha da frente. Smith e colegas⁶¹ observam também a relevância das lideranças intermédias na priorização e encorajamento à aprendizagem contínua, consideradas também críticas para Page e coautores³, Molden e colaboradores⁷, ou Harbeck¹¹. Esta foi também uma fragilidade apontada à contratualização interna no estudo de Matos e coautores³⁷, isto é, a falta de capacidade de liderança e o fraco envolvimento da gestão intermédia na gestão do hospital. Por oposição, o envolvimento dos níveis de gestão intermédia na contratualização externa – componente do *ambiente* da organização – constitui um ponto forte da contratualização interna³⁷, segundo o mesmo estudo. Shannon⁹ refere, por seu turno, a capacidade particular das lideranças clínicas no envolvimento dos seus pares. Já noutra perspetiva, mas relacionada com a presente temática, resulta como igualmente relevante, na Síntese de Dinâmicas Tensionais, a existência de *novas funções e competências* (na melhoria, na implementação e na consciência de custos), por oposição à *inadequação de competências* (concretizada na instabilidade dos recursos humanos e na ausência de *skills*). Este aspeto foi tratado por Moriates e colegas⁶⁰, em particular, sobre a formação das gerações médicas futuras, que deveria passar a incluir novas competências. Hellström e seus colaboradores¹⁵⁷ sugerem, por sua vez, a criação de uma nova profissão de *peritos* da melhoria. O estudo de Matos e coautores³⁷ refere, nesta matéria, também a falta de formação em gestão ao nível dos níveis intermédios de gestão como uma das fragilidades na implementação da contratualização interna.

No campo da *estrutura formal*, importa *gerir talento* (e desenvolvê-lo), o que nos remete para o oitavo desperdício apontado pela filosofia *lean*: o do talento. É também importante neste campo a *articulação dentro do hospital* (concretizado na funcionalidade e cooperação entre fronteiras), por oposição à existência de *fronteiras internas* (concretizadas na identidade de unidade e não do todo e isoladas na burocracia funcional). Também, neste campo, Damschroder e colegas¹⁸⁴ apontam a importância da coordenação entre os grupos diferenciados de uma organização de saúde. Nesta linha,

Sowers e colaboradores¹⁶ observam que a transversalidade dos programas clínicos relativamente a estruturas setorializadas tradicionais dificulta os modelos de alinhamento entre os profissionais e a organização. Harbeck¹⁹ acrescenta, quanto a este tema, a importância de uma abordagem de parceria baseada no valor. Esta questão foi também considerada por Greenspun e Bercik²⁵, que sugerem a importância de os profissionais receberem incentivos à coordenação e ao estabelecimento de ligações eficazes e eficientes ao longo do processo de cuidar. De algum modo relacionado com esta matéria, é relevante no âmbito da *estrutura e processos informais*, a *partilha e aprendizagem* (como *benchmarking* e disseminação de boas práticas), o que foi também descrito por Bohmer⁶¹, sobre a importância de sistemas de saúde que *aprendam e ensinem* valor. Damschroder e colegas¹⁸⁴ igualmente referem a relevância do *clima* de aprendizagem na implementação de intervenções em organizações de saúde.

Quanto aos *outputs* no modelo de congruência, ao nível organizacional, relevam as *intenções de aumentar valor* (designadamente, a sustentabilidade, a procura da qualidade, ou a eficiência) por oposição à *ineficiência sistémica* (como hábitos ineficientes não questionados ou a ausência de consciência de custos). Também importa o *sentido de serviço ao doente* (envolvendo-o e à comunidade), por oposição ao *desfoco do doente* (como a relação deficiente com o doente ou a orientação pelo proveito), questão grandemente aludida por Porter e Teisberg⁸. Também o modelo descrito por Damschroder e colaboradores¹⁸⁴ inclui a importância de atender às necessidades dos doentes. Este é, aliás, um tema recorrente no discurso em gestão das organizações de saúde: o foco no doente. Segundo o nosso estudo, considerar o doente no centro é também um ponto fundamental, enquanto *output* organizacional. Os resultados indicam, contudo, a insuficiência da *retórica* do doente. Para que se concretize a centralidade do doente, parece importar a verificação, de modo *congruente*, de vários facilitadores respeitantes a todos os elementos que compõem a organização. Nota-se, para além disso, a relevância não genérica do foco no doente, mas a relevância específica de um sentido de serviço ao doente, o que pode traduzir-se num outro estilo de atuação perante as pessoas. Ao nível grupal, verifica-se a relevância de *outputs* relacionados com a *otimização partilhada dos processos e soluções* (como a abordagem de resolução de problemas, a reengenharia dos processos, ou a standardização), o que se relaciona com a necessidade do foco na compreensão do processo de cuidar em si, notada por Donabedian⁷². Ao nível individual, observa-se o relevo de *outputs* relacionados com o *engagement e empoderamento dos profissionais* (centrados na motivação, segurança e *buy-in*) e do seu *desenvolvimento pessoal* (centrado no compromisso com o crescimento dos profissionais). Sobre esta matéria, Ham e colegas

salientam a importância de também os profissionais perceberem que podem beneficiar, a par dos doentes, das mudanças suscitadas por programas de melhoria da qualidade centradas nos doentes⁹⁹.

Os resultados do Estudo 1 indiciam a existência de tensões entre barreiras e facilitadores, isto é, obstáculos à existência de forças positivas para a implementação de intervenções baseadas no valor. Se se posicionarem os facilitadores e barreiras no nível hierárquico em que foi implementada a intervenção na qual foram identificados, observam-se essas mesmas forças em equilíbrio. Verifica-se, por exemplo, a necessidade de identificar indicadores relevantes⁴⁷, enquanto *input* de recursos, face à impossibilidade de medir o que é desejável⁴⁷. Esta tensão situa-se transversalmente a todos os níveis. Ainda em matéria de recursos, se ter dados sobre o próprio desempenho¹⁵¹ poderia constituir-se como facilitador, o foco excessivo nos dados dos doentes¹⁷¹ pode dificultá-lo. Estas forças situam-se ao nível operacional. Esta questão foi observada por Brennan⁵⁶, que nota, noutra perspetiva, que a medição de resultados pode contribuir para ultrapassar a resistência à mudança para um modelo de valor. Também o facto de a partilha de conhecimento funcional transversal não ser suportada pelos sistemas de informação¹⁷¹, ao nível operacional horizontal, pode obstar à criação, ao nível operacional, de métodos para uma compreensão partilhada dos processos e problemas¹⁶⁸. Já em termos históricos, a ética profissional¹⁴⁸ enquanto facilitador (situado a todos os níveis horizontal e verticalmente) pode encontrar uma barreira nos profissionais que, ao nível intermédio e operacional (horizontal), aderem às intervenções baseadas no valor apenas superficialmente¹⁸².

No âmbito dos elementos organizacionais, em particular, no campo do trabalho, a fraca adaptação dos modelos e metodologias¹⁸², ao nível intermédio e operacional (horizontal), pode constituir uma barreira à compatibilização da inovação com as competências, práticas de trabalho e objetivos organizacionais da organização¹⁷⁴, que acontece tanto ao nível operacional, como a todos os níveis horizontal e verticalmente. Esta questão relaciona-se com o tema mencionado anteriormente, respeitante à priorização do urgente imediato. No âmbito da estrutura e processos informais, a fraca qualidade da formação¹⁴³, a todos os níveis (horizontal e verticalmente), pode impedir que se formem os profissionais para a criação de líderes¹⁷⁹. Nas questões da estrutura formal, obstáculos na configuração do hospital¹⁵⁸, o que acontece ao nível operacional horizontal, podem configurar uma barreira à integração, ao mesmo nível, das equipas clínicas, operacionais e financeiras¹⁶⁹. Nesta matéria, Landman¹¹⁰ nota como a melhoria do valor está dependente do esforço conjunto destas áreas, o que ressalta a importância desta tensão dentro das organizações. Também os silos¹⁴⁸ podem dificultar a

comunicação entre departamentos¹⁷⁶, tensão verificada entre o nível operacional horizontal interno e para além das fronteiras do hospital. Esta temática foi abordada também por Brennan¹³, que afirma que o funcionamento como unidades de *negócio* separadas dificulta a progressão no modelo de valor. Também a fragmentação das estruturas organizacionais pode limitar a medição de resultados, tal como notou Porter¹¹. Ainda na estrutura formal, a descentralização¹⁶⁷, notada num estudo sobre uma intervenção ao nível do topo, pode obstar ao envolvimento de todos os níveis¹⁷⁴. Este envolvimento de todos é, segundo Brennan⁵⁶, fundamental na transição para o modelo de valor, bem como para Selfridge e Sokolik²⁸, que acrescentam que a sua falta pode dificultar o alinhamento dos profissionais com as suas organizações. No campo das pessoas, a confiança e autoridade das lideranças em reuniões formais e informais¹⁷³ pode ser condicionada pelo mandato limitado no âmbito da hierarquia do hospital¹⁷³. Esta tensão observa-se ao nível operacional horizontal.

No campo dos *outputs*, ao nível organizacional, a falta de consciência de custos¹⁴⁸, identificada como barreira no mesmo estudo tanto ao nível operacional horizontal interno como ao nível operacional horizontal para além das fronteiras do hospital, pode obstar ao foco na *saúde* organizacional¹⁴⁵, identificado num outro estudo como facilitador ao nível intermédio e operacional. Também Kaplan e Porter⁷⁵ afirmam que se os prestadores não compreenderem os seus custos não serão capazes de observar a associação com as tentativas de melhoria. Moriates e coautores⁴⁸ acrescentam que a consciência de custos deve, pois, passar a constar dos *curricula* dos profissionais de saúde. Ainda respeitando aos *outputs* de nível organizacional, a força do hábito¹⁷⁷, ao nível operacional, pode ser um obstáculo a ter a perspetiva do doente como ponto de partida¹⁵², a todos os níveis (horizontal e verticalmente). Quanto a estes aspetos tensionais, recordamos o observado por Nadler e Tushman²⁹, nomeadamente, como um sistema fortemente congruente consegue resistir eficazmente à mudança.

Observam-se, ainda, tensões entre diferentes elementos organizacionais, *inputs* e *outputs*. No campo das pessoas, o ajustamento dos próprios agentes de mudança à organização tal como ela existe¹⁷³, ao nível operacional horizontal, pode condicionar, ao nível dos *outputs* grupais, a identificação das questões culturais e éticas¹⁷² relevantes no seio da organização, notada como facilitador numa intervenção no nível de topo. Este último elemento relaciona-se com o princípio do diagnóstico, relatado igualmente por Nadler e Tushman²⁹ para dar início à mudança. Neste último aspeto, os autores citados alertam para a importância da análise da organização no seu ambiente, compreendendo as suas forças, fraquezas e fatores críticos de sucesso. Para além disso, alertam para o não mimetismo organizacional de organizações *modelo*, sob pena de baixo

comprometimento dos profissionais na mudança. Quando estes participam no próprio processo de diagnóstico e construção do modelo de mudança, compreendem-no e estão com ele comprometidos. Recupera-se aqui novamente a ideia dos bons hábitos, esses sim *transferíveis*, de Bohmer²⁷. Finalmente, no *output* organizacional, linhas de poder questionadas¹⁸², no nível intermédio e operacional (horizontalmente), podem constituir-se como barreira, em termos de *output* individual, à redução, ao nível operacional horizontal, de distinções de estatuto e de empoderamento da linha da frente¹⁷⁵.

Não obstante, verificam-se também facilitadores que poderão atenuar barreiras. É o caso de sistemas administrativos e de informação que funcionam numa lógica diferente¹⁵⁸ e que, na ordem dos recursos, poderão ser contornados não usando indicadores pouco robustos e que orientem na direção incorreta¹⁵². Já Kaplan e Porter⁷⁵ notaram que se está a medir as coisas erradas da forma errada e Smith e coautores¹⁰⁶ referem, na mesma linha, que os indicadores devem poder capturar se os cuidados adequados foram prestados. Também no caso de se verificar uma situação em que a *energia* dos profissionais é esgotada pela falta de sistemas de informação que apoiem a iniciativa⁴⁷, essa energia poderá ser revitalizada, prestando informação explícita e completa para todos os profissionais envolvidos¹⁷³. Quanto a este aspeto, Perlin e colegas¹⁰³ referem que a disponibilização de dados quanto aos cuidados prestados pode favorecer um maior uso de ferramentas para a melhoria do desempenho. Também Liebhaver e colaboradores¹⁸⁷ referem que a apresentação de dados reais sobre qualidade pode contribuir para que os profissionais se sintam motivados a convergir nos objetivos da organização. No mesmo entendimento, Nilsson e coautores⁴⁷ notam a frustração dos profissionais perante sistemas de informação rígidos, múltiplos ou ausentes, sugerindo até a introdução de modelos preditivos para estimular o interesse dos prestadores e demonstrar de um modo muito evidente a influência que podem ter sobre o comportamento dos indicadores. Strite e Stuart¹¹⁰ apontam igualmente que uma abordagem sistemática para a melhoria da qualidade é baseada em informação válida, útil e utilizável. Massoudi e colegas¹⁸⁸ sugerem, por sua vez, plataformas de dados que facilitem a troca de dados clínicos entre organizações prestadoras de cuidados, designadas *Health Information Exchanges* (HIE), consideradas ferramentas poderosas na transição para o modelo de valor.

Também a integração da nova iniciativa na instituição¹⁶⁹, no campo do trabalho, poderá facilitar o facto de, historicamente, existirem diferentes ideias sociais e culturais no local de implementação¹⁸². A forma como as organizações funcionam atualmente é, pois, grandemente influenciada por eventos passados, como apontam Nadler e Tushman⁴².

No campo ainda do trabalho, aceitar a melhoria como um ciclo¹⁷⁰ poderá ajudar a aceitar o facto de a implementação levar muito tempo¹⁷³. Também a ideia dos profissionais quanto à iniciativa ser mais uma tarefa burocrática e desnecessária¹⁸² poderá ser esbatida pela apresentação de inovações baseadas na evidência e na experiência¹⁷⁴.

No campo da estrutura e processos informais, a não cooperação e aprendizagem com os pares¹⁵² poderá ser contornada se os profissionais aprenderem sobre o trabalho que é desenvolvido por cada unidade¹⁵⁰. Este é, aliás, um ponto referido na experiência de Nilsson e colaboradores⁴⁷, que notaram como os participantes modificaram o seu comportamento quando, na procura da solução para o seu problema, perceberam como precisavam da colaboração de outros serviços e departamentos e, nesse processo, compreenderam melhor o trabalho dos colegas. Na mesma linha de pensamento, já na estrutura formal, perceber a necessidade de cooperar com outras unidades⁴⁷ poderá contribuir para ultrapassar estruturas cognitivas que existem em torno da burocracia funcional¹⁵⁸, assim como os silos¹⁴⁸ poderão ser quebrados através de uma abordagem que seja simples¹⁷⁰. Esta remoção de silos é, de acordo com Shannon⁹, essencial à transição para o modelo de valor. Importa, aliás, para organizações bem-sucedidas, segundo Lawrence e Lorsch⁵⁴, tanto um elevado grau de diferenciação como de integração, ainda que sejam estados relativamente antagónicos. Verifica-se, para além disso, no nosso estudo, que os silos podem constituir-se tanto como barreiras como facilitadores. Serão facilitadores, quando associados a uma identidade que define a equipa e os motiva. Serão barreiras, quando essa mesma identidade os isole e impeça a colaboração com outros serviços e departamentos. Conflito e cooperação são outro binómio notado pelo estudo das organizações, pacificando-se o entendimento de que serão permanentes, pelo que deverão ser direccionados. No campo das pessoas, a barreira criada pelas mudanças na liderança das equipas⁴⁷ poderá ser ultrapassada pelo desenvolvimento de líderes nos diferentes níveis hierárquicos¹⁸². Sowers e colegas¹⁶ referem, a este propósito, a importância da construção e liderança de novas parcerias nas organizações.

No campo dos *outputs*, ao nível organizacional, a desresponsabilização perante os doentes¹⁴⁴ poderá ser melhorada ao estabelecer sistemas para ouvir os doentes¹⁶⁵. Também ao nível organizacional, os fluxos de trabalho redundantes¹⁴⁴ poderão ser melhorados, ao nível dos *outputs* grupais, através de uma reengenharia para aumento do valor¹⁶⁰. Este tema relaciona-se com a importância do redesenho dos processos de cuidar e do investimento na engenharia de valor para a redução estrutural de custos na ótica do *valor*, referidos por Karash⁴. Também a falta de compreensão da iniciativa¹⁴³,

no campo das *pessoas*, poderá ser esbatida, ao nível dos *outputs* individuais, por via de um compromisso com o crescimento dos profissionais¹⁴⁵.

O estudo demonstra, deste modo, diversas forças que se encontrarão em equilíbrio nas organizações, e que podem enquadrar-se nos diferentes elementos identificados no modelo de congruência, que serviu de base à Síntese das Dinâmicas Tensionais e ao cumprimento dos objetivos do Estudo 1. Todos esses elementos serão determinantes da congruência de um hospital na procura da melhoria do valor, pois para isso necessitará de ter consistência interna, ou seja, de adequação entre as componentes organizacionais²⁹. Deve, nesta matéria, referir-se a distinção entre mudanças incrementais, que mantêm ou reforçam a congruência, e mudanças estratégicas, que implicam uma modificação profunda dessas mesmas componentes²⁹. Importará que cada organização compreenda o grau de mudança que implicará a sua transição para abordagens orientadas para o valor e que, nessa avaliação, e de modo estratégico, reconheça, compreenda e atenda aos focos tensionais presentes nela. A questão das dualidades é também abordada por Ham e coautores⁹⁹, na medida em que concluem que alcançar e sustentar a mudança organizacional e cultural, no que respeita a inovações centradas no doente, como é o caso das intervenções sustentadas no modelo de valor, exige a gestão dessas tensões. Neste aspeto, observa-se uma outra fragilidade apontada à contratualização interna, designadamente, a excessiva focalização na gestão operacional em detrimento da gestão estratégica³⁷. Com efeito, uma das conclusões do estudo dos autores *supra* citados é a necessidade de conciliar o compromisso *bottom-up* dos profissionais com a liderança organizacional e sistémica⁹⁹.

Deve, ainda, acentuar-se que um sistema congruente conseguirá, de igual modo, resistir eficazmente à mudança, imunizando-se face a influências externas²⁹. O modelo concetual a que chegámos, decorrente da identificação e síntese concetual dos facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais (objetivos 1 e 1.A desta investigação), corresponde ao ponto de conhecimento em que nos detemos, devendo a organização, porém, manter-se capaz de se reabilitar e transformar de novo na iminência de novas circunstâncias, sob pena de prejudicar o próprio desempenho organizacional na senda da melhoria do valor.

Relacionando-se com o carácter social e organizacional desta investigação, podem observar-se implicações práticas dos resultados obtidos no âmbito deste Estudo 1, pelo que, na perspetiva da implementação de intervenções baseadas no valor, foram aqueles, em parte, transpostos para a construção das propostas de modificação da contratualização interna e de adaptação do BSC, apresentadas na Parte IV.

Capítulo 6. Estudo 2: Fatores Moderadores na Implementação da Contratualização Interna Orientada pelo Valor num Centro Hospitalar

Enquadrado na base conceitual descrita *supra*, pretendeu-se, com este Estudo, cumprir o segundo objetivo principal da investigação, isto é, analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar (objetivo 2) para, numa segunda etapa, construir um modelo conceitual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses (objetivo 2.A).

A implementação da contratualização interna orientada pelo valor no centro hospitalar que serviu de campo de análise ao Estudo 2 teve início em 2016. Para fins deste trabalho, analisou-se o período desde 22 de agosto de 2016 até 13 de dezembro de 2017, registando-se, em notas de campo, cerca de 295 000 caracteres, sobre 99 reuniões e encontros informais. Por conseguinte, o Estudo 2 decorreu em paralelo com o Estudo 1.

6.1. O Contexto Organizacional e Institucional

O centro hospitalar onde foi implementada a intervenção analisada foi criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro¹⁸⁹, tendo sido alterada a sua denominação para Centro Hospitalar Universitário com o Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto¹⁹⁰.

O Centro Hospitalar Universitário (CHU) onde decorre a intervenção em análise é aqui descrito com base no seu Relatório e Contas 2016, disponível no *website* institucional, por corresponder ao período de desenvolvimento deste Estudo. Trata-se de um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, prestando cuidados de saúde diferenciados e assumindo-se como instituição de referência. É constituído por seis estabelecimentos hospitalares¹⁹¹. O CHU adotou um modelo de gestão participada, compreendendo os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional. Tem como órgãos sociais o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

O CHU apresenta como missão a de prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS. A atividade do CHU pretende assegurar a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, e promover uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e

continuidade de cuidados, procurando a excelência. Apresenta como valores os da competência técnica, ética profissional, segurança e conforto para o doente, responsabilidade e transparência, cultura de serviço centrada no doente, melhoria contínua da qualidade, cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, atividade orientada para resultados, trabalho em equipa, multidisciplinar e multiprofissional e boas condições de trabalho.

A área geográfica de cobertura do CHU enquadra-se na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, sem prejuízo da garantia dos princípios da universalidade de cobertura do SNS e da liberdade de escolha do utente, ou da integração na rede de prestação de cuidados de saúde diferenciados e da articulação com a rede de cuidados de saúde primários e outros prestadores. A área de influência direta do CHU em 2016 era composta por 13 das 24 freguesias do Concelho de Lisboa e por 2 das 10 freguesias do Concelho de Loures, sendo que algumas especialidades têm uma área de influência mais alargada. O CHU é o hospital de referência para os hospitais de Vila Franca de Xira, Médio Tejo e Santarém. A área de cobertura populacional de primeira linha do CHU corresponde a cerca de 357 mil habitantes, com idade média de quarenta anos, dos quais 47% são homens e 53% mulheres.

Quanto à atividade clínica, o CHU relata ter realizado, durante o ano de 2016, cerca de 751 mil consultas médicas de especialidade, registando 49 623 doentes saídos, com uma demora média de 9,35 dias e um número de dias de internamento clinicamente desnecessários de 14 871 para 1687 doentes protelados. Em dezembro, registava uma lotação de 1307 camas.

Em 41% do total de doentes saídos, observaram-se quatro grandes categorias de diagnóstico, designadamente, do aparelho digestivo, do sistema músculo-esquelético, da gravidez, parto e puerpério e do sistema nervoso. O CHU realizou, ainda, 771,4 mil consultas externas médicas, tendo sido 25,1% de primeiras consultas. Respeitando à Consulta a Tempo e Horas (CTH), 95,2% das consultas foram realizadas em tempo adequado. Registaram-se, ainda, cerca de 211 mil pedidos de marcação para primeira consulta de especialidade, sendo 35% provenientes dos Centros de Saúde. O CHU efetuou 258 813 atendimentos em urgência, a 153 776 doentes, com tempo médio de permanência de 5 horas e 11 minutos, sendo que 11% dos doentes tiveram como destino o internamento. O CHU registou, ainda, 23 756 sessões sem GDH, em Hospital de Dia, e 38 199 cirurgias, com um peso de cirurgia de ambatório na cirurgia programada de 56,7%. Realizaram-se 612 ações de formação, com 11 590 participantes. Foram apresentadas pelos utentes ao Gabinete do Cidadão 2281

reclamações, sendo o tempo de espera para atendimento médico clínico não programado o assunto mais mencionado, 410 elogios e 24 sugestões.

No que se refere aos Recursos Humanos, o CHU apresentou, em 2016, uma taxa de rotatividade de 11,5% e uma taxa geral de absentismo de 8,9%. O número de contratos com vínculo permanente era, nesse ano, de 6763. O número de colaboradores era de 7508, com média de idades de 43 anos, distribuídos pelos diferentes grupos profissionais, conforme descrito na Tabela 6.1, *infra*.

TABELA 6.1. GRUPOS PROFISSIONAIS NO CHU, EM 2016

Grupo profissional	Número
Assistentes operacionais	1767
Enfermeiros	2449
Médicos	1071
Assistentes técnicos	719
Técnicos de diagnóstico e terapêutica	647
Internos	564
Dirigentes	38

Em 2016, o CHU aplicou 3 235 092,81 euros em bens de investimento, 49% dos quais em equipamento, 35% em obras de remodelação e conservação dos edifícios e 15% em *hardware* e *software* informáticos. Os proveitos e ganhos operacionais foram de 409 222 130 euros e os proveitos e ganhos financeiros de 1 633 702 euros, os custos e perdas operacionais de 419 788 099 euros e os custos e perdas financeiras de 849 823 euros. Os custos com pessoal representaram 211 730 795 euros, com matérias de consumo no valor de 148 104 100 euros e com fornecimentos e serviços no valor de 43 268 797 euros. Os custos com produtos farmacêuticos foram de 109 450 830 euros e com material de consumo clínico de 37 399 874 euros. As compras de medicamentos totalizaram 99 124 180 euros.

O índice de desempenho do serviço de urgência do CHU em 2016 foi de 32,3%. O índice de desempenho global foi de 83,9%, respeitando a diferentes objetivos, conforme descritos na Tabela 6.2, *infra*.

TABELA 6.2. ÍNDICE DE DESEMPENHO GLOBAL DO CHU (CONTRATO-PROGRAMA 2016)

Índice de desempenho global por objetivos	
Acesso	89,8%
Desempenho assistencial	84,2%
Desempenho económico-financeiro	55,9%
Objetivos regionais	95,6%

A atual estrutura organizativa do CHU introduziu o conceito de área funcional, com a criação nos polos hospitalares de estruturas intermédias de gestão que, estando integradas no centro hospitalar, têm autonomia e competências delegadas, com um

determinado nível de responsabilização. São avaliadas segundo os resultados e o desempenho, de acordo com os objetivos negociados. A contratualização interna orientada pelo valor foi iniciada em meados de 2016 e desenvolvida com as dez áreas clínicas, nomeadamente:

- 1) Área de anestesiologia e blocos operatórios
- 2) Área de cirurgia
- 3) Área do coração, vasos e tórax
- 4) Área das especialidades cirúrgicas
- 5) Área de hemato-oncologia
- 6) Área de medicina
- 7) Área da mulher, criança e adolescente
- 8) Área músculo-esquelética
- 9) Área das neurociências
- 10) Área da urgência geral polivalente e cuidados intensivos

6.2. Princípios da contratualização interna orientada pelo valor

A contratualização interna desenvolvida no CHU teve na sua base um conjunto de princípios fundamentais ou premissas, descritas *infra*, explicitadas, no primeiro momento, pela liderança de topo, como guias para a condução dos processos pela equipa de implementação do projeto (EIP). As escolhas feitas pela EIP fundaram-se na base concetual exposta na Parte I. Assim, na procura de alinhamento pelo valor entre os profissionais e a sua instituição, por via da contratualização interna orientada pelo valor, a forma como a intervenção foi sendo implementada teve em vista, por um lado, a *diminuição da congruência* que fosse contrária ao modelo de valor e, por outro lado, o *aumento da congruência* para que ele fosse sustentado.

Contratualização em cascata: o exercício estabelecido entre a gestão de topo e a gestão intermédia deveria ser transposta para o relacionamento das áreas com as suas especialidades, estando os objetivos destas também refletidos nos objetivos da área.

Indicadores diversificados: cada área deveria atender à necessidade de serem incluídos:

- (i) indicadores do contrato-programa, nacionais e regionais, com penalização para a instituição do ponto de vista financeiro;
- (ii) indicadores-chave, enquanto indicadores de sucesso da organização, alguns deles tradicionais, como a demora média, a taxa de ocupação, a demora média pré-operatória, listas de espera, taxa de reinternamento a trinta dias, ou tempos máximos de resposta garantida;

- (iii) indicadores que refletissem compromissos para a investigação, planos de formação e comunicação científica;
- (iv) indicadores que traduzissem áreas de excelência e de referência;
- (v) indicadores relacionados com áreas críticas no CHU, como o custo médio de medicamentos por doente, ou a prescrição de terapêutica e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) no exterior;
- (vi) indicadores que traduzissem o contributo para a redução da lista de espera nacional de cirurgia e ambulatório;
- (vii) indicadores que traduzissem projetos colaborativos com hospitais nacionais, cuidados de saúde primários e estruturas internacionais, que fossem diferenciadores na inovação;
- (viii) indicadores que refletissem a produtividade do CHU, por áreas de produção e por especialidades.

Percursos clínicos (pathways): a contratualização interna teria na sua base a reorganização dos serviços em quatro áreas (início de vida, fim de vida, tratar, agudização), por identidade de percursos. Fora destas áreas, articular-se-ia com os cuidados de saúde primários.

Coliderança e corresponsabilização: pretendia-se o empoderamento da gestão intermédia, pelo que havia sido previamente constituída uma direção colegial por área, correspondendo à tríade médico, enfermeiro e administrador. Cada direção de área deveria realizar o mesmo exercício para dentro da área, explicitado na expressão inclusa na carta de compromisso (Anexo 5), que aqui se transcreve:

A presente Carta de Compromisso define os termos e princípios do processo de contratualização interna com a Área, assentando, sempre que possível, em documentos de compromisso equivalente estabelecidos entre a Área e as suas Especialidades.

Autonomia e responsabilização: a liderança de topo atribuíra autonomia, com a correspondente responsabilização, às direções de área, concretizada na elaboração do plano de ação, na proposta de indicadores e na preparação do plano de investimentos.

Identidade: cada realidade dentro das áreas deveria ser refletida nos indicadores, pelo que a contratualização interna da área deveria incorporar entre um a dois indicadores de cada uma das suas especialidades.

Envolvimento: a administração do CHU iniciou estes processos poucos meses após a sua nomeação. Contudo, optou por não modificar parte do planeamento prévio, conduzido pela administração anterior, uma vez que havia sido envolvida a maior parte dos serviços e profissionais.

Simplicidade: pretendia-se a contratualização de alguns indicadores simples que traduzissem as linhas estratégicas e programáticas da organização, de modo a poderem facilmente acompanhar-se e a detetar facilmente desvios, atuando atempadamente.

Priorização e investimento: para além dos seus planos de ação, as áreas deveriam preparar igualmente o seu plano de investimentos, atendendo também às necessidades de cada especialidade.

Partilha de risco: pretendia-se a minimização do desperdício, com reflexo em indicadores que abarcassem essa complexidade, criando sensibilidade aos custos nos prestadores e gestores.

Colaboração e compromisso: definiu-se a formalização da contratualização interna através da assinatura de cartas de compromisso, que consistiam em acordos colaborativos que refletiam os compromissos assumidos e explicitavam os compromissos das partes, as regras de atuação e os princípios fundadores. A carta era precedida de um preâmbulo, esclarecendo o enquadramento do modelo, traduzido na expressão que a seguir se transcreve:

Numa fase de reorganização do CH e do carácter experimental da contratualização interna, este documento exprime, fundamentalmente, um acordo de intenções e um compromisso na melhoria dos processos, no sentido da aproximação contínua aos resultados desejáveis, compreendidas, porém, as limitações funcionais e os constrangimentos externos das partes, tanto da Área, como do CA, mas responsabilizando-se todos, de todo o modo, numa melhor articulação e comunicação, na consolidação de parcerias internas e na revisão conjunta dos processos.

Experimentação e aprendizagem: a contratualização começaria inicialmente com duas áreas, mas acabou por vir a ser alargada a todas as dez áreas clínicas. Optou-se, assim, por um processo de aprendizagem partilhado por todo o centro hospitalar.

Proximidade e cooperação: previra-se inicialmente o acompanhamento da contratualização interna de três em três meses, bem como avaliação anual, com acordo modificativo por ano, típicos do modelo clássico da contratualização. Contudo, ao longo do desenvolvimento dos processos de contratualização interna, optou-se por um acompanhamento de proximidade, colaborativo, na procura de estabelecer um diálogo convergente, estabelecendo confiança nos interlocutores e, através destes, no processo.

Avaliação de desempenho das unidades: pretendia-se criar um BSC, com base no qual se faria *benchmarking* e comparação interna do desempenho das áreas.

Transparência: pretendia-se criar um painel de controlo virtual, um *dashboard* disponibilizado *online*, com indicadores de qualidade e segurança, para acompanhamento da mesma informação por todos. Para isso, foi desenvolvido, em simultâneo aos processos de contratualização, um *software* que integraria os indicadores resultantes dos processos negociais (processo que não teve conclusão até ao final da presente investigação).

6.3. Ferramentas da contratualização interna orientada pelo valor

Utilizaram-se três ferramentas de gestão: o modelo matricial, os KPI e uma versão modificada do BSC, designada *Balanced Scorecard* (Matricial) de Cinco Perspetivas, que incorporou as duas primeiras ferramentas.

Utilizou-se uma matriz de dupla entrada, exemplificada na Tabela 6.3, *infra*, para cada área, enquanto unidade de gestão intermédia. Realizou-se o mesmo exercício para todas as áreas, admitindo metas comuns e transversais a algumas delas (áreas *parceiras*).

TABELA 6.3. FERRAMENTA DE APOIO À CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA ORIENTADA PELO VALOR NO CHU: O *BALANCED SCORECARD* (MATRICIAL) DE CINCO PERSPETIVAS

Sinalizar KPI (próprios, parceria interna, triangulação, sentinela)		Metas internas da unidade de gestão intermédia							Justificação, ações, responsáveis, cronogramas e circuitos de decisão
		Meta do contrato- programa	Valor histórico (indicativo)	Esp. 1	Esp. 2	Esp. ...	UGI 1	UGI ...	
Capacidade organizacional - conhecimento e inovação									
Indicador A	KPIp								
Indicador B	–								
...	...								
Processos internos - eficiência e cadeia de valor									
Indicador C	–								
Indicador D	KPIpi								
...	...								
Utentes/stakeholders - acesso e satisfação									
Indicador E	KPIs								
Indicador F	–								
...	...								
Desempenho económico e financeiro - sustentabilidade e comportabilidade									
Indicador G	–								
Indicador H	KPIIt								
...	...								
Relacionamento interinstitucional - cooperação e articulação									
Indicador I	KPIp								
Indicador J	...								
...	...								

Legenda: *Key performance indicators* (KPI), KPI próprios (KPIp), KPI em parceria interna (KPIpi), KPI sentinela (KPIs), KPI de triangulação (KPIIt), unidade de gestão intermédia (UGI).

As suas características são descritas seguidamente.

O *Balanced Scorecard* modificado para o SNS

A adaptação do BSC, melhor descrita no Capítulo 7, fez-se tendo por base os princípios da cadeia de valor, considerando que esta ultrapassa os limites de um hospital. Às quatro perspetivas tradicionais do BSC, acrescentou-se, por isso, uma quinta dimensão, respeitante à perspetiva do relacionamento interinstitucional. As cinco perspetivas, seus elementos descritivos e respetivos objetivos estratégicos designaram-se da seguinte forma:

- A. Capacidade organizacional - conhecimento e inovação
 - 1. Aumentar conhecimento e competências
 - 2. Melhorar ferramentas, tecnologia e equipamentos
- B. Processos internos - eficiência e cadeia de valor
 - 1. Melhorar processos
 - 2. Reduzir ciclos de tempo
- C. Utentes/*stakeholders* - acesso e satisfação
 - 1. Reduzir tempos de espera
 - 2. Melhorar o acesso
 - 3. Satisfação
- D. Desempenho económico e financeiro - sustentabilidade e comportabilidade
 - 1. Aumentar receitas (não se aplicou a nenhuma das áreas)
 - 2. Reduzir custos
- E. Relacionamento interinstitucional - cooperação e articulação
 - 1. Colaboração com outros hospitais (nacionais e internacionais)
 - 2. Colaboração com os CSP

Não se usou a vertente dos pesos relativos, característicos de um BSC, por se considerar que o processo não estava suficientemente apreendido pelos profissionais, para ver aplicada essa componente. Em alternativa, a EIP recorreu à utilização de indicadores-chave, como descrito *infra*.

A gestão matricial

Para o mapeamento da cadeia de valor, a EIP recorreu ao modelo da gestão matricial, construído de maneira a visualizar rapidamente os indicadores de cada área (visão vertical), bem como os indicadores partilhados por mais do que uma área (visão horizontal). Solicitou-se às direções de área que fizessem o mesmo exercício dentro da sua área.

Procurou-se, deste modo, concretizar a cadeia de valor do CHU através de uma estrutura matricial, que, caso necessário na identificação dos indicadores que fossem importantes, ultrapassava as áreas clínicas, articulando-as com outros serviços, ainda que a contratualização só tenha sido estabelecida com as primeiras. Foi exemplo disso o trabalho desenvolvido com vários agentes internos, nomeadamente, a Biblioteca e o Centro de Investigação, para uma melhor articulação no que se referia à contratualização da atividade científica. Também os indicadores poderiam ser comuns a duas ou mais áreas, refletindo a necessidade de trabalho conjunto, sendo que foram designados *sentinela*, de forma a não criar pressão sobre os profissionais sobre algo que não controlavam inteiramente, principalmente num momento de aprendizagem e adaptação a um novo modelo. A EIP procurou também, dessa forma, a eliminação ou redução de uma eventual resistência a indicadores partilhados, pouco usuais até então.

Indicadores-chave de desempenho

Procurou manter-se, pelo menos, um indicador-chave de desempenho (*key performance indicator* – KPI) positivo para reforço da motivação dos profissionais (mesmo que recorrente) e, pelo menos, um KPI a melhorar. Para além dos indicadores contratualizados externamente, no âmbito do contrato-programa, referentes, nomeadamente, à atividade assistencial, a contratualização interna e o modelo de avaliação do desempenho usado no CHU incluíam, assim, KPI que podiam ou não coincidir com os primeiros.

O foco estava naquilo que era preciso melhorar⁷², pelo que alguns indicadores propostos pela EIP não tinham ainda histórico ou eram sequer mensuráveis no momento. Adotaram-se, ainda assim, esses indicadores, com sustentação no princípio enunciado e na importância da inclusão de aspetos importantes do desempenho, mesmo daqueles que fossem de início difíceis de medir.

A contratualização interna orientada pelo valor incorporava, ainda, indicadores previstos nos termos de referência para a contratualização emitidos pela ACSS, associados a incentivos ou penalizações para o CHU, e indicadores correspondentes a medidas de intervenção estratégica (MIE) da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, onde se integra o CHU.

Integrava, igualmente, e como já referido, indicadores propostos pela área e pelas suas especialidades e acordados com a gestão de topo.

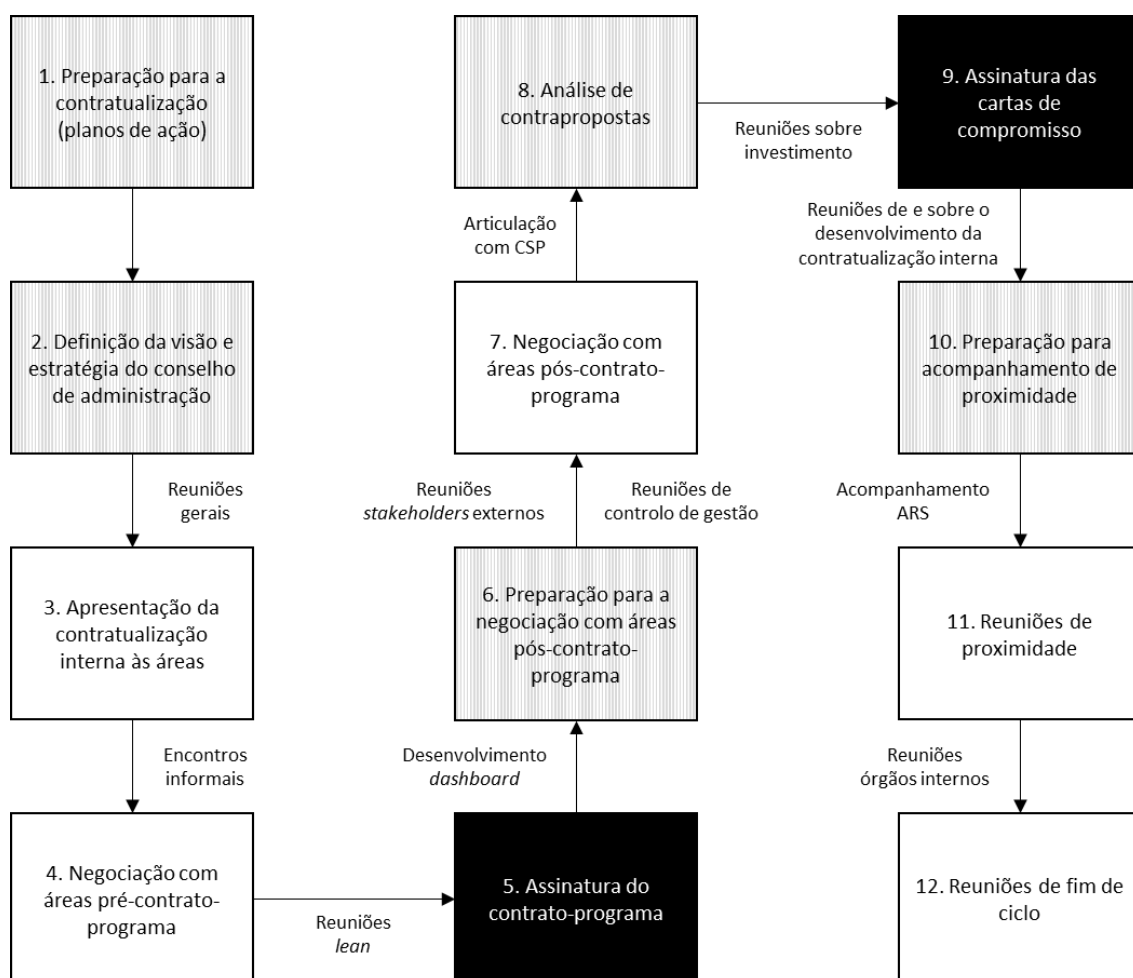
Também a aplicação da metodologia *lean* alimentava o BSC da área onde se encontrasse em implementação, procurando a não dispersão de objetivos e convergindo os esforços dos profissionais num mesmo instrumento de gestão e de orientação. Assim, alguns dos indicadores incluídos no seu BSC resultaram desse trabalho.

Cada área tinha entre três a sete KPI. O critério de escolha baseava-se nas prioridades assistenciais, bem como nos esforços que estivessem a ser desenvolvidos na área para a melhoria dos cuidados prestados. Por regra, deveria ser escolhido um KPI por perspetiva do BSC. Nas áreas onde estava a ser implementada a metodologia *lean*, selecionou-se mais do que um indicador nas perspetivas do BSC referentes aos processos internos. Foi, por esse motivo, dispensada a identificação de KPI nalgumas das restantes perspetivas do BSC, para que os profissionais não perdessem o foco nos projetos de melhoria que já estavam em curso.

6.4. Etapas da contratualização interna orientada pelo valor

A contratualização interna orientada pelo valor foi desenvolvida no CHU em várias etapas, ilustradas na Figura 6.1.

FIGURA 6.1. DESENVOLVIMENTO DA CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA ORIENTADA PELO VALOR NO CHU



Legenda:



As etapas desenvolvidas são seguidamente descritas:

1) Preparação para a contratualização (planos de ação)

Antes do início da contratualização, havia sido dado pelo CA o prazo de um mês às áreas clínicas, para que, em conjunto com as suas especialidades, apresentassem o seu plano de ação para três anos. Prestou-se também nesse momento informação de como deveriam preparar-se para as reuniões de contratualização.

2) Definição da visão e estratégia do Conselho de Administração

A primeira reunião de desenvolvimento dos processos de contratualização centrou-se no desenho da visão que o CA tinha para o CHU, a concretizar através da contratualização interna e expressa através dos princípios e premissas apresentados *supra*.

3) Apresentação da contratualização interna às áreas

Convocaram-se as dez áreas clínicas para reuniões (por área) no CA, para apresentação da contratualização interna a implementar no CHU. Explicitaram-se os princípios subjacentes e descreveu-se o processo.

4) Negociação com as áreas antes da assinatura do contrato-programa

Esta etapa desenvolveu-se nos serviços e teve como objetivo identificar os indicadores assistenciais de cada área, bem como os seus KPI. Foi também um momento para desconstrução do processo e esclarecimento de dúvidas sobre como se desenvolveria a contratualização.

5) Assinatura do contrato-programa

No contrato-programa ficaram vertidos os objetivos assumidos externamente pela instituição, sendo o culminar da etapa da negociação estabelecida entre a organização e a ARS. As principais linhas de atividade assistencial e modalidades de pagamento, para o ano de 2017, agrupavam-se nas vertentes (i) de prestação de cuidados, (ii) de incentivos ao desempenho institucional e relativo (*benchmarking*) entre instituição do grupo e (iii) de penalidades¹⁹².

6) Preparação para a negociação com as áreas após a assinatura do contrato-programa

A assinatura do contrato-programa para 2017 ocorreu mais cedo do que o planeado, pelo que precipitou uma segunda fase de negociações no CHU, tendo em conta as propostas ainda recentes e não negociadas, bem como os novos valores contratualizados externamente. Estabeleceu-se uma distinção entre os objetivos assistenciais contratualizados e assumidos perante a ARS e o Ministério da Saúde, tratados como mínimos de produção ou atividade assistencial mínima, e os objetivos internos, previstos no BSC, que poderiam ser diferentes dos primeiros.

Tendo em conta as metas propostas pelas áreas referentes ao ano de 2016 e as novas metas estabelecidas para 2017 em sede de contrato-programa, preparou-se uma proposta a apresentar às áreas. Na determinação das metas a propor-lhes, avaliava-se o histórico (como indicativo), o valor proposto pela área, bem como o valor constante do novo contrato-programa. Assinalavam-se as metas que constituíam uma melhoria face ao contrato-programa, as que se aproximavam, ou as que, pelo contrário, se afastavam significativamente. Nos casos em que as metas propostas pelas áreas eram melhores do que as previstas inicialmente no plano estratégico e do que as negociadas com a ARS, eram aceites, desde que fossem adequadas à boa prática (foi, por exemplo, o caso das primeiras consultas em cirurgia e dos Tempos Máximos de Resposta Garantida – TMRG). O plano estratégico, consequentemente, alterava-se internamente. Esperava-se, por outra via, que as alterações organizacionais que a área havia entretanto implementado para melhorar os seus indicadores viessem a permitir o cumprimento das metas constantes do contrato-programa.

Na reflexão sobre a aceitação ou revisão das propostas das áreas, considerava-se o esforço apresentado, a possibilidade da área dar, pelo menos, continuidade ao seu histórico, bem como de conseguir aproximar-se dos valores do contrato-programa. Considerava-se também o peso do desempenho das especialidades e da área no desempenho global do CHU. Reconheciam-se no processo as metas indicadas para as especialidades, quando eram apresentadas pela área. Na ausência de definição pela área de metas para as especialidades, era deixada no documento a devolver às áreas a indicação de que a área deveria proceder a essa definição com as suas especialidades.

Eliminaram-se do âmbito da contratualização indicadores redundantes ou menos próximos da atividade a medir, ou quando existissem outros indicadores que melhor expressassem o objetivo a atingir (por exemplo, os TMRG face ao tempo de espera).

Assinalavam-se todas as sugestões da área e observações da EIP que se relacionassem com aspetos críticos ou estratégicos do CHU, para verificação pelo CA. Na ausência de proposta das áreas, a EIP sugeria metas que considerava alcançáveis.

No decurso destes processos, houve lugar a uma nova nomeação de diretor numa das áreas, pelo que, nestas circunstâncias, solicitou-se à área que confirmasse o seu compromisso, traduzido no seu BSC.

Finalmente, propunham-se KPI determinados em função do esforço a desenvolver pela área no ano, da existência de áreas problemáticas ou estratégicas, ou que se traduzissem em iniciativas propostas pela área que deveriam ser incentivadas. Sempre que houvesse proposta de criação de centros de referência ou de práticas clínicas inovadoras na perspetiva do desenvolvimento e inovação organizacional do BSC, esses eram os KPI dessa perspetiva.

Por regra, não se classificaria como KPI um indicador sem meta atribuível, mas excecionavam-se os casos de indicadores que eram promotores e incentivadores de mudanças organizacionais importantes (foi, por exemplo, o caso do tempo de antecedência no envio dos planos operatórios).

Na comunicação enviada às áreas, e atendendo às suas especificidades, solicitava-se que, no prazo determinado, expressassem concordância em relação às metas propostas pela EIP, explicitando que haviam sido tidas em consideração as propostas da área e do contrato-programa. Solicitava-se, ainda, que fosse enviada resposta às observações inscritas nos BSC respetivos. Em anexo, seguia o BSC proposto para a área, a atividade assistencial, o esboço da carta de compromisso (sobre a qual a área também se podia pronunciar e sugerir alterações) e o *bilhete de identidade* dos indicadores para transparência das *regras do jogo* e eliminação, tanto quanto possível, da assimetria de informação.

7) Negociação com as áreas após a assinatura do contrato-programa

Esta fase desenvolveu-se nos serviços pela EIP, tendo sido analisados os indicadores e metas em conjunto com cada área, com foco no equilíbrio possível entre o que as áreas se consideravam capazes de fazer e aquilo que era necessário que alcançassem, de modo a dar cumprimento ao contrato-programa.

8) Análise de contrapropostas

Recebidas as contrapropostas das áreas, após a negociação nos serviços, esclareciam-se dúvidas, muitas vezes, de modo imediato, por telefone, evitando a excessiva burocratização do processo. Nalguns casos, houve necessidade de nova discussão e renegociação, ainda que informal. Decidiu-se pela desnecessidade de reunir presencial e formalmente, sobre todos e cada ponto, facilitando e agilizando o processo o mais possível, procurando alcançar consensos e compromissos, bem como o máximo envolvimento das áreas na determinação das metas.

9) Assinatura das cartas de compromisso

A assinatura das cartas de compromisso decorreu na presença de todo o centro hospitalar, bem como da presidente do Conselho Diretivo da ARS e do ministro da Saúde.

10) Preparação para o acompanhamento de proximidade

A EIP decidiu desenvolver um acompanhamento dos compromissos assumidos internamente, não aguardando, porém, que decorresse, como tipicamente acontece na contratualização, um determinado período de tempo desde a assinatura das cartas de compromisso. Pelo contrário, a equipa optou por reunir com as áreas, pouco tempo depois, num contexto de preparação à execução das cartas de compromisso, concretizando uma postura colaborativa, de proximidade e de trabalho conjunto, para alcançar o cumprimento do acordado, numa ótica de corresponsabilização, parceria e respeito mútuo.

Decidiu-se que as reuniões decorreriam com foco nos KPI e naquilo que seria preciso desenvolver para o seu cumprimento e melhoria. A EIP procurava, assim, que o foco não estivesse nos indicadores, mas nas mudanças organizacionais necessárias ao seu cumprimento (tendo em conta que os indicadores escolhidos previamente correspondiam já ao que importava ver realizado, na ótica de tratar adequadamente os doentes atendidos pelo CHU). Para além disso, não seria gerível o diálogo permanente sobre todos os indicadores e produção acordada. Os indicadores que não fossem KPI seriam monitorizados pelo *tableau de board* já usado pelo CHU. No caso de existirem indicadores partilhados por mais do que uma área, preparava-se uma reunião com a área *parceira*. Previamente às reuniões nos serviços, preparava-se toda a informação relevante, para que, por falta dela, não ficassem comprometidos estes encontros.

11) Reuniões de proximidade

Esta etapa traduziu-se na presença da EIP nos próprios serviços, procurando apresentar uma atitude e postura cooperativa, traduzida na expressão frequentemente utilizada pela equipa: *como é que podemos fazer isto?*

No âmbito da análise dos KPI, desenvolvia-se uma análise SWOT, isto é, avaliava-se e discutia-se, em conjunto com a área, as forças e fraquezas internas, por um lado, e as ameaças e oportunidades externas, por outro, ao cumprimento dos KPI. Os responsáveis de especialidade poderiam também estar presentes, se a direção da área assim quisesse e considerasse importante.

Esta etapa serviu, também, para o esclarecimento, uma vez mais, de questões acerca da contratualização interna e para a auscultação dos profissionais em relação a dificuldades sentidas no decorrer do processo ou sobre propostas para a sua melhoria. Serviu, igualmente, para identificar pontos de comunhão, tanto de problemas, como de soluções, entre as diferentes áreas, procurando a sua melhor articulação e tendo a cadeia de valor e a ideia da gestão matricial em mente¹²³.

Identificou-se, em cada área, o seu *buy-in*, isto é, um aspeto que, entre todos, era mais importante para a área em particular e poderia promover o envolvimento da liderança intermédia na contratualização. Esse *buy-in* poderia ser um indicador, uma tarefa, um equipamento (de valor de aquisição, muitas vezes, reduzido), apoio profissional ou informacional, ou uma pequena solução burocrática, institucional ou organizativa. Os que estivessem ao alcance da EIP e se enquadrassem nos processos de melhoria eram acolhidos de imediato. Os que dependiam da intervenção do CA eram-lhe comunicados.

12) Reuniões de fim de ciclo

Nestas reuniões finais, realizadas no CA, estabelecia-se um ponto de situação sobre o trabalho desenvolvido pelas áreas, nas vertentes previstas no BSC, no âmbito das suas cartas de compromisso. Discutiam-se, também, questões com ressonância ao nível do desempenho global do CHU, bem como soluções propostas pelas áreas, que necessitassem da intervenção do CA.

A Tabela 6.4, *infra*, apresenta as 99 reuniões classificadas em seis tipologias, verificando-se que a maioria das reuniões foi de negociação e proximidade, entre a EIP e as áreas (n=30), de relacionamento formal sobre e para a contratualização interna entre o CA e as áreas (n=27) e de preparação e desenvolvimento destes processos (n=27). Houve ainda 7 reuniões com *stakeholders* internos e 3 com *stakeholders*

externos. Registaram-se, ainda, 5 reuniões para o desenvolvimento de sistemas de informação de suporte à contratualização interna orientada pelo valor.

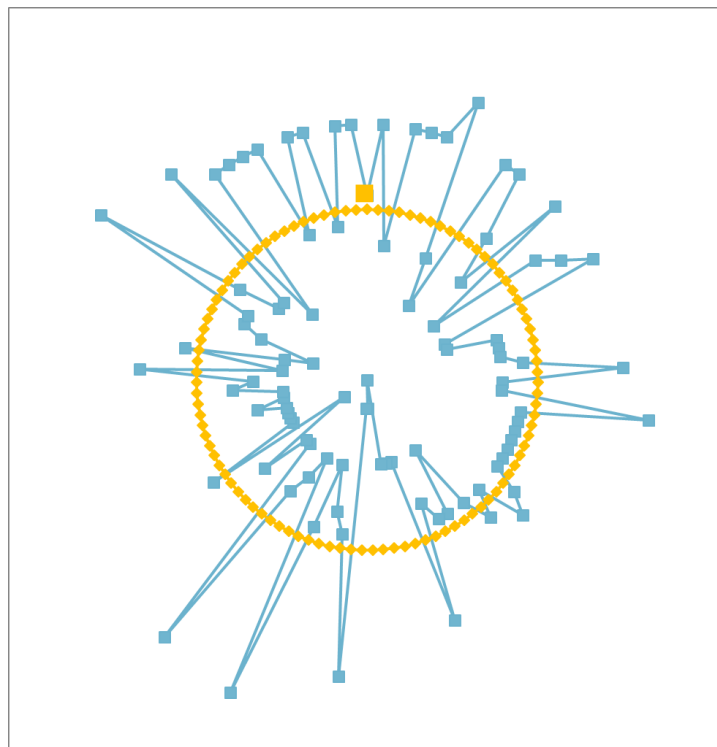
TABELA 6.4. REUNIÕES POR TIPOLOGIA

Tipo de reunião	Nº de reuniões
Reuniões de negociação e proximidade entre EIP e áreas ou administradores hospitalares (AH)	30
Reuniões de proximidade	14
Reuniões de negociação antes da assinatura do contrato-programa	8
Encontros informais com áreas	3
Reuniões de negociação após a assinatura do contrato-programa	3
Reuniões de alinhamento com AH	1
Reuniões sobre a filosofia <i>lean</i>	1
Reuniões de preparação e desenvolvimento da contratualização interna	27
Reuniões de preparação para a negociação	12
Reuniões de desenvolvimento da negociação	4
Reuniões de preparação para o acompanhamento de proximidade	4
Reuniões sobre o desenvolvimento da contratualização interna	3
Reuniões de preparação da contratualização interna	2
Reuniões sobre o fim de ciclo da contratualização interna	2
Reuniões entre CA e áreas ou AH sobre e para a contratualização interna	27
Reuniões de apresentação da contratualização interna	10
Reuniões de fim de ciclo da contratualização interna	8
Reuniões de controlo de gestão com o CA	5
Reuniões de alinhamento com administradores hospitalares	2
Reuniões gerais do centro hospitalar	2
Reuniões com <i>stakeholders</i> internos	7
Reuniões sobre a atividade científica	4
Reuniões de controlo de gestão com outros órgãos internos	2
Reuniões sobre planos de investimento	1
Reuniões sobre sistemas de informação de apoio à contratualização interna	5
Reuniões com <i>stakeholders</i> externos	3
Reuniões de acompanhamento da contratualização externa	1
Reuniões de relacionamento com os cuidados de saúde primários	1
Reuniões com outros <i>stakeholders</i>	1
TOTAL	99

A Figura 6.2, *infra*, ilustra as mesmas 99 reuniões e encontros registados ao longo do tempo de implementação da contratualização interna orientada pelo valor no CHU. A proximidade ao perímetro (a cor amarela) representa as reuniões internas da EIP. Quanto mais as reuniões de trabalho são abertas a outros atores, mais dessa linha estão distantes. Assim, observando os eventos a partir do perímetro, verificam-se, sucessivamente, reuniões de controlo de gestão (ou da EIP), reuniões com gestores, reuniões com órgãos internos, reuniões com direções de área, reuniões gerais do centro hospitalar, reuniões com fornecedores e reuniões com *stakeholders* externos. As linhas fora do perímetro representam reuniões com a presença do CA. As linhas dentro do perímetro representam reuniões e encontros sem a presença do CA.

A Figura 6.2 representa, assim, a *timeline* do desenvolvimento dos processos de contratualização interna no CHU, desde o dia 22 de agosto de 2016 até 13 de dezembro de 2017, numa visão cíclica. O quadrado de cor amarela representa o início da contratualização.

FIGURA 6.2. CICLO DOS PROCESSOS DE CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA NO CHU



Legenda:

Fora da linha: Trabalho desenvolvido com a presença do CA
 Dentro da linha: Trabalho desenvolvido sem a presença do CA
 Mais próximo da linha (interno e externo): Trabalho interno da EIP
 Mais afastado da linha (interno e externo): Trabalho com outros atores

Nesta figura, evidencia-se como os processos de contratualização interna eram, de certo modo, desenvolvidos, alternadamente, entre o CA e as áreas, no âmbito de reuniões formais, e entre a EIP e as áreas, em contexto de informalidade e proximidade.

6.5. Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses

Em consonância com a abordagem metodológica apresentada no Capítulo 4, apresentam-se os resultados do Estudo 2, isto é a *anatomia* e a *fisiologia* da nossa *grounded theory*, alcançando os objetivos 2 e 2.A da presente investigação, nomeada e respetivamente, analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar e construir um modelo concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses.

Apresenta-se, assim, seguidamente, os fatores moderadores positivos e negativos que se observaram na implementação da contratualização interna e, posteriormente, a descrição do quadro concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses, em resultado de um exercício de codificação, teorização e agregação.

6.5.1. Fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos: anatomia de intervenções baseadas no valor

No âmbito da análise do que *aconteceu* na implementação da contratualização interna orientada pelo valor no CHU, registaram-se 324 códigos *in vivo*, tanto positivos (n=178), negativos (n=139), como aqueles em que era desconhecido o sentido da moderação (n=7). Excluíram-se estes últimos, bem como outros (n=120), por via da operação de redução¹²⁵. Finalizou-se o exercício, após a conclusão de que havíamos alcançado a saturação teórica.

Assim, resultaram 110 códigos *in vivo* de primeira ordem, relativos a fatores moderadores positivos, e que constam da coluna à esquerda da Tabela 6.3, *infra*. Resultaram também 87 códigos *in vivo* de primeira ordem, relativos a fatores moderadores negativos, e que constam da coluna à esquerda da Tabela 6.4, *infra*. Procedeu-se, seguidamente, a um exercício analítico de concetualização e interpretação teórica sobre os códigos de primeira ordem. Esta análise de segunda ordem consta da coluna central das Tabelas 6.3 e 6.4, tendo sido obtidos 20 códigos referentes a fatores moderadores positivos e 21 códigos referentes a fatores moderadores negativos. Finalmente, agregaram-se em dimensões teóricas os temas ou códigos de segunda ordem, obtendo 6 dimensões relativas a fatores moderadores positivos e 6 outras dimensões relativas a fatores moderadores negativos.

Estas dimensões foram, ainda, enquadradas na nossa base conceitual, isto é, utilizando os elementos constantes do modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹, desenvolvendo, assim, e de algum modo, este modelo, a partir da implementação da contratualização interna orientada pelo valor no CHU. Esta análise é explicitada na Secção seguinte.

A Tabela 6.5 apresenta os fatores moderadores positivos.

TABELA 6.5. FATORES MODERADORES POSITIVOS

(continua)

Códigos <i>in vivo</i> (de primeira ordem)	Construtos (códigos de segunda ordem)	Dimensões (agregadoras)
" <i>Estão todos pelo doente, mas também pelo imperativo ético de gestão judiciosa</i> " (GI)	Adaptação do discurso à linguagem reconhecida pelos profissionais	Apropriação pelas LIO
" <i>Os nossos doentes tratam-se com pessoas</i> " (GO)		
" <i>Há necessidade de cativar profissionais para o conforto, [para] cuidar bem</i> " (GO)		
" <i>Lidamos com pessoas, não números</i> " (GO)		
" <i>Tenho tentado que os profissionais se concentrem e trabalhem em conjunto para o bem do doente</i> " (GI)		
" <i>É preciso gostarem disso, vestirem a camisola</i> " (GI)		
" <i>Temos a preocupação em fazer mudanças sem agredir ninguém</i> " (GT)	Envolvimento das LIO no desenho da estratégia	
" <i>Eu gostava de aplicar aqui um indicador que eu vi em Inglaterra</i> " (GI)		
" <i>Uma coisa engraçada que se podia fazer [e] que era curioso analisar</i> " (GI)		
" <i>As pessoas estão motivadas a trabalhar em grupos de melhoria</i> " (GI)		
" <i>Com tempo, amor à camisola ainda existe, mas é preciso trabalhar nisso</i> " (GI)		
" <i>Estamos disponíveis para trabalhar</i> " (GI)		
" <i>É necessária a perceção da participação na negociação</i> " (GI)	Reflexo na estratégia do que é importante para os profissionais	
" <i>Eu posso pôr aqui os meus indicadores?</i> " (GI)		
" <i>Não temos ainda outcomes de qualidade definidos e isto é que é importante</i> " (GI)		
" <i>Precisamos de outro indicador muito importante</i> " (GI)		
" <i>Estou preocupado com o modelo de avaliação que valorize este tipo de indicadores</i> " (GO)		
" <i>Têm liberdade para acrescentar outros, caso não se revejam nos indicadores</i> " (GT)		
" <i>Se for para incumprir, sim, mas não quero fazer assim</i> " (GI)		
" <i>[O médico] comprou marcadores [e] todos os doentes chegam ao bloco marcados</i> " (GI)		
" <i>É um indicador que perturba, porque não corresponde à verdade inteiramente do hospital</i> " (GI)		
" <i>As pessoas estão contentes, mas não estão contentes, nem felizes; importante motivar, dizer-lhes que há coisas novas, boas neste plano</i> " (GT)		
" <i>Há necessidade de passar saberes, estão todos a envelhecer</i> " (GO)		
" <i>Gostaria de incluir doutoramentos</i> " (GO)		
" <i>A cenoura é o trabalho onde podem aplicar o seu know-how, aprendizagem, conhecimento</i> " (GO)	Crescimento e brio profissional	
" <i>A possibilidade de crescer no hospital é apelativo, para além dos aspetos financeiros</i> " (GI)		
" <i>Toda a gente quer ficar bem nos indicadores</i> " (GI)		
" <i>Não há falta de vontade, mas falta de sítios</i> " (GO)		
" <i>Os incentivos são para a equipa, geridos como bolsa [para] compra de livros, ou carro para o serviço</i> " (GI)		
" <i>Agradeço ao CA [o equipamento]</i> " (GI)		
" <i>Peço ao CA os bons ofícios para explicar à Tutela que precisamos de investimentos porque está velha a estrutura física</i> " (GI)	Melhoria das condições de trabalho	
" <i>O que nos safa é o aparelho que colocaram lá para investigação</i> " (GI)		
" <i>O espaço de trabalho é fundamental</i> " (GO)		
" <i>Há necessidade de mudança cultural do meu serviço</i> " (GI)		
" <i>Estou satisfeita por ver pessoas vivas [que] querem fazer coisas</i> " (GT)		
" <i>É necessária reflexão sobre modelo [do serviço], que é o mesmo há 30 anos</i> " (GO)		
" <i>Estou agradado com a criatividade [da estratégia]</i> " (GI)	Mudança e inovação organizacional	

Códigos <i>in vivo</i> (de primeira ordem)	Construtos (códigos de segunda ordem)	Dimensões (agregadoras)
"Há um interesse profundo em pôr isto a funcionar" (GO)	Orgulho institucional	
"Vamos experimentar" (GI)		
"É preciso questionar circuitos estabelecidos há anos" (GO)		
"Temos uma marca" (GI)		
"Seremos os primeiros [e termos] comunicação de feitos" (GI)		
"O plano de ação reflete o que pode ser a área, inovador e diferente e [foi feito] de alma e coração" (GI)		
"Temos o problema de estarmos a tratar certas patologias que tiram lugar ao que deve ser feito ali" (GO)		
"Há pontos de diferenciação, que são apelativos aos colegas mais novos" (GI)		
"Somos os únicos a fazer isto" (GO)		
"Preocupa-me que se estejam a tratar mal os doentes" (GO)		
"Ainda bem que podemos tratar hoje os doentes como deve ser" (GO)	Poder tratar as pessoas	
"O importante é tratar o doente e a gestão ajuda" (GI)		
"Estamos todos em aprendizagem" (GT)	Humildade das LT	Confiança nas lideranças
"É um processo de aprendizagem conjunta" (GT)		
"Peço compreensão para o que podemos fazer" (GT)	Respeito e reconhecimento das LIO pelas LT	
"Conhecem melhor e em pormenor os indicadores chave da área" (GT)		
"Estão à mesa pessoas muito capazes" (GT)		
"O desafio [da contratualização interna] é prova de confiança" (GI)		
"Fico agradado com o reconhecimento de terem existido filhos e enteados [e] com ouvirem as pessoas" (GI)		
"Fico contente com disponibilidade de auscultação e compreensão dos médicos, que nem sempre conseguem respostas logo" (GO)		
"Há legitimidade [nas] declarações de desmotivação [da área]" (GT)		
"Seria importante a promoção de lideranças internas; se não há, preparam-se" (GI)	Investimento em lideranças internas	
"É importante o espírito de resolução em partilha com outros responsáveis" (GO)	Diálogo, proximidade e trabalho conjunto	Cooperação interna
"São ideias para depois falarmos" (GT)		
"Não é preciso sermos amigos para entendimento e trabalho em conjunto" (GI)		
"Houve o cuidado em falar com chefias das especialidades" (GO)		
"Temos de encontrar aqui uma solução" (GT)		
"Reunião da chamada contratualização, [mas tenho] disponibilidade para pensar" (GI)	Honestidade e conforto perante o erro	
"Há muita atividade não registada" (GI)		
"Há incapacidade de resposta do hospital e envio para outros hospitais" (GO)		
"Nosso tendão de aquiles" (GI)		
"[O grande problema] são as infeções" (GI)		
"Podíamos juntar-nos todos, para não estarmos todos a fazer o mesmo" (GI)	Rede de apoio interna	
"O PCG e CA têm disponibilidade para trabalharem com a área indicadores e metas" (GT)		
"As pessoas estão disponíveis para colaborar, mas precisam de apoio" (GO)		
"Finalmente, há controlo de gestão" (GI)		
"O plano de investimentos não foi valorizado, porque estão sem AH" (GI)		
"Há solidariedade global de todos" (GI)		
"É um sistema de vasos comunicantes" (GT)	Articulação e coordenação (compreender a cadeia de valor interna)	Identidade organizacional
"Há reuniões periódicas [dentro da área, respeitando] a independência técnica das especialidades" (GI)		
"As intervenções individuais têm impacto no global [da instituição]" (GT)		
"A importância de falarmos para nos entendermos, para fazermos todos melhor" (GO)		
"Há trabalho conjunto de especialidades na definição diferenciada de metas" (GI)		
"Há problemas comuns [a um outro serviço e] temos de jogar um bocadinho aqui" (GO)		
"Há necessidade de diálogo e partilha com outras áreas nalguns pontos estratégicos da área" (GT)		
"Tudo oleado, a articulação com a [outra área] está bem" (GI)		
"A gente sabe que não vai cumprir [mas, se o CA conseguir] resolver os dois constrangimentos, podem contar connosco" (GI)	Corresponsabilização entre LIO e LT	
"[Queremos] um compromisso sério" (GI)		
"Compromisso, não só da área, mas de todos nós" (GT)		

Códigos <i>in vivo</i> (de primeira ordem)	Construtos (códigos de segunda ordem)	Dimensões (agregadoras)
"Aplaudo compromisso bilateral" (GI)	Coesão interna	
"Dependemos muito da vossa colaboração e sem dúvidas de que podem contar com todos" (GT)		
"Como é que vamos fazer isto?" (GT)		
"São sugestões de metas que julgamos poder atingir [e que temos] de decidir convosco" (GT)		
"É importante a coesão interna" (GO)		
"Agradeço o envolvimento" (GI)		
"Os tarefeiros estão bem integrados nas equipas" (GI)		
"Tarefeiros são pessoas que não vestem camisola, adiam, têm outros critérios" (GI)		
"Funcionava quando os anestesistas eram parte integrante da equipa" (GI)		
"Há melhor produção nalgumas áreas, porque (...) são dedicados" (GI)	Compreender a cadeia de valor de que o hospital faz parte	
"Criação de unidade em parceria [com outro hospital]" (GI)		
"Há propostas para referenciação para os cuidados de saúde primários" (GI)		
"Peço projetos para levar às reuniões com o ACES" (GT)	Compreender a filosofia e a mecânica da estratégia	Preparação
"Era só isto?" (GI)		
"Vou fazer isto ao contrário com as especialidades: bottom up!" (GI)		
"Podemos fazer melhor e mais barato" (GI)		
"É uma questão a contratualizar internamente, ainda que não externamente" (GO)		
"Ai, eu posso também fazer isto com as especialidades?" (GI)		
"Vou fazer contratualização interna dentro da área" (GI)		
"Falarei com chefes de especialidades e [vou] fazer análise, ver o que se está a passar" (GI)	Tempo para a aprendizagem	
"[Esta estratégia é uma] novidade, mas caminharemos em passos lentos, seguros e concretos" (GI)		
"É importante tempo de amadurecimento" (GO)		
"Há [desde o início da estratégia] um novo alinhamento com lógica de flexibilidade" (GI)		
"Sinto que a contratualização interna deveria ter início agora e o ano anterior ser de observação" (GT)		

Legenda: Gestão de topo (GT), Gestão intermédia (GI), Gestão operacional (GO), Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Conselho de Administração (CA), lideranças intermédias e operacionais (LIO), lideranças de topo (LT).

A Tabela 6.6 apresenta os fatores moderadores negativos.

TABELA 6.6. FATORES MODERADORES NEGATIVOS

(continua)

Códigos <i>in vivo</i> (de primeira ordem)	Construtos (códigos de segunda ordem)	Dimensões (agregadoras)
"Projetos bonitos, mas que não terão continuidade" (GO)	Cinismo institucional	Descrédito da estratégia
"É mais uma coisa, mas vamos a isso" (GI)		
"Algumas [áreas] vão trabalhar para o vermelho, é para incumprir" (GI)		
"O que é que o CA quer com isto?" (GI)	Erro na comunicação da estratégia	
"É bem-vinda a [estratégia], mas há custos associados a maior produção" (GO)		
"Pensava que [o processo de contratualização interna] era para pedir coisas" (GI)		
"Bom, mas não foi disto que vieram cá falar" (GI)		
"Alinhamento da contratualização interna com as preocupações da contratualização externa" (CE)		
"Se isto fosse uma contratualização a sério" (GT)		
"A qualidade não é o foco principal da contratualização interna" (GI)	Inconsequência	
"Não vemos resolvidos os problemas" (GI)		
"Ano após ano nada acontece, quer se atinja ou não as metas, as carências e os recursos mantêm-se" (GI)		
"O disengagement das lideranças de topo provoca o descrédito da estratégia" (GI)	Perceção de disengagement das LT pelas LI	
Ao PCG, "isso não é assim" (GI)	Descréditos mútuos na competência técnica	Descrédito das lideranças
"Mas eu esclareço [o CA]" (GI)		
"Não falo, porque me vão dizer para me sentar e ler um livro" (GI)		
A AH, "deixe a parte clínica comigo" (GI)		
"[Existe] o problema das lideranças importadas" (GI)	Lideranças importadas	
"Fundos nunca chegaram" (GI)	Incumprimento de promessas	
"Houve especialidades que tiveram as três prioridades e outra área que não teve nada" (GI)		
"Plano de ação são lista de queixumes" (GI)	Não dar seguimento	
"Estamos fartos de pedir o tableau de board" (GI)		
"A prioridade de investimento é sempre a mesma" (GI)		
"Nunca tive resposta" (GO)		
"O envolvimento e motivação existe, caso contrário o hospital já tinha acabado, mas as pessoas estão sem dinheiro, as pessoas mudaram" (GI)	Desmotivação	Disengagement das LIO
"Se trabalho para mínimos dos mínimos, tenho dificuldade em focar as dezenas de pessoas a meu cargo" (GO)		
"Skill and will: a segunda vai num instante" (GO)		
"Há uma desmotivação crescente [com a] perda de internos com formação brilhante, que não quer regressar, porque lá opera" (GO)		
"Ninguém quer chegar a casa à meia-noite" (GO)		
"Não ficam porque há sobrecarga de trabalho" (GI)		
"Não sabemos de nada e ninguém nos pergunta nada" (GI)	Despreferência e não envolvimento	
"Peço para sermos chamados para o início da discussão e não no final" (GI)		
"Desconheço todas as especialidades [porque] não tenho acesso" (GI)		
"Não estamos envolvidas nas decisões do CA com impacto na área" (GI)		
"Há envelhecimento e desinvestimento [nesta] área" (GI)		
"O diálogo tem de ser partilhado" (GI)		
"Só somos chamados para resolver um problema ou para dizer que não" (GI)	Discurso de produção e custos	
"Se não formos úteis, digam" (GI)		
"Números representam a sustentabilidade do hospital" (GT)		
"A produção é aquilo que nos sustenta" (GT)		
"Vamos passar a olhar para os custos diretos" (GT)		
"Para podermos corrigir até ao final do ano e chegar a valores aceitáveis" (GT)		
"Há atividade desenvolvida invisível" (GI)	Trabalho importante para os profissionais	
"Todos somos equipa e todos contribuímos, mas quando se fala em consultas, fala-se em consultas médicas" (GI)		
"Tenho pena de que não se tenha aproveitado o processo para identificar indicadores clínicos" (GI)		

Códigos <i>in vivo</i> (de primeira ordem)	Construtos (códigos de segunda ordem)	Dimensões (agregadoras)
"Não vejo isso refletido no indicador de contratualização externa" (GI)	não é refletido na estratégia	
"É um indicador irritante, porque eles dão alta aos doentes" (GI)		
"Sem estratégia foi quando funcionou melhor, mas precisa de plano" (GO)	Dispersão de planeamento	
"Estou preocupado com a falta de planeamento" (GT)		
"Há desorganização que no meio disto acaba por acontecer" (GI)	Gestão de hábitos	Desperdício de gestão
"Ainda não temos valores para 2017" (GT)		
"Onde é que vou buscar os [novos] indicadores?" (GI)		
"Para já não [vamos criar novos indicadores], porque temos ainda estes" (GI)		
"Podem ir buscar [os dados] aos ficheiros clínicos" (GI)		
"Não me importo de fazer" (GO)	Não acompanhar	
"Os planos não resistem à realidade" (GO)		
"Eu é que estou à espera que ele me entregue um documento" (GT)		
"Há material que foi comprado e passou validade" (GO)	Défice de competências de gestão	
"As administrativas fazem marcação de forma errada" (GI)		
"Eu não conhecia o tableau de board" (GI)	Défice de liderança	Impreparação
"Não sabia que tinha acesso ao tableau de board" (GI)		
"Sempre disse não estar preparado para dirigir a área" (GI)		
"Isso não é assim (sobre pedido de esclarecimentos de um RE sobre os indicadores em discussão)" (GI)		
"Peço desculpa por intervir" (GI)		
"Peço autorização para comunicar internamente" (GI)	Falta de informação à navegação	
"O CA é que tem de decidir o que quer que nós façamos" (GI)		
"Não incluí o meu indicador, porque ia ter muitas conversas" (GI)		
"O desconhecimento dos documentos discutidos não permite preparação e apresentação de soluções e leva a reuniões de queixas" (GO)		
"Há desconhecimento da parte dos médicos dos protocolos existentes [com os cuidados de saúde primários]" (GO)		
"A estatística não é trabalhável" (GI)		
"Não temos a evolução da lista de espera" (GI)		
"Gosto de informação, mas não gosto de informação quando já aconteceu" (GI)		
"Nós estamos ávidos de compromisso, não só nosso" (GO)	Bilateralidade	
"[A área] podia fazer mais [no] compromisso e na resposta a doentes" (GT)		
Ao PCG e CA, "é o vosso trabalho" (GI)		
"[Ao CA], faço apelo" (GI)		
"O ónus está nas áreas" (GT)	Falta de apoio entre órgãos de suporte	
"Se era para isto não tínhamos chamado as pessoas" (GO)		
"Nunca nos enviaram nada" (GT)	Gestão de serviço	Unidades territoriais (isolamento funcional)
"A interdependência com outras áreas condiciona o cumprimento de alguns indicadores, que deixamos de poder controlar" (GI)		
"Há técnicos que operam o aparelho e que dependem de outra área" (GO)		
"As cirurgias não dependem só de nós [e] a anestesia estrangula a nossa atividade" (GI)		
"Há uma militarização das áreas" (GI)		
"Custa ouvir críticas [sobre interferência de outras áreas no sucesso da área]" (GO)		
"Há dificuldade com resposta do centro tecnológico" (GI)		
"[Projeto de articulação com cuidados de saúde primários] só na saída dos doentes" (GI)		
"Nós é que damos a cara quando cancelam cirurgias" (GI)		

Legenda: Gestão de topo (GT), Gestão intermédia (GI), Gestão operacional (GO), Administrador hospitalar (AH), Contratualizador externo (CE), Conselho de Administração (CA), lideranças intermédias (LI), lideranças intermédias e operacionais (LIO), lideranças de topo (LT), Planeamento e Controlo de Gestão (PCG), responsável de especialidade (RE).

6.5.2. Narrativa e modelo: fisiologia de intervenções baseadas no valor

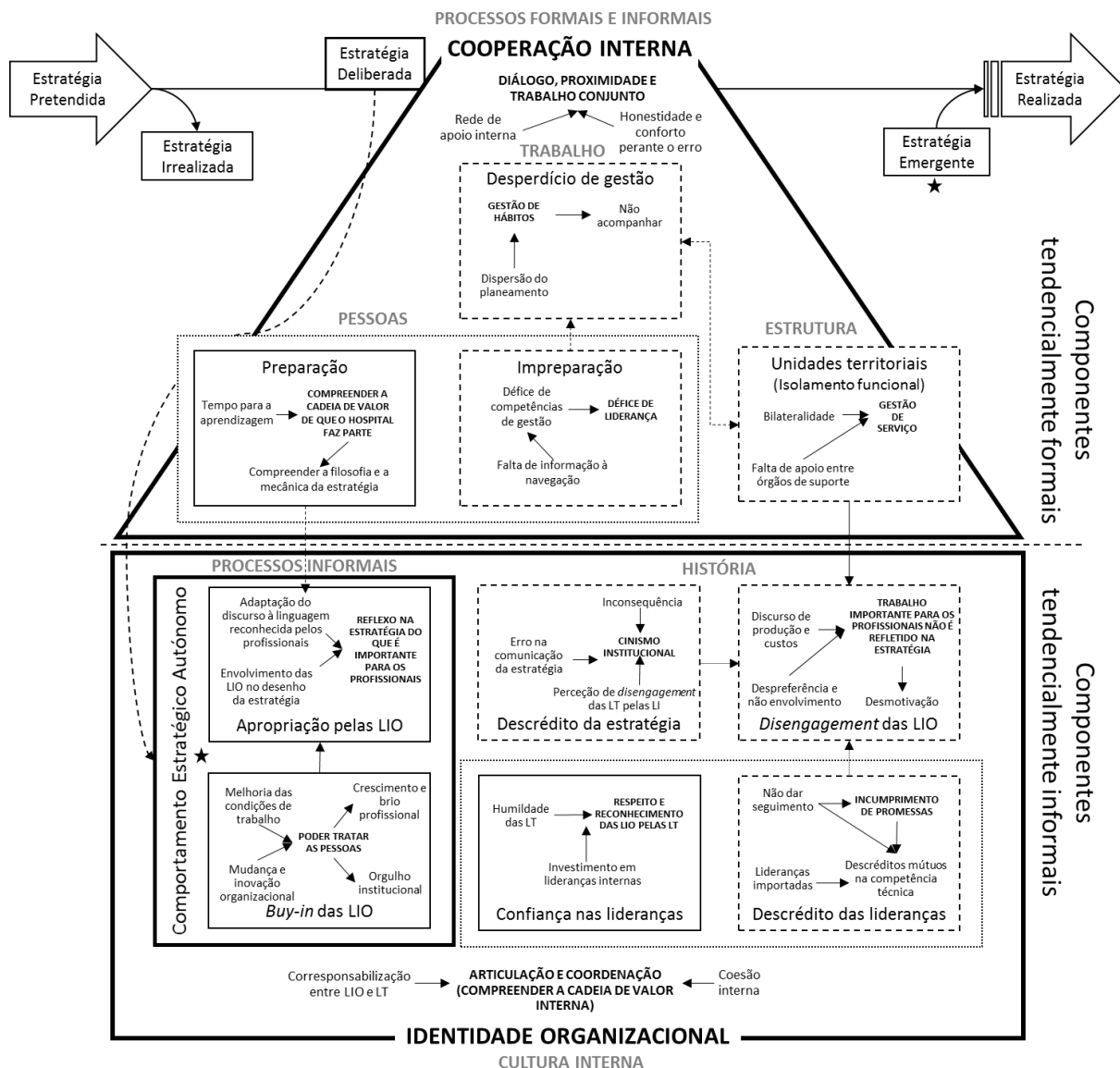
A anatomia da nossa *grounded theory* é, seguidamente, organizada de modo *fisiológico*, isto é, colocando-a em movimento e em funcionamento, montando uma dinâmica que permita analisar os fatores moderadores de uma intervenção baseada no valor. As estruturas estáticas dos dados, apresentadas *supra*, são, assim, transformadas num modelo indutivo dinâmico⁴³.

Os códigos de segunda ordem e as dimensões teoréticas, tanto enquanto fatores moderadores positivos, como fatores moderadores negativos, foram posicionados na relação que indutivamente se verificou estabelecer-se entre eles, observando ligações e chegando à construção de um modelo. Este modelo, que se designou Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses, foi elaborado sob a inspiração dos modelos organizacionais formais a que os dados nos conduziram¹²⁵, nomeadamente:

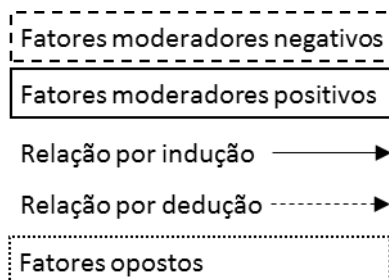
1. Tipos de estratégias, de Mintzberg⁴⁵
2. Comportamento estratégico autónomo, de Mirabeau e Maguire⁴⁶
3. Icebergue organizacional, de Selfridge e Sokolik⁴⁴
4. Modelo de congruência, de Nadler e Tushman²⁹

A Figura 6.3 ilustra o modelo conceitual, isto é, a fisiologia da nossa *grounded theory*.

FIGURA 6.3. ANATOMIA DE INTERVENÇÕES BASEADAS NO VALOR EM HOSPITAIS PORTUGUESES



Legenda:



Descreve-se, seguidamente, os elementos constantes da Figura 6.4, *supra*.

Encontram-se, na Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses, componentes tendencialmente informais e componentes tendencialmente formais. Esta distinção entre o que é formal e o que é informal, inspirada em Selfridge e Sokolik⁴⁴ e em Nadler e Tushman^{29,42}, é, assim, artificial, servindo para destacar a relevância dos aspetos informais da organização e a influência que podem ter os dois tipos de componentes numa organização que pretenda *aumentar a congruência* no sentido de melhorar o valor, tal como decorreu desta *grounded theory*. Estas duas componentes formam, deste modo, um icebergue organizacional⁴⁴, tendo na sua cúpula a cooperação interna – que pode traduzir-se em processos formais e informais – e na base, nas fundações da organização, a identidade organizacional – respeitando à cultura interna.

Tanto na zona (tendencialmente) formal, como na zona (tendencialmente) informal, observam-se fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos, que, em contexto de estratégia deliberada, fomentam por um lado e travam por outro a transformação da estratégia pretendida – a intervenção baseada no valor – em estratégia realizada⁴⁵.

No âmbito das componentes tendencialmente informais, deteta-se a relevância do designado por Mirabeau e Maguire⁴⁶ de comportamento estratégico autónomo, que alimenta a estratégia emergente⁴⁵, que, por sua vez, converge, ou conflui na (mesma) estratégia realizada, por oposição à que é perdida, ou irrealizada. O que se propõe acrescentar neste modelo, por emergir dos dados no desenvolvimento desta *grounded theory*, é que parte da estratégia deliberada pode promover conscientemente (deliberadamente) o aparecimento de comportamentos estratégicos autónomos (tendencialmente informais). Se tal for conduzido de modo estratégico, a intervenção baseada no valor consegue gerar comportamentos autónomos nos grupos de profissionais que permitem à organização cumprir a sua estratégia e alcançar os seus objetivos globais. Para ilustrar este fenómeno, apresenta-se uma das expressões utilizadas por um dos informantes: “*sem estratégia foi quando funcionou melhor, mas precisa de plano*”.

Existem, na Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses, dois códigos teóricos que ajudam na compreensão de como este comportamento estratégico autónomo pode emergir. Um deles é o *buy-in* das lideranças intermédias e operacionais (LIO), fator moderador positivo. No âmago deste fenómeno de *buy-in* está poder tratar as pessoas (“*o importante é tratar o doente e a gestão ajuda*”), motivo

também pelo qual os profissionais se sentem mobilizados pela melhoria das condições de trabalho (*“não há falta de vontade, mas falta de sítios”*) e pela mudança e inovação organizacional (*“estou agradado com a criatividade [da estratégia]”*). Poder tratar as pessoas permite-lhes, por sua vez, o crescimento e brio profissional (*“a possibilidade de crescer no hospital é apelativo, para além dos aspetos financeiros”*) e promove neles orgulho institucional (*“temos uma marca”*), que valorizam na implementação da estratégia.

Realizado este *buy-in*, observa-se um fenómeno de apropriação pelas LIO da estratégia (também fator moderador positivo) – igualmente enquadrado no comportamento estratégico autónomo –, isto é, os profissionais assumem-na como sua, sendo que, para isso, é vital o reflexo na estratégia do que é importante para os profissionais (*“eu posso pôr aqui os meus indicadores?”*). Esta apropriação pode ser conseguida com a adaptação do discurso à linguagem que é por eles reconhecida (*“lidamos com pessoas, não números”*), bem como com o seu envolvimento no desenho da estratégia (*“uma coisa engraçada que se podia fazer [e] que era curioso analisar”*).

Ainda no campo da dimensão (tendencialmente) informal, existem fatores moderadores negativos, como o fenómeno do *disengagement* das LIO, observado principalmente quando o trabalho que é importante para os profissionais não é refletido na estratégia (*“é um indicador irritante, porque eles dão alta aos doentes”*), o que pode estar, por um lado, a ser fomentado por um discurso centrado na produção e nos custos (*“números representam a sustentabilidade do hospital”*) e, por outro, pelo sentimento de despreferência e não envolvimento (*“não sabemos de nada e ninguém nos pergunta nada”*). Estes fatores podem, por sua vez, gerar desmotivação (*“skill and will: a segunda vai num instante”*).

O modelo a que se chegou indica que contribuem para este *disengagement* das LIO dois outros fatores moderadores negativos, sendo um deles o descrédito da estratégia. Este é criado principalmente pelo cinismo institucional (*“projetos bonitos, mas que não terão continuidade”*), que, por sua vez, é alimentado por erros na comunicação da própria estratégia (*“é bem-vinda [a estratégia], mas há custos associados a maior produção”*), pela inconsequência (*“ano após ano nada acontece, quer se atinja ou não as metas, as carências e os recursos mantêm-se”*) e pela perceção de *disengagement* das próprias lideranças de topo (LT) pelas lideranças intermédias (LI) (*“o disengagement das lideranças de topo provoca o descrédito da estratégia”*). O segundo fator que contribui, segundo esta *grounded theory*, para o mencionado *disengagement* das LIO é o descrédito das lideranças, que acontece por via do incumprimento de promessas (*“fundos nunca chegaram”*), por não ser dado seguimento a pedidos apresentados pelos

profissionais (“*nunca tive resposta*”), bem como pela existência de lideranças designadas *importadas* (“[existe] o problema das lideranças importadas”). Estes fatores reforçam, por seu turno, descréditos mútuos na competência técnica (“*não falo, porque me vão dizer para me sentar e ler um livro*”).

Em relação de equilíbrio com o descrédito das lideranças, encontra-se a confiança nas lideranças, agora como fator moderador positivo, sendo muito importante, para a verificação desse fenómeno, o sentimento de respeito e reconhecimento das LIO por parte das LT (“*fico agradado com o reconhecimento de terem existido filhos e enteados [e] com ouvirem as pessoas*”), que será reforçado pela postura humilde das LT (“*estamos todos em aprendizagem*”) e pelo investimento em lideranças internas (“*seria importante a promoção de lideranças internas; se não há, preparam-se*”).

Encontra-se como explicação para a globalidade dos fenómenos observados na componente tendencialmente informal a identidade organizacional, que é, por sua vez, centrada na articulação e coordenação, isto é, na compreensão da cadeia de valor interna (“*há problemas comuns [a um outro serviço e] temos de jogar um bocadinho aqui*”). Para isso, será determinante a responsabilização entre as LIO e as LT (“*compromisso, não só da área, mas de todos nós*”) e a coesão interna (“*funcionava quando os anestesistas eram parte integrante da equipa*”). A identidade já havia sido identificada como código teórico por Glaser*, em 1978, fazendo parte da família de *identity-self*¹²⁹, encontrada na nossa *grounded theory* com uma modificação, que procura explicitar o conceito na sua dimensão organizacional.

Nas componentes tendencialmente formais, encontram-se, como fator moderador negativo, as unidades territoriais – código teórico já enunciado antes por Glaser†, em 1978¹²⁹ –, centradas numa gestão de serviço (“*há uma militarização das áreas*”), que é fomentada pelo sentimento de bilateralidade perante as LT (“*nós estamos ávidos de compromisso, não só nosso*”), bem como pela falta de apoio entre os órgãos de suporte da própria organização (“*nunca nos enviaram nada*”). As áreas tendem, assim, a trabalhar separadamente tanto em relação às restantes áreas, como em relação à gestão de topo, observando-se o que se designou de *isolamento funcional*. A existência destas unidades territoriais, no campo (tendencialmente) formal, pode estar relacionada com um dos fatores moderadores negativos no campo (tendencialmente) informal, nomeadamente, o *disengagement* das LIO da estratégia, dado que esta requer uma lógica de cadeia entre os diversos elos da organização.

* Glaser B.G. Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978 apud¹²⁹

†† Glaser B.G. Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978 apud¹²⁹

As unidades territoriais surgem na nossa *grounded theory*, em parte, do lado de fora da organização, pois estabelecem, frequentemente, relações com o exterior, pela necessidade de coordenação e articulação com profissionais de outras instituições, deste modo, acompanhando a cadeia de valor.

Identificou-se um outro fator moderador negativo, na vertente tendencialmente formal, que se codificou como desperdício de gestão e que explica uma gestão de hábitos (*“para já, não [vamos criar novos indicadores], porque temos estes ainda”*), promovida, por um lado, por uma certa dispersão de planeamento (*“há desorganização que no meio disto acaba por acontecer”*) e que provoca, por outro, o não acompanhamento das atividades de melhoria tendentes à mudança (*“os planos não resistem à realidade”*). Sugere-se, por dedução, isto é, pela experiência, leituras e sensibilidade, que exista uma ligação entre o fenómeno das unidades territoriais com o fenómeno do desperdício de gestão.

Finalmente, observou-se um fator moderador negativo e um fator moderador positivo, ainda na dimensão tendencialmente formal, intrinsecamente relacionados, designadamente, a impreparação e a preparação dos profissionais. A impreparação explica o défice de liderança que pôde ser observado (*“não incluí o meu indicador, porque ia ter muitas conversas”*), reforçado pelo défice de competências de gestão (*“não sabia que tinha acesso ao tableau de board”*), para o que também contribui a falta de informação à navegação (*“gosto de informação, mas não gosto de informação quando já aconteceu”*). A preparação, por seu turno, explica que os profissionais compreendam a cadeia de valor de que o hospital faz parte (*“criação de unidade em parceria [com outro hospital]”*), para o que é necessário tempo para a aprendizagem (*“[esta estratégia] é uma novidade, mas caminharemos em passos lentos, seguros e concretos”*). A compreensão dos profissionais da cadeia de valor de que fazem parte fará com que possam igualmente compreender a filosofia e a mecânica da estratégia baseada no valor (*“ai, eu também posso fazer isto com as especialidades?”*). A preparação encontra-se parcialmente do lado de fora da organização, ilustrando o facto de poder não estar sob inteiro alcance da organização, pois relacionar-se-á também com a formação dos profissionais. Por dedução, admite-se que possa existir uma ligação entre a preparação dos profissionais (na componente tendencialmente formal) e a emergência de comportamento estratégico autónomo (na componente tendencialmente informal), descrito *supra*.

Encontrou-se, como explicador para o conjunto de fenómenos observados na componente tendencialmente formal, a cooperação interna, que demonstra a importância do diálogo, proximidade e trabalho conjunto (“*é importante o espírito de resolução em partilha com outros responsáveis*”), impulsionados pela existência de uma rede de apoio interna (“*as pessoas estão disponíveis para colaborar, mas precisam de apoio*”) e pela honestidade e conforto perante o erro (“*nosso tendão de aquiles*”). Cooperação era já um código teórico explicitado por Glaser*, em 1978, fazendo parte da família *consensus*¹²⁹, encontrada também aqui com uma modificação, procurando explicitar o conceito na vertente interna da organização.

Como mencionado anteriormente, as dimensões teóricas que agregaram os temas identificados na nossa *grounded theory* foram enquadradas no modelo de congruência²⁹. Assinala-se, assim, que, neste modelo, parece dever existir congruência entre: (1) a história (*input*), que pode ser facilitadora (confiança nas lideranças) ou barreira (descrédito das lideranças, descrédito da estratégia, *disengagement* das LIO); (2) os processos informais, que podem ser facilitadores (*buy-in* das LIO e apropriação das LIO, ambos configurando comportamentos estratégicos autónomos); (3) a estrutura, que pode constituir-se como barreira (unidades territoriais – isolamento funcional); (4) as pessoas, que podem constituir-se como facilitador (preparação) ou barreira (impreparação); (5) o trabalho, que pode ser barreira (desperdício de gestão); (6) a cultura interna, que pode ser facilitadora (identidade organizacional); e (7) os processos formais e informais, que podem constituir-se como facilitadores (cooperação interna).

A história, os processos informais e a cultura interna situam-se na base do icebergue, nas fundações da organização. O trabalho, as pessoas, a estrutura, os processos formais e outros processos informais situam-se acima dessa base, suportados nela.

Noutra perspetiva, acresce a verificação de tensões entre os fatores moderadores positivos e os fatores moderadores negativos, incluindo entre componentes tendencialmente informais e componentes tendencialmente formais, inscritos nas Tabelas 6.7 e 6.8., *infra*.

* Glaser B.G. Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1978 apud¹²⁹

TABELA 6.7. TENSÕES ENTRE FATORES MODERADORES POSITIVOS E FATORES MODERADORES NEGATIVOS

(continua)

Componente	Dimensão	Tensões		Dimensão	Componente	
		FATORES MODERADORES POSITIVOS	FATORES MODERADORES NEGATIVOS			
Informal	Apropriação pelas LIO	Adaptação do discurso à linguagem reconhecida pelos profissionais	Discurso de produção e custos	Disengagement das LIO	Informal	
		Envolvimento das LIO no desenho da estratégia	Trabalho importante para os profissionais não é refletido na estratégia			Desperdício de gestão
			Dispersão de planejamento	Descrédito das lideranças	Informal	
			Incumprimento de promessas			Impreparação
			Não dar seguimento	Descrédito da estratégia	Informal	
			Falta de informação à navegação			Informal
			Perceção de <i>disengagement</i> das LT pelas LI	Informal		
		Reflexo na estratégia do que é importante para os profissionais	Informal			
Compreender a filosofia e a mecânica da estratégia	Informal					
Formal		Preparação	Informal			
Informal	Buy-in das LIO	Poder tratar as pessoas		Inconsequência	Descrédito das lideranças	Informal
		Orgulho institucional	Cinismo institucional			
			Descréditos mútuos na competência técnica			
			Desmotivação			
		Crescimento e brio profissional	Gestão de hábitos	Desperdício de gestão	Formal	
		Melhoria das condições de trabalho				
		Mudança e inovação organizacional				
		Confiança nas lideranças	Respeito e reconhecimento das LIO pelas LT	Não acompanhar	Disengagement das LIO	Informal
				Despreferência e não envolvimento		
			Investimento em lideranças internas	Lideranças importadas	Descrédito das lideranças	
Humildade das LT	Défice de liderança		Impreparação	Formal		
Formal	Cooperação interna	Rede de apoio interna	Falta de apoio entre órgãos de suporte		Unidades territoriais (isolamento funcional)	
		Diálogo, proximidade e trabalho conjunto	Bilateralidade			
		Honestidade e conforto perante o erro				
Informal		Corresponsabilização entre LIO e LT				
		Coesão interna				

	<i>Identidade organizacional</i>	Articulação e coordenação (compreender a cadeia de valor interna)	Gestão de serviço		
<i>Formal</i>	<i>Preparação</i>	Compreender a cadeia de valor de que o hospital faz parte	Défice de competências de gestão	<i>Impreparação</i>	
		Tempo para a aprendizagem			

Legenda: lideranças intermédias (LI), lideranças intermédias e operacionais (LIO), lideranças de topo (LT).

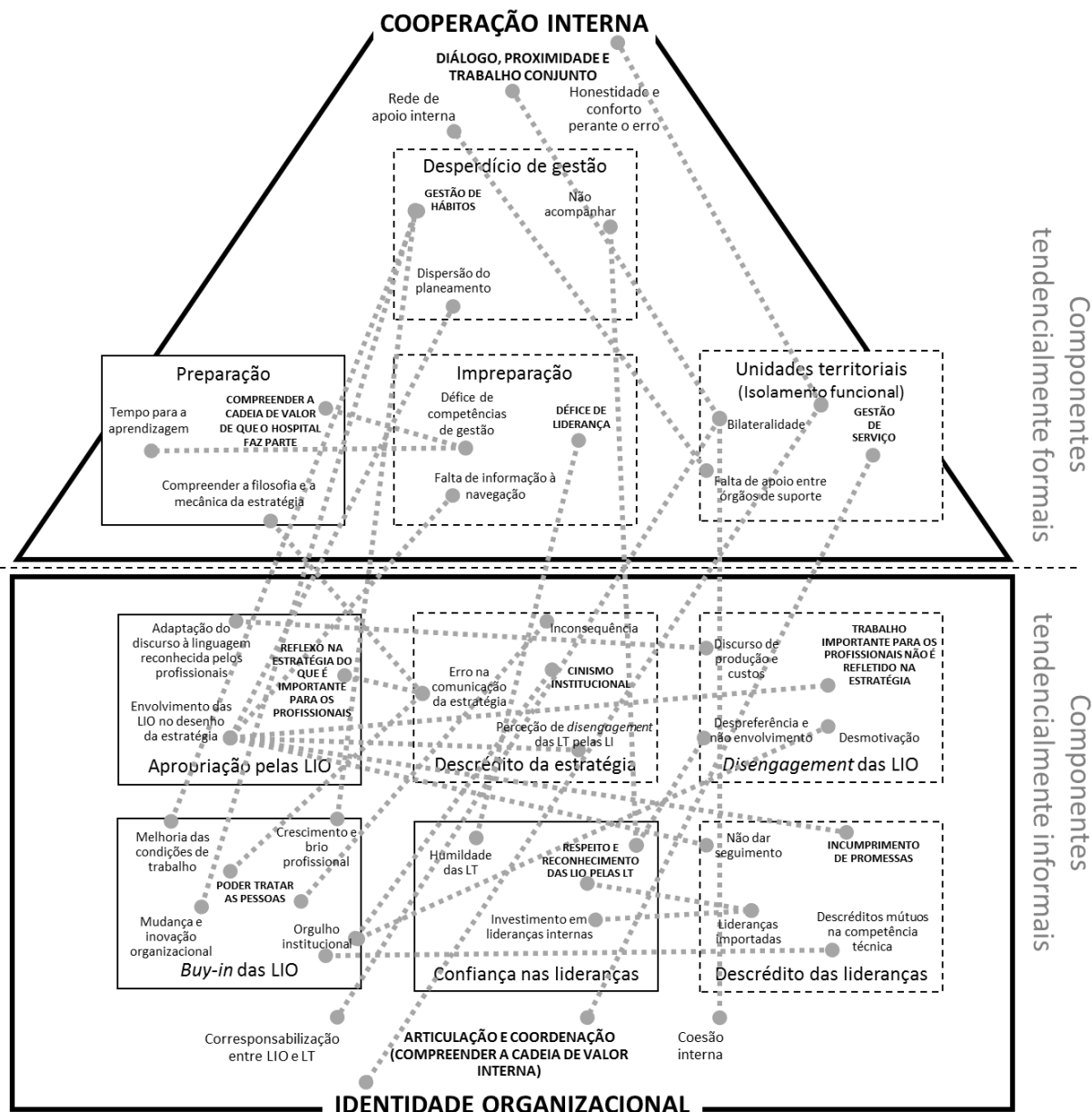
A Tabela 6.8 ilustra as tensões também existentes entre as categorias *core* da nossa *grounded theory* e uma categoria substantiva.

TABELA 6.8. TENSÕES ENTRE FATORES MODERADORES POSITIVOS E FATORES MODERADORES NEGATIVOS – DIMENSÕES

Componente	Dimensão	Tensões		Dimensão	Componente
		FATORES MODERADORES POSITIVOS	FATORES MODERADORES NEGATIVOS		
<i>Formal</i>		Cooperação interna	Unidades territoriais (isolamento funcional)		<i>Formal</i>
<i>Informal</i>	<i>Identidade organizacional</i>				

Estas tensões encontram-se ilustradas na Figura 6.4, *infra*, e são descritas seguidamente.

FIGURA 6.4. ILUSTRAÇÃO DE TENSÕES ENTRE FATORES MODERADORES POSITIVOS E FATORES MODERADORES NEGATIVOS



A adaptação do discurso à linguagem reconhecida pelos profissionais, enquanto fator moderador positivo, está em tensão com o discurso de produção e custos, fator moderador negativo, ambos componentes tendencialmente informais. O envolvimento das LIO no desenho da estratégia está em tensão com o facto de não estar refletido na estratégia o trabalho que é importante para os profissionais, com o incumprimento de promessas, com a falta de seguimento e com a perceção de *disengagement* das LT pelas LI, todas componentes informais. Mas está também em tensão com a falta de informação à navegação e com a dispersão do planeamento, estas formais. O reflexo na estratégia do que é importante para os profissionais – centrado em poder tratar as

peças – , fatores informais, e compreender a filosofia e a mecânica da estratégia, este formal, estão em tensão com o erro na comunicação da estratégia, tendencialmente informal. Poder tratar as pessoas está, ainda, em tensão com a inconsequência, ambas componentes informais. O orgulho institucional está em tensão com o cinismo institucional, com os descréditos mútuos na competência técnica e com a desmotivação, todas informais. O crescimento e brio profissional, a melhoria das condições de trabalho e a mudança e inovação organizacional, todas componentes tendencialmente informais, porque respeitantes ao *buy-in* das LIO, encontram-se em tensão com a gestão de hábitos, tendencialmente formal. O respeito e reconhecimento das LIO pelas LT está em tensão com a falta de acompanhamento, com a despreferência e não envolvimento e com as lideranças importadas, todas tendencialmente informais. O investimento em lideranças internas (respeitante a um fator informal: a confiança nas lideranças) está em tensão com as lideranças importadas. A humildade das LT, tendencialmente informal, está em tensão com o défice de liderança, tendencialmente formal, porque é respeitante à impreparação. A rede de apoio interna está em tensão com a falta de apoio entre os próprios órgãos de suporte, ambas tendencialmente formais. O diálogo, proximidade e trabalho conjunto, a honestidade e conforto perante o erro, a corresponsabilização entre LIO e LT e a coesão interna, estas tendencialmente informais, estão em tensão com a bilateralidade, tendencialmente formal. A articulação e coordenação (e a compreensão da cadeia de valor interna) está em tensão com a gestão de serviço, sendo a primeira informal e a segunda formal. Compreender a cadeia de valor de que o hospital faz parte e o tempo para a aprendizagem estão em tensão com o défice de competências de gestão, todas componentes tendencialmente formais.

Finalmente, observa-se uma tensão entre a dimensão das unidades territoriais (tendencialmente formal) e a identidade organizacional (tendencialmente informal) e a cooperação interna (tendencialmente formal).

6.5.3. Plausibilidade do modelo

Ainda que não seja propósito, no âmbito da abordagem da *Grounded Theory*, *testar* a teoria, é importante perceber se a interpretação abstrata que se fez sobre os dados, no momento da integração, se lhes ajusta, ou se, ao invés, foi omitido algo importante do esquema teórico¹³². Deve observar-se, contudo, que não se trata de uma abordagem exaustiva.

Uma das formas de proceder a uma validação de uma *grounded theory* é, assim, *contar a história* aos informantes, ou pedir-lhes que a leiam e comentem sobre se se ajusta e se se reconhecem nela em sentido amplo, pois não se ajustará, em todos os aspetos,

ao que experienciaram, dado que se procedeu a redução¹²⁵. Pretende-se saber se é, no fundo, uma explicação razoável do que aconteceu¹³² no decurso da implementação de uma intervenção baseada no valor, designadamente, a contratualização interna.

Assim se procedeu, tendo apresentado a narrativa do modelo a que se chegou a alguns dos informantes (n=6), nomeadamente: um diretor de área (médico), dois enfermeiros coordenadores de área, dois administradores hospitalares de área e um gestor. A apresentação da narrativa foi precedida da explicação oral do que se pretendia com o exercício, seguindo-se o seu envio por correio eletrónico e da questão: *“indique, de 1 a 7, o grau da sua concordância, na globalidade, perante os fenómenos descritos, sendo 1 totalmente discordante e 7 totalmente concordante”*. O inquérito enviado encontra-se em anexo (Anexo 6). Na maioria dos casos (n=4), e sempre que os informantes se disponibilizaram para isso, foi conduzida, após a leitura da narrativa, uma entrevista aberta para melhor compreender a opinião dos informantes. Três informantes atribuíram uma pontuação à narrativa (3; 6; 6) e três outros optaram por responder descritiva e oralmente ao inquérito sem atribuir pontuação.

Cinco dos indivíduos concordaram, de modo genérico, com o modelo apresentado e declararam ter conseguido rever-se no processo enquanto narrativa, tendo assinalado o seu poder explicativo, ao permitir clarificar e explicitar múltiplos aspetos da dinâmica dos processos em que participaram: *“está tudo lá”, “difícilmente alguém discordará do que está escrito”, “revejo-me nas suas considerações; parabéns por retratar tão bem e conseguir passar para o papel o sentimento dos profissionais no processo de CI [contratualização interna]”*. Na sequência de algumas observações dos informantes, foi completado o modelo¹³².

Um dos indivíduos (administrador hospitalar) pontuou a narrativa em “3” (de 1 a 7). Revelou, contudo, dificuldade em compreender os aspetos descritos. Em entrevista aberta, o mesmo informante apresentou um entendimento diferente do que deve ser a contratualização interna (divergente do modelo de valor), para além de a associar primordialmente à sua vertente formal. A descrição que fez do que experienciou da implementação da contratualização interna veio, assim, confirmar alguns dos fenómenos observados: a falta de compreensão da cadeia de valor de que o hospital faz parte, a bilateralidade e a gestão de serviço – unidades territoriais –, considerando, por exemplo, a cooperação interna apenas no âmbito da área (*“fazemos reuniões periódicas entre nós há muito tempo”, “vamos fazendo monitorização”*); a falta de compreensão da filosofia e da mecânica da contratualização interna, o erro na comunicação da estratégia, a utilização de discurso centrado em produção e a gestão de hábitos, afirmando que *“já se faz contratualização há quinze anos”, “todos sabem*

fazer”, “*não é nada de novo*”, “*vai mudando um ou outro indicador, mas é sempre a mesma coisa*” e que “*a qualidade não é o foco principal da contratualização interna; é a quantidade*”. Confirmou, contudo, que o que importa aos profissionais é a atividade assistencial (poder tratar as pessoas), bem como o brio profissional: “*toda a gente quer ficar bem nos indicadores*”, “*o básico tem de ser bem feito primeiro, e que é tratar os doentes*”.

Um risco da observação participante é o de poder ficar demasiado perto e adotar a perspetiva do informante, podendo o investigador perder a perspetiva que se eleva sobre os dados e que é necessária à teorização⁴³. Procurou-se, com a validação da narrativa e do modelo, assegurar, assim, que os resultados fossem fiéis à realidade observada.

6.6. Discussão e Conclusões

O Estudo 2 prosseguiu como objetivo principal analisar fatores moderadores na implementação da contratualização interna orientada pelo valor num centro hospitalar (objetivo 2) e, como objetivo secundário, construir um modelo concetual de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses (objetivo 2.A). Para alcançar estes objetivos, desenvolveu-se uma *Grounded Theory*, com recurso à estrutura de dados desenvolvida por Gioia e colaboradores⁴³. O modelo daí resultante baseou-se no modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹ e, ainda, no icebergue organizacional, de Selfridge e Sokolik⁴⁴, nos tipos de estratégias, de Mintzberg⁴⁵, e no comportamento estratégico autónomo, de Mirabeau e Maguire⁴⁶. Designou-se este modelo de Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses.

A contratualização interna orientada pelo valor desenvolveu-se no CHU, entre 2016 e 2017, com as suas dez áreas clínicas: anestesiologia e blocos operatórios; cirurgia; coração, vasos e tórax; especialidades cirúrgicas; hemato-oncologia; medicina; mulher, criança e adolescente; músculo-esquelética; neurociências; e urgência geral polivalente e cuidados intensivos.

Os 15 princípios que nortearam a contratualização interna orientada pelo valor no CHU foram: contratualização em cascata; indicadores diversificados; percursos clínicos (*pathways*); coliderança e corresponsabilização; autonomia e responsabilização; identidade; envolvimento; simplicidade; priorização e investimento; partilha de risco; colaboração e compromisso; experimentação e aprendizagem; proximidade e cooperação; avaliação de desempenho das unidades; e transparência.

Como ferramentas da contratualização interna orientada pelo valor, utilizaram-se o modelo matricial, indicadores-chave de desempenho e uma versão modificada do BSC, designada *Balanced Scorecard* (Matricial) de Cinco Perspetivas, que incorporou as duas primeiras ferramentas. As cinco perspetivas designaram-se de capacidade organizacional (conhecimento e inovação), processos internos (eficiência e cadeia de valor), utentes/*stakeholders* (acesso e satisfação), desempenho económico e financeiro (sustentabilidade e comportabilidade) e relacionamento interinstitucional (cooperação e articulação). Os KPI, entre três a sete por área, escolhiam-se com base nas prioridades assistenciais e nos esforços desenvolvidos por cada área para a melhoria dos cuidados prestados.

A contratualização interna orientada pelo valor decorreu no CHU em 12 etapas: (1) preparação para a contratualização (planos de ação); (2) definição da visão e estratégia do CA; (3) apresentação da contratualização interna às áreas; (4) negociação com as áreas antes da assinatura do contrato-programa; (5) assinatura do contrato-programa; (6) preparação para a negociação com as áreas após a assinatura do contrato-programa; (7) negociação com as áreas após a assinatura do contrato-programa; (8) análise de contrapropostas; (9) assinatura das cartas de compromisso; (10) preparação para o acompanhamento de proximidade; (11) reuniões de proximidade e (12) reuniões de fim de ciclo.

Ao longo da implementação da contratualização interna orientada pelo valor, registaram-se 99 reuniões e encontros informais. Destas reuniões e encontros, 30 foram de negociação e proximidade entre a EIP e as áreas e administradores hospitalares, 27 de preparação e desenvolvimento da contratualização interna, 27 entre o CA e as áreas ou administradores hospitalares sobre e para a contratualização interna, 7 com *stakeholders* internos, 5 sobre sistemas de informação de apoio à contratualização interna e 3 com *stakeholders* externos.

A anatomia da *grounded theory* compôs-se, após saturação teórica, de 110 códigos *in vivo* de primeira ordem, respeitantes a fatores moderadores positivos, e 87 respeitantes a fatores moderadores negativos. Realizou-se, seguidamente, um exercício analítico de concetualização e interpretação teórica sobre estes códigos, resultando 20 e 21 temas ou códigos de segunda ordem, referentes a fatores moderadores positivos e negativos, respetivamente. Em terceiro lugar, agregaram-se os códigos de segunda ordem em dimensões teóricas, daí decorrendo 6 dimensões, tanto relativas a fatores moderadores positivos como negativos.

De seguida, organizou-se a anatomia da *grounded theory* de modo fisiológico, ou seja, em movimento e funcionamento, de modo a analisar-se os fatores moderadores de uma intervenção baseada no valor em hospitais. Transformaram-se as estruturas estáticas dos dados num modelo indutivo dinâmico⁴³, chegando-se a um modelo elaborado sob a inspiração dos modelos organizacionais formais a que os dados nos conduziram¹²⁵, nomeadamente: tipos de estratégias, de Mintzberg⁴⁵; comportamento estratégico autónomo, de Mirabeau e Maguire⁴⁶; icebergue organizacional, de Selfridge e Sokolik⁴⁴; e modelo de congruência, de Nadler e Tushman²⁹.

Perguntamo-nos, então, sobre o que *acontece* na implementação de uma intervenção, ou abordagem baseada no valor, em contexto hospitalar. Em resultado deste estudo, desenvolveu-se, assim, a Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses, generalizável para intervenções baseadas no valor em hospitais em Portugal, cumprindo, deste modo, uma das características de uma *boa grounded theory*. Considera-se, pois, que o caso estudado gerou conceitos e princípios com relevância evidente noutros campos, assumindo-se, por isso, a transferibilidade dos conceitos emergentes⁴³ desta *grounded theory*.

Encontram-se, na Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses, componentes tendencialmente informais e componentes tendencialmente formais, ainda que não se consiga ou seja sequer necessário estabelecer uma fronteira precisa entre o que é informal e o que é formal. Tanto na zona (tendencialmente) formal, como na zona (tendencialmente) informal, observam-se fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos, que, em contexto de estratégia deliberada, fomentam por um lado e travam por outro a transformação da estratégia pretendida – a intervenção baseada no valor – em estratégia realizada⁴⁵.

Verificam-se como componentes (tendencialmente) informais e fatores moderadores positivos: o *buy-in* das LIO, a apropriação pelas LIO (ambas referentes a processos informais) e a confiança nas lideranças (referente à história). Verificam-se como componentes (tendencialmente) informais e fatores moderadores negativos: o descrédito da estratégia, o descrédito das lideranças e o *disengagement* das LIO (todas respeitantes à história). Verificam-se como componentes (tendencialmente) formais e fatores moderadores negativos: a impreparação (referente às pessoas), as unidades territoriais e seu isolamento funcional (referente à estrutura) e o desperdício de gestão (referente ao trabalho). Verifica-se como componente (tendencialmente) formal e fator moderador positivo: a preparação (também referente às pessoas). Observa-se, ainda, a relevância, no cume e na base do icebergue, respetivamente, da cooperação interna (respeitante aos processos formais e informais) e da identidade organizacional

(respeitante à cultura interna), suportando esta última a organização. Deste modo, importam não só os subsistemas da organização, como também o *input* referente à história e a cultura interna.

No âmbito das componentes tendencialmente informais, deteta-se a relevância do comportamento estratégico autónomo⁴⁶, que alimenta a estratégia emergente⁴⁵, que, por sua vez, conflui na estratégia realizada. Parte da estratégia deliberada (a intervenção baseada no valor) pode, assim, promover o aparecimento desses comportamentos autónomos nos grupos de profissionais, cumprindo os objetivos globais da organização.

Dois códigos teóricos ajudam na compreensão de como o comportamento estratégico autónomo pode emergir. Um deles é o *buy-in* das LIO, também relevante para Campbell⁹⁶, motivado por poder tratar as pessoas, permitindo, desse modo (e sustentado na melhoria das condições de trabalho e na mudança e inovação organizacional), o crescimento e brio profissional e o orgulho institucional. Neste aspeto, também Swensen e colegas² apontam a reputação como um dos quatro interesses fundamentais das organizações prestadoras de cuidados de saúde, a par das necessidades dos doentes, da sustentabilidade das boas práticas e do *espírito de corpo*, entendido como inspirar entusiasmo e dedicação. Nesta linha, e como anteriormente referido, Ham e coautores⁹⁹ consideram que os profissionais deverão perceber que também beneficiarão da intervenção. O enfoque em poder tratar as pessoas, decorrente do nosso modelo, está também alinhado com Simões⁸⁰, ao afirmar que o objetivo central de um hospital é tratar bem os seus doentes. Somente em segundo lugar, importará encontrar *standards*, que tanto podem ser normativos como construídos com base em determinados critérios⁸⁰. Esse enfoque relaciona-se com a ideia da centralidade do doente, também explicitada por Porter e Teisberg⁸, e com a preferência dos profissionais para discutirem valor em saúde, dado estar associado a valor para o doente, questão tratada por Nilsson e colaboradores⁴⁷. Deste modo, não deixam de ser atendidos os custos da prestação, mas estes passam a estar enquadrados numa reflexão em que as duas componentes nunca se dissociam: ganhos em saúde e custos. Como Landman²⁰ nota, nenhuma das duas perspetivas estará, pois, completa por si. Não obstante, importa considerar o observado também por Nilsson e colegas⁴⁷, designadamente, que os profissionais, neste seu foco em poder tratar as pessoas com qualidade, o que incluirá as preferências dos doentes, nem sempre sabem o que é importante para elas.

O segundo fenómeno enquadrado em comportamento estratégico autónomo trata-se da apropriação (da estratégia) pelas LIO, que é fomentada pelo reflexo na estratégia do que é importante para os profissionais, pela adaptação do discurso à linguagem por eles

reconhecida e pelo seu envolvimento no desenho da estratégia. Este tema remete-nos para a importância da comunicação, considerada por MacNulty e Kennedy⁸, ou por Satiani e Vaccaro²³ como fator de alinhamento entre os profissionais e a organização. No que se refere ao tema do discurso, recupera-se a ideia de Landman²⁰ de que o discurso de custos deve *sentar-se no banco de trás*, uma vez que os profissionais disponibilizam-se mais para novas iniciativas (com vista à eficiência), quando o discurso está centrado na qualidade²⁰ e no valor para o doente, tal como também foi descrito por Nilsson e coautores⁴⁷. Importará, assim, identificar a linguagem comum, a que os profissionais não ofereçam resistência²⁰. Olson e Obrebsky¹² reconhecem as diferenças de perspectiva que existem, não obstante, entre prestadores e gestores, divergências que precisam, segundo Satiani e Vaccaro²⁸, de ser trabalhadas e atenuadas²⁸. A importância de um objetivo comum unificador é, contudo, ressaltada por Sowers e colaboradores¹⁶, Olson e Obrebsky¹², Porter¹⁰, ou Porter e Teisberg¹⁵, propondo estes autores que seja o aumento do valor para o doente. A percepção dessa partilha de objetivos pelos profissionais e pela organização poderá, assim, depender do discurso desta última e das suas lideranças que a espelhe.

Quanto à temática do envolvimento dos profissionais no desenho da estratégia, decorrente do nosso modelo, também Swensen e colegas² referem-na como um poderoso *driver* de produtividade. O envolvimento e compromisso das lideranças é também um ponto central no estudo de Damschroder e colaboradores¹⁸⁴. A influência do envolvimento na forma como os departamentos e serviços trabalham entre si e vão além de objetivos puramente fronteiriços, alinhada com a ideia de cadeia de valor, foi igualmente demonstrada pelo já citado estudo de Nilsson e coautores⁴⁷. Neste aspeto ainda, Shannon⁹ observa que os médicos que exercem funções de gestão têm uma especial aptidão para o envolvimento dos seus profissionais, pelo que aquela apropriação é vital na sustentabilidade de qualquer iniciativa. Este tema da apropriação está também relacionado com o princípio da liderança designado *para além do líder mágico*, descrito por Nadler e Tushman²⁹, ou seja, a necessidade de que os seguidores do primeiro líder da mudança se tornem coproprietários desse objetivo.

Observou-se também, no nosso modelo, o fenómeno de *disengagement* das LIO, que ocorre quando o trabalho que é importante para os profissionais não é refletido na estratégia, pelo discurso centrado na produção e nos custos (já mencionado *supra*) e pelo sentimento de despreferência e não envolvimento, gerando, em última instância, desmotivação. Os resultados deste estudo indicam, assim, que uma nova abordagem discursiva para obter o *engagement* das lideranças possa ser aquela que tenha como enfoque poder tratar as pessoas.

Observou-se, ainda, o fenómeno do descrédito da estratégia, também relatado no estudo de Damschroder e colegas¹⁸⁴, criado, segundo os nossos resultados, pelo cinismo institucional, por erros na comunicação da própria estratégia, pela inconsequência e pela percepção de *disengagement* das LT pelas LI. Verificou-se, igualmente, o fenómeno do descrédito das lideranças, fomentado pelo incumprimento de promessas, por não ser dado seguimento e pelas lideranças importadas, fatores que, por sua vez, provocam descréditos mútuos na competência técnica. Smith e coautores⁶¹ notam, quanto a este aspeto, como as lideranças de topo precisam de estabelecer o *tom* para o sistema. Mas, também as lideranças intermédias, segundo os mesmos autores, precisam de promover uma cultura de respeito. Observou-se, por outro lado, também o fenómeno da confiança nas lideranças, criado pela postura humilde das LT, pelo respeito e reconhecimento das LIO pelas LT, bem como pelo investimento em lideranças internas.

Os fenómenos observados na componente tendencialmente informal da Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses explicam-se pelo fenómeno da identidade organizacional, promovido pela articulação e coordenação e esta, por sua vez, pela corresponsabilização entre as LIO e as LT e pela coesão interna.

No campo das componentes tendencialmente formais, observa-se o fenómeno das unidades territoriais (isolamento funcional), criado pela gestão de serviço, pela bilateralidade e pela falta de apoio entre os órgãos de suporte da própria organização. Estes resultados conduzem-nos à reflexão sobre a revitalização dos CRI, criados numa perspetiva parcial e departamental que não envolve toda a organização³⁷, pois parece decorrer deste estudo que estas unidades e outras similares precisarão de ser capazes de alcançar o equilíbrio entre a vantagem da identidade e departamentalização funcional e a necessidade de cooperação interdepartamental e de identidade organizacional.

A questão das unidades territoriais está relacionada com a compreensão da cadeia de valor de que o hospital faz parte e, consequentemente, com a compreensão da filosofia e mecânica da estratégia, enquadrada na necessária preparação para o modelo de valor. Como pontos fortes da contratualização interna, o trabalho citado de Matos e coautores³⁷ referia já a existência de planos de formação da gestão intermédia. Mas, para que aquela preparação aconteça, é necessário, contudo, segundo o nosso modelo, tempo para a aprendizagem. A compreensão da cadeia de valor de que os profissionais fazem parte relaciona-se, por sua vez, com a importância da compreensão do processo de cuidar em si, afirmada por Donabedian⁷². Está também alinhada com o entendimento de Kenagy e coautores¹⁹, segundo o qual os profissionais precisam de saber relacionar entre si as suas equações de valor, alterando as relações bilaterais independentes para

interdependentes, ideia que está na base da interdependência e das parcerias baseadas no valor, apresentadas pelos mesmos autores. Este tema está igualmente associado ao conceito de integração, enquanto mecanismo de coordenação entre interdependências, descrito por Santana e Marques¹⁹³. Não se questiona a independência, entendida em *lato sensu*, dos serviços e departamentos, pois a especialização e a diferenciação funcional são determinantes da inovação organizacional¹⁸⁵, mas fica explicitada, no nosso estudo, a importância da coordenação, articulação e complementaridade com as restantes unidades¹⁹³. Também o estudo de Damschroder e colegas ressalta a importância de analisar, aquando da implementação de uma intervenção, como as ações independentes de grupos diferenciados, dentro de uma organização, são coordenadas entre si¹⁸⁴. Deve notar-se, contudo, que uma responsabilidade financeira limitada ao departamento pode obstar à cooperação interdepartamental e condicionar, desse modo, o aumento do valor para os doentes⁴⁷. Os incentivos precisarão, pois, de influenciar, ao invés, essa ligação²⁵.

Sobre o referido tempo para a aprendizagem, recupera-se a proposta de Bohmer²⁷, sobre os hábitos partilháveis de uma organização que aprende. Um desses hábitos consiste na autoaprendizagem, parecendo ser necessário que as organizações consigam manter o talvez difícil equilíbrio entre a prática do quotidiano e a apropriação da aprendizagem. Até porque, como considera Shannon⁹, a transição para o modelo de valor requer uma transformação importante no pensamento e na abordagem. Neste aspeto, Brennan⁵⁶ propõe que se comece pela avaliação da *baseline* e por um planeamento flexível, de modo a acomodar essa mudança, que levará o seu tempo.

Verifica-se, correspondentemente, a impreparação como fenómeno moderador negativo na transição para modelos de valor, centrada no défice de liderança. Este é, por sua vez, promovido pelo défice de competências de gestão e pela falta de informação à navegação.

Sobre a preparação estar em parte do lado de fora da organização, como ilustrado no nosso modelo, há diversos estudos sobre a criação de novos *curricula* que procuram preparar os futuros profissionais de saúde para o modelo de valor, na linha dos já citados Moriates e colegas⁴⁸, que observam o novo movimento da integração do valor em saúde e da consciência de custos na formação. Importará, assim, que a preparação das gerações médicas futuras inclua estas novas competências⁶⁰, até porque, como sugerem Smith e colaboradores⁶¹, os sistemas precisam de aprender e ensinar valor. Está também nesta linha de pensamento o trabalho realizado por Gonzalo e coautores¹⁹⁴, sobre a introdução, em 2013, do *Health Systems Science Curriculum*, no Penn State College of Medicine (PSCOM). Também Moser e colegas¹⁹⁵ descrevem a

iniciativa designada SOAP-V – *Teaching High Value Care*, uma ferramenta cognitiva a usar em *point-of-care*, dirigida aos futuros médicos, que serve de recordatória aos profissionais para considerarem, nas suas decisões, valor em saúde. Mas também o sistema de saúde pode empreender estratégias de ensino e aprendizagem, como é o caso do *learning health system* (LHS) da Geisinger, descrito por Psek e colaboradores¹⁹⁶.

Ainda na vertente formal, enquanto fator moderador negativo, observa-se o fenómeno do desperdício de gestão, centrado na gestão de hábitos. Esta, por seu turno, é fomentada pela dispersão de planeamento e provoca o não acompanhamento das atividades tendentes à mudança, isto é, à implementação de uma nova intervenção baseada no valor.

Explica os fenómenos da componente formal a cooperação interna, centrada no diálogo, também reconhecido por Campbell⁹⁶, proximidade e trabalho conjunto, na rede de apoio interna e na honestidade e conforto perante o erro. Quanto a este último aspeto, importará talvez estabelecer a diferença, junto dos profissionais, entre erro e defeito, como faz a filosofia *lean*, sendo que o primeiro é humano e inevitável e o segundo processual e prevenível.

O nosso modelo indica fatores moderadores da implementação de intervenções baseadas no valor. Na sustentação deste caminho, parecem dever estar presentes os quatro subsistemas organizacionais conhecidos – trabalho, pessoas, estrutura formal e estrutura e processos informais – e dos *inputs* a história. Não surgiram como preponderantes, nem o ambiente, nem os recursos, ainda que haja muitos estudos que referem a sua relevância. No caso da contratualização, afirmam Matos e colegas³⁷ que a contratualização interna está numa relação de interdependência com a contratualização externa, de modo a verterem-se internamente os compromissos assumidos externamente. Esta ideia está alinhada com a noção de ambiente e com a sua influência sobre a organização. Contudo, a ausência desta componente na nossa *grounded theory* sugere possivelmente que, dentro da organização, são outros os elementos mais valorizados pelos profissionais na experiência da transição para abordagens orientadas pelo valor. Ainda que a organização seja certamente influenciada pelo seu ambiente e tecnologia – assim como a contratualização externa influenciará, de algum modo, a contratualização interna –, os resultados do estudo tendem à conclusão de que, uma vez observados fatores moderadores positivos, uma organização possa talvez funcionar *congruentemente* (no que se refere à consistência interna) sob a intenção de valor, não obstante os obstáculos do ambiente ao seu pleno cumprimento e a uma inteira congruência.

Para além disso, importa, de acordo com os resultados deste estudo, a compreensão da presença de elementos formais e informais na transição para um modelo de valor. Acresce que deve reconhecer-se a existência de tensões entre esses elementos²⁹, incluindo entre a *construção* (tendencialmente formal) da organização e as suas *fundações* (tendencialmente informais). Estas tensões precisam, de acordo com Nadler e Tushman²⁹, de ser compreendidas e atendidas numa mudança estratégica de reorientação. Também de acordo com Nilsson e coautores⁴⁷, não é só a liderança e a gestão que são determinantes, mas a consciência das forças contraditórias. Nesta perspetiva, a capacidade de adaptação aos efeitos dessas forças simplificará o processo de implementação, facilitando inclusivamente a comunicação da estratégia⁴⁷.

Numa outra perspetiva, podem também identificar-se fatores moderadores positivos que poderão contrariar, ou mesmo, anular a força de fatores moderadores negativos. O inverso também pode ocorrer, pelo que importará atentar nestas forças em equilíbrio. É o caso do *buy-in* das LIO, que pode contribuir para ultrapassar o isolamento funcional nas unidades territoriais. Quando o foco está em poder tratar as pessoas, elemento chave ou *core* do *buy-in* das LIO segundo o nosso modelo, os profissionais poderão talvez compreender melhor a complexidade do processo de cuidar⁷², compreender, por conseguinte, a cadeia de valor de que o hospital faz parte (elemento chave da preparação, fator moderador positivo formal) e admitir a consequente relevância de um trabalho para além das fronteiras dos seus serviços e departamentos, como demonstrou o já citado estudo de Nilsson e colaboradores⁴⁷. Observa-se, neste aspeto, como o *buy-in* é uma componente informal, enquanto as unidades territoriais são tendencialmente formais.

Neste estudo, conduziu-se investigação, não sobre formulação, mas sobre formação de estratégia, considerando esta um fenómeno tangível formado por séries de decisões e pela observação de padrões de estratégia nessas séries⁴⁵. Às concludentes categorias da presente *grounded theory*, enquanto modelo teórico substantivo (inspirado em teorias formais), poderá seguir-se o desenvolvimento de uma *grounded theory* formal, definida como a teoria das implicações gerais das categorias *core* de uma *grounded theory* substantiva¹³⁶. Neste aspeto, observa-se que a estratégia da análise comparativa para a geração de teoria coloca a ênfase na teoria como um processo, isto é, a teoria como uma entidade sempre em desenvolvimento e não como um produto perfeito, sendo certo, porém, que a evidência e o teste de hipóteses nunca poderão destruir uma teoria, mas apenas modificá-la¹²⁵.

Relacionando-se, uma vez mais, e a par do Estudo 1, com o carácter social e organizacional desta investigação, podem observar-se igualmente implicações práticas dos resultados obtidos no âmbito deste Estudo 2. Assim, e na perspectiva da implementação de intervenções baseadas no valor, esses resultados foram, em parte, transpostos para a construção das propostas de modificação da contratualização interna e de adaptação do BSC, apresentadas na Parte IV.

PARTE IV. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Com base na evidência empírica produzida e sistematizada nos Capítulos anteriores, bem como nos modelos desenvolvidos, é possível identificar diversas implicações práticas que podem contribuir para a implementação de uma intervenção baseada no valor nos hospitais portugueses.

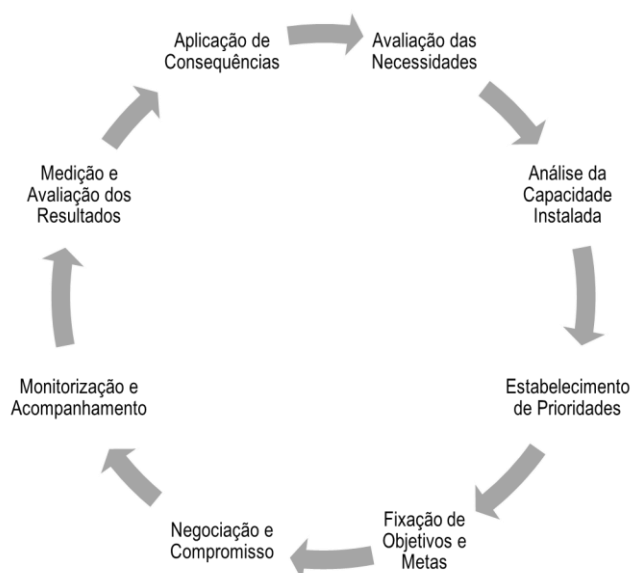
Capítulo 7. A Contratualização Interna Baseada no Valor e o *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas

Decorrendo dos resultados dos Estudos 1 e 2, propõe-se um novo modelo de contratualização interna, bem como uma adaptação do BSC ao SNS, designados, respetivamente, Contratualização Interna Baseada no Valor (também designada pelo acrónimo CIBV) e *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas. As duas propostas são seguidamente descritas.

7.1. A Contratualização Interna Baseada no Valor

A contratualização tem sido entendida como um ciclo, que se há de repetir continuamente, compreendendo classicamente um conjunto de etapas, ilustradas na Figura 7.1.

FIGURA 7.1. CICLO CLÁSSICO DA CONTRATUALIZAÇÃO



Fonte: Escoval¹⁹⁷

A proposta para a Contratualização Interna Baseada no Valor (CIBV), melhorada face à contratualização interna orientada pelo valor desenvolvida no CHU, transfere o conhecimento alcançado nos Estudos 1 e 2 da presente investigação, traduzindo em si os elementos facilitadores e procurando contrariar as barreiras, resultantes da Revisão Sistemática, bem como incorporando os fatores moderadores positivos (contrariando os negativos), resultantes da *grounded theory*. Deste modo, propõe-se uma modificação do modelo clássico da contratualização, de forma a integrar esses resultados, acionando-os.

Características da CIBV

A) *Cinco etapas (Ciclo DSPESA) e três decisões:*

1. Diagnóstico Situacional
 - 1.1. Decisão de KPI (*key performance indicators*)
2. Planos de Ação
 - 2.1. Decisão de KIA (*key improvement actions*)
3. Execução
4. Seguimento
5. Avaliação
 - 5.1. Decisão de rever ou manter

As duas primeiras etapas enquadram-se na função de gestão respeitante ao planeamento. A decisão tomada no final destas enquadra-se na função de organização. A terceira etapa enquadra-se na função de execução (com o mesmo nome). A quarta e quinta etapas enquadram-se na função de avaliação.

B) *Movimento Top-Bottom-Side-Up*: o modelo inicia-se com a definição pela gestão de topo dos objetivos estratégicos ou globais da organização. Com o suporte das lideranças de topo, a estratégia é especificada ao nível tático da gestão intermédia, envolvendo chefias intermédias clínicas e não clínicas (como dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Aprovisionamento, Transportes, Departamento Jurídico, entre outros) – a cadeia de valor. Por último, concretiza-se em planos de ação, ao nível operacional, que convergem, por sua vez, para o cumprimento dos objetivos globais da organização.

Os órgãos de apoio (Planeamento e Controlo de Gestão, Departamento da Qualidade, Sistemas de Informação para a Gestão, entre outros) deverão ser envolvidos na contratualização interna, conforme resulta do Estudo 2, pois a rede de apoio interna é um elemento explicativo do diálogo, proximidade e trabalho conjunto e, em última

instância, da cooperação interna. Inversamente, de acordo com o mesmo Estudo, a falta de apoio entre órgãos de suporte explica, em parte, a gestão de serviço e esta o isolamento funcional das unidades territoriais, constituindo-se como fator moderador negativo, que contraria a criação da identidade organizacional. Também do Estudo 1 resulta a relevância da articulação dentro do hospital, no âmbito da estrutura formal, contrariando a barreira constituída pelas fronteiras internas. Segundo o mesmo Estudo 1, é importante, para a congruência de uma organização tendente ao valor, a otimização partilhada dos processos e soluções (*output* grupal), concretizada na elaboração dos planos de ação, no âmbito da contratualização interna. Este movimento lógico pode contribuir, assim, para contrariar a dispersão do planeamento e a gestão de hábitos, resultantes do Estudo 2 como fatores moderadores negativos.

C) *Cíclico*: ainda que o processo se inicie, teoricamente, no diagnóstico situacional, ele pode ser iniciado em qualquer uma das suas cinco principais etapas, dependendo do momento em que se encontre a organização quando se implemente a contratualização interna e da fase em que se encontrem outras medidas de melhoria em curso. Deve notar-se, ainda, que cada plano de ação tem os seus tempos próprios de ciclo, não necessariamente coincidentes entre si. Esta questão relaciona-se com a complexidade da organização e com o tempo necessário para a implementação de novas abordagens.

D) *Discurso explícito e discurso implícito*: o discurso explícito prende-se com a relevância da adaptação do discurso à linguagem reconhecida pelos profissionais, enquanto um dos elementos que contribuem para o reflexo na estratégia do que é para eles importante, como resultou do Estudo 2. Por sua vez, é o motivo central para que aconteça o fenómeno de apropriação da estratégia, neste caso, da contratualização interna, por parte das LIO, conforme o mesmo Estudo. Nesta linha, resultou também do Estudo 1 a linguagem comum^{47,157,182} como facilitador, enquadrada na visão comum na vertente dos recursos (*input*) do modelo do mesmo Estudo.

O discurso explícito na primeira e segunda etapas consiste em tratar com qualidade e inovar. Poder tratar as pessoas, a inovação organizacional e as condições de trabalho resultaram do Estudo 2 como elementos explicativos do *buy-in* das LIO. O desenvolvimento da inovação é também um facilitador, no campo do trabalho, de acordo com o Estudo 1. Do Estudo 2 resultou, ainda, que o discurso unicamente de produção e custos é explicativo do *disengagement* das LIO, por, desse modo, os profissionais não considerarem que é refletido na estratégia o trabalho que é para eles importante.

O discurso implícito na terceira e quarta etapas consiste na confiança e credibilidade. A credibilidade pode fortalecer a confiança mútua, enquanto *input* histórico (Estudo 1). Para além disso, pode contribuir para a confiança nas lideranças, estabelecida com base no respeito e reconhecimento das LIO pelas LT (Estudo 2).

O discurso explícito na quinta e última etapa consiste na aprendizagem. A partilha e aprendizagem resultou do Estudo 1 como um facilitador de intervenções baseadas no valor em hospitais, no subsistema da estrutura e processos informais, enquanto o tempo para a aprendizagem decorreu do Estudo 2, no subsistema das pessoas, como um dos elementos explicativos da preparação dos profissionais para a mudança para abordagens de valor.

E) *Negociação cooperativa integrativa*: refere-se a um tipo de negociação que procura situações de *win-win*, através do envolvimento das LIO no desenho da estratégia, que contribui, segundo o Estudo 2, para o fenómeno da apropriação pelas LIO dessa mesma estratégia. Por outro lado, segundo o mesmo Estudo, a despreferência e o não envolvimento (e, conseqüentemente, a desmotivação) são um elemento explicativo do *disengagement* das LIO. Também resulta do Estudo 1, enquanto *output* grupal, a importância da otimização partilhada dos processos e soluções, assim como a cooperação (*output* de recursos). A cooperação interna sustenta-se também na honestidade e conforto perante o erro, promotores do diálogo, proximidade e trabalho conjunto (Estudo 2). Este tipo de negociação expressa a procura de convergência da competição entre os profissionais para os objetivos globais da organização, gerindo, deste modo, as tensões que existem dentro das organizações, explicitadas tanto pelo Estudo 1 como pelo Estudo 2.

F) *Acompanhamento de proximidade*: refere-se a uma modalidade de acompanhamento continuado, próximo dos serviços, de modo a acionar os facilitadores e fatores moderadores positivos encontrados nos dois Estudos. O não acompanhamento resultou, pois, como fator moderador negativo, e enquanto elemento explicativo do desperdício de gestão (Estudo 2). Relaciona-se também com a partilha e aprendizagem, no âmbito da estrutura e dos processos informais (Estudo 1). A utilização da MBWA, sigla para *management by walking around*, expressa este estilo de gestão junto dos serviços, dos profissionais, dos seus problemas e das soluções (partilhadas).

G) *Ferramentas de gestão: Balanced Scorecard* (Matricial) de Cinco Perspetivas (5BSCm), SWOT e MBWA. O suporte aos processos decisórios, no quadro de recursos (*input*), resultou do Estudo 1 enquanto elemento facilitador das intervenções baseadas no valor em hospitais. Também a gestão do conhecimento e evolução resulta como

facilitadora do mesmo Estudo. Por outro lado, a falta de informação à navegação explica, em parte, a impreparação dos profissionais (Estudo 2). Estas ferramentas deverão, contudo, ser usadas de modo flexível.

H) *Contratualização centrada na cultura e orientação estratégica*. *Missão*: importa que esteja centrada no doente, pois o sentido de serviço ao doente é um facilitador enquanto *output* organizacional (Estudo 1), assim como poder tratar as pessoas está no *core* do *buy-in* das LIO (Estudo 2). *Visão*: releva a existência de uma visão comum, conforme resulta do Estudo 1 no *input* dos recursos. *Valores*: importa a identidade organizacional (Estudo 2). A cultura e orientação estratégica resulta, pois, do Estudo 1, como a principal categoria de facilitadores de intervenções baseadas no valor em hospitais.

No que se refere aos valores, propõe-se que, numa organização tendente ao valor, eles estejam centrados:

— na preparação das lideranças, pois é um elemento importante no subsistema das pessoas (gerar e desenvolver lideranças e novas funções e competências), da estrutura formal (gerir talento) e no *output* individual (*engagement* e empoderamento dos profissionais), conforme resulta do Estudo 1. A importância da preparação surge também do Estudo 2, sendo que o défice de liderança explica, em parte, a impreparação para abordagens tendentes ao valor.

— na cultura de crescimento, pois, tal como resulta do Estudo 2, o crescimento e o brio profissional são elementos explicativos do *buy-in* das LIO. Resulta, ainda, do Estudo 1, enquanto *output* individual (desenvolvimento pessoal).

— na cultura de respeito, traduzindo a ética e a integridade que se constituem como facilitadores (Estudo 1), bem como a humildade das LT, enquanto elemento que explica a confiança nas lideranças, fator moderador positivo na implementação da estratégia (Estudo 2).

— na cultura de colaboração, pois a cooperação resultou como facilitador, enquanto *input* de recursos, no Estudo 1, e a cooperação interna é uma categoria *core* importante na explicação dos fenómenos tendencialmente formais no Estudo 2.

Etapas

Descreve-se, de seguida, a proposta da Contratualização Interna Baseada no Valor, numa perspetiva de implementação planeada:

1) *Diagnóstico situacional*: trata-se de um diagnóstico situacional e contingencial, que consiste em ter presentes as características da organização, do ambiente e da mudança desejável e, com base nessa informação, proceder ao diagnóstico das necessidades de resposta prioritária, atendendo também ao que importa ao doente. Compreende a resposta ao que deveria estar a acontecer, sugerida por Donabedian⁷². Esta etapa realiza-se ao nível tático do planeamento. Nesta nova etapa, parece importar que não se proceda a uma priorização face à análise de necessidades e avaliação de capacidade (na sua utilização histórica), como no modelo clássico, pois, desse modo, pode não ser explorada a otimização ou modificação das condições no momento da priorização, restringendo a melhoria do desempenho. Nesta nova proposta, a priorização, assente num diagnóstico situacional, acontece em primeiro lugar, procurando não estar totalmente condicionada pela análise da capacidade, histórico, ou limitações correntes. Procura-se, deste modo, projetar o possível, tendo em conta o que pode ser modificado e está ao alcance da organização, a considerar na etapa seguinte, respeitante aos planos de ação.

2) *Decisão de KPI*: decisão conjunta de padrões de desempenho, assentes na criação desejável de valor em saúde, traduzidos em metas e indicadores-chave de desempenho. Ao longo do tempo, podem deixar de ser uns para passarem a ser outros, pois uma vez resolvida uma questão, outra poderá ser priorizada. A decisão dos KPI é subsequente à priorização do que importa mudar. Propõe-se que estes KPI possam ser de quatro tipos: próprios do serviço ou do departamento (representados pela sigla “pp”), em parceria interna com outros serviços ou departamentos (representados pela sigla “pi”), de triangulação, isto é, de leitura complementar para um melhor acompanhamento e compreensão da realidade (representados pela sigla “t”), ou sentinela, isto é, que são imensuráveis no momento, mas que representam fenómenos importantes que devem ser acompanhados e/ou melhorados, apesar de não poderem por enquanto ser quantificados (representados pela sigla “s”). Os dois primeiros tipos procuram, por um lado, beneficiar do efeito positivo dos silos¹⁴⁸ e, por outro lado, fomentar a concretização da cadeia de valor (contrariando o efeito negativo dos silos⁹).

3) *Planos de ação*: configuração de programas, procedimentos e/ou regras, inclusos em planos de ação, tendentes à melhoria dos KPI, não condicionada inteiramente pelas limitações no momento. Isto é, deverão ser consideradas essas condicionantes (com recurso, por exemplo, a uma análise SWOT), mas impedindo que inibam a introdução de alterações nas práticas organizativas, que estejam ao alcance dos profissionais. Resulta, pois, do Estudo 1 o desenvolvimento organizacional como a segunda grande categoria de facilitadores de intervenções baseadas no valor em hospitais, sendo que o desenvolvimento de projetos é, dentro dela, a mais predominante nos estudos^{47,143,152,157,160,167,169,170,172,173,174,177}, enquadrado no desenvolvimento da inovação, no subsistema do trabalho do modelo do mesmo Estudo.

4) *Decisão de KIA*: decisão conjunta de ações chave de melhoria, de curto, médio e longo prazo, bem como seus responsáveis (representados pela sigla “r”) e respetivos cronogramas (representados pela sigla “c”) e circuitos de decisão (representados pela sigla “cd”).

5) *Execução*: implementação das ações prometidas, tanto das LT, como das LIO, e aplicação de investimentos, tal como planeado na etapa anterior dos planos de ação e assente na decisão de KIA. Resultou, pois, do Estudo 2 o incumprimento de promessas como o principal elemento explicativo do descrédito das lideranças.

6) *Seguimento*: observação da evolução dos KPI (padrões de desempenho) e da implementação dos KIA (planos de ação), definidos nos momentos de decisão que sucederam as etapas, respetivamente, do diagnóstico situacional e dos planos de ação. Esta etapa compreende também a remoção de obstáculos. Não dar seguimento surgiu, pois, do Estudo 2 como outro dos elementos explicativos do fenómeno do descrédito das lideranças. As típicas etapas da contratualização da monitorização (normalmente mensal) e do acompanhamento (normalmente trimestral) não parecem, assim, suficientes e podem vincar o distanciamento interno entre dois lados que deverão ser, de acordo com os resultados dos Estudos, um só dentro da organização, o que pode concretizar-se na aproximação e presença regular e continuada da gestão de topo nos serviços. O diálogo, proximidade e trabalho conjunto são, pois, centrais na cooperação interna, uma das categorias principais na implementação de intervenções baseadas no valor (Estudo 2).

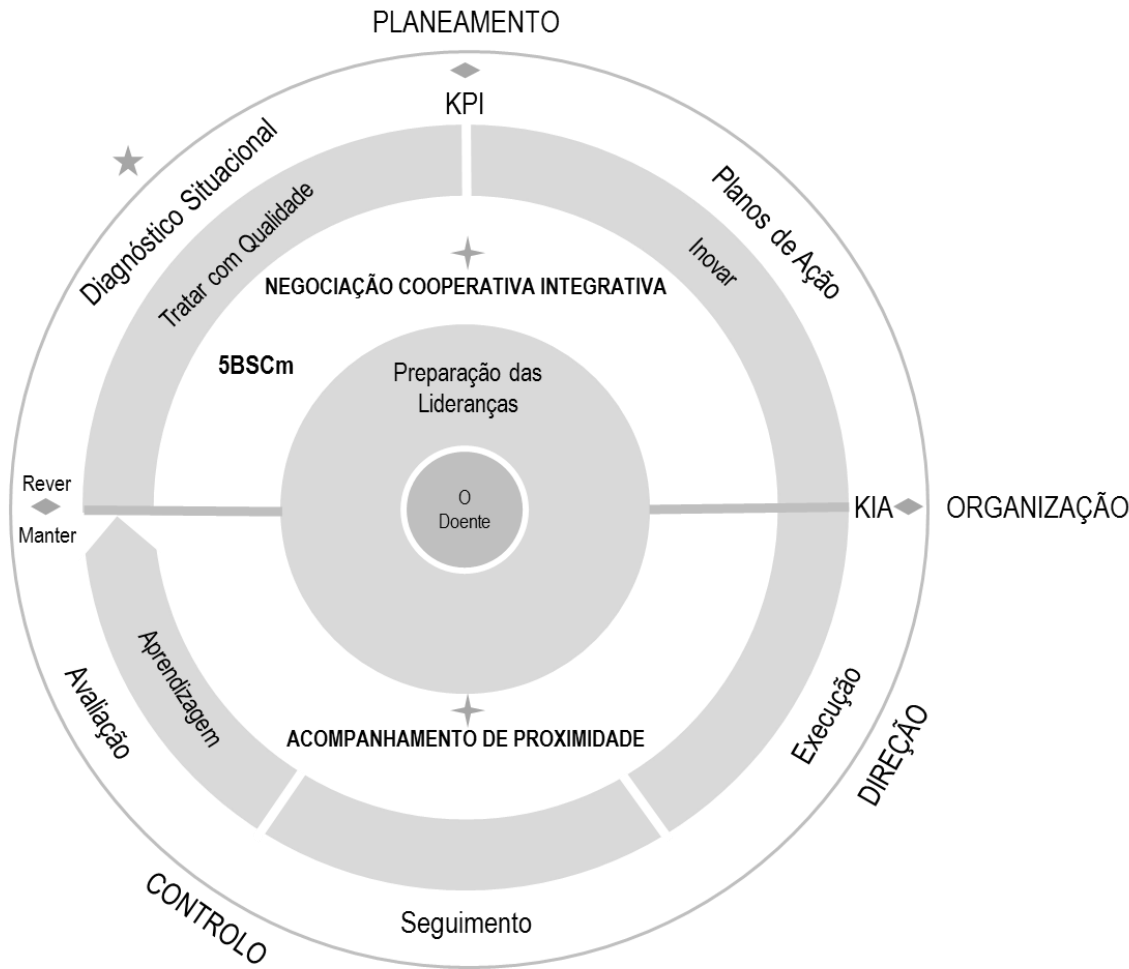
7) *Avaliação*: avaliação e comparação do desempenho com os padrões estabelecidos, identificação de desvios e ações corretivas (ajustando os padrões ou o desempenho). Resulta, pois, do Estudo 1, como facilitadora das abordagens de valor, a partilha e aprendizagem (*benchmarking* e disseminação de boas práticas). Nesta matéria, a gestão do conhecimento e evolução é também um facilitador, enquanto recurso (Estudo 1). Nota-se, porém, que será importante que haja informação que suporte os processos de conhecimento, pois, segundo o mesmo Estudo, a sua ausência constitui uma barreira importante neste tipo de abordagens.

8) *Decisão de revisão ou manutenção*: decisão conjunta da continuidade ou da necessidade de revisão das KIA e metas dos KPI, face à aprendizagem realizada na etapa anterior da avaliação.

Observa-se que a comunicação não surgiu como facilitador no Estudo 1, mas decorre do Estudo 2, na vertente de erro na comunicação da estratégia que explica, em parte, o seu descrédito. Espera-se que a própria implementação da estratégia possa contribuir para a compreensão pelos profissionais da sua filosofia e mecânica (elemento central na preparação, conforme resulta do Estudo 2), fundando, em última linha, o fenómeno da apropriação (Estudo 2).

A Figura 7.2. representa a CIBV ilustrada, na sua versão síntese.

FIGURA 7.2. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA BASEADA NO VALOR – VERSÃO SÍNTESE

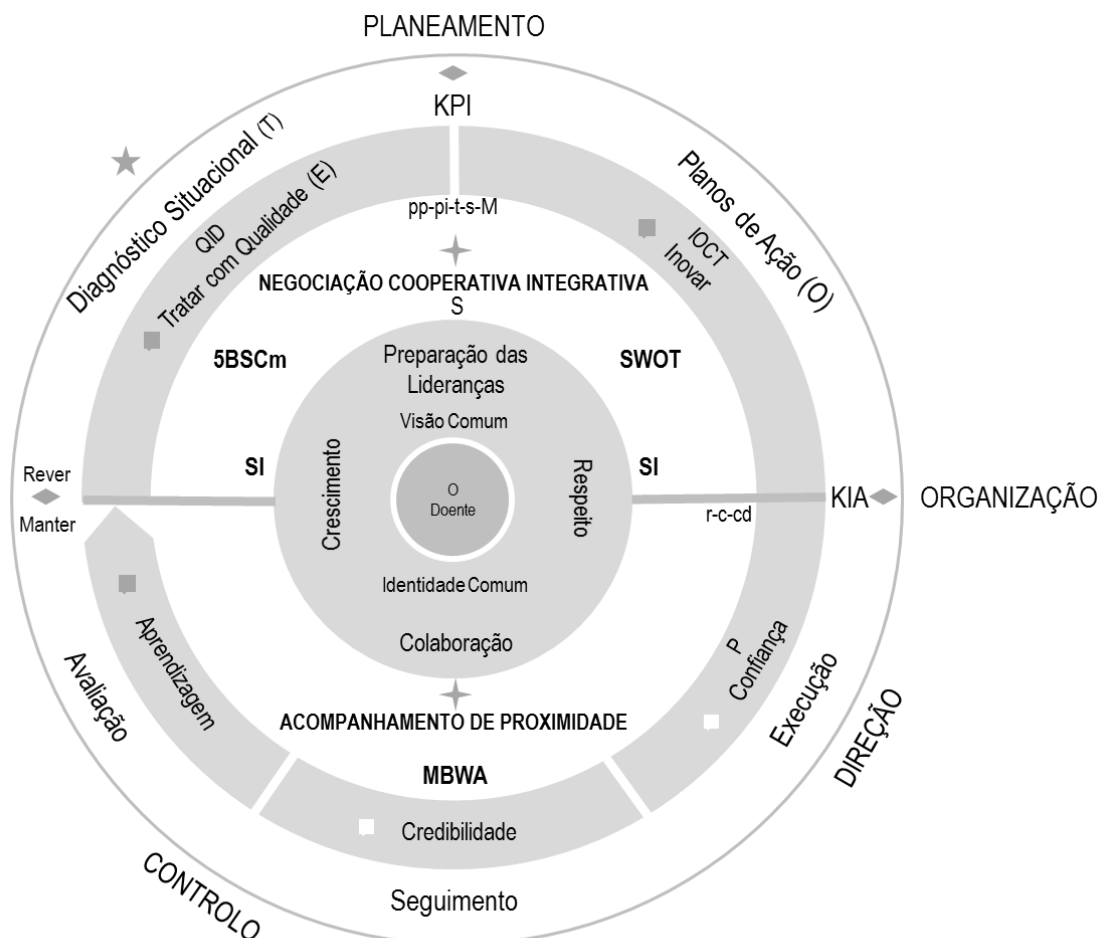


Legenda: key performance indicators (KPI), key improvement actions (KIA), Balanced Scorecard (Matricial) de Cinco Perspetivas (5BSCm).

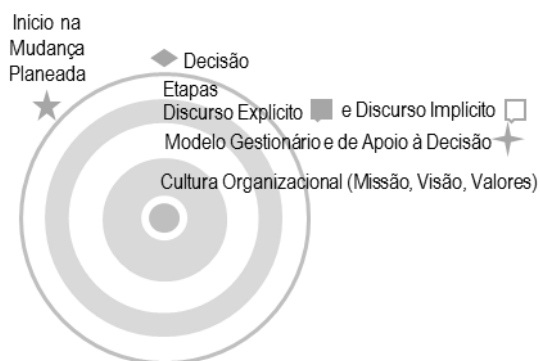


A Figura 7.3 representa a CIBV ilustrada, na sua versão completa.

FIGURA 7.3. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA BASEADA NO VALOR – VERSÃO COMPLETA

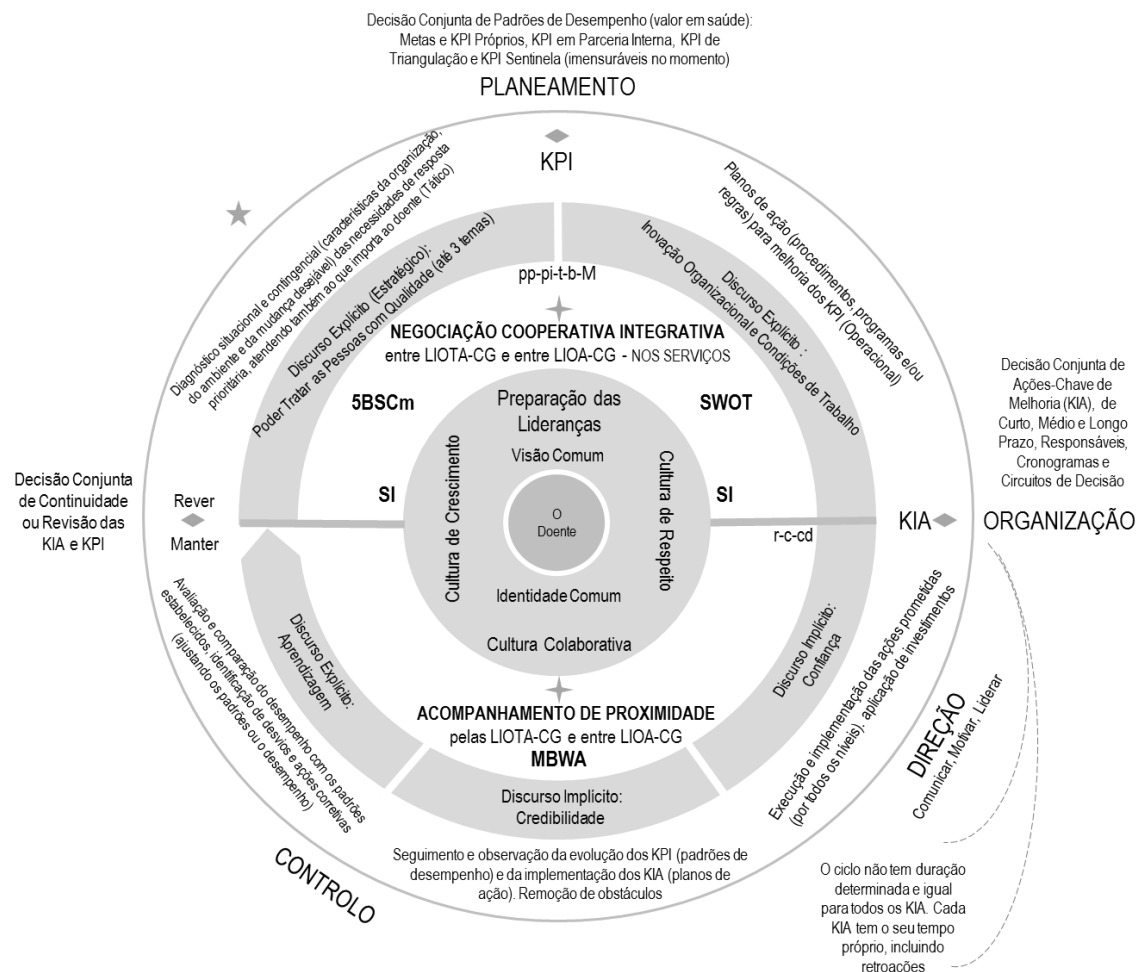


Legenda: key performance indicators (KPI), key improvement actions (KIA), (o) que importa ao doente (QIA), inovação organizacional e condições de trabalho (IOCT), (planeamento) estratégico (E), (planeamento) tático (T), (planeamento) operacional (O), sistemas de informação (SI), (nos) serviços (S), (cumprimento de) promessas (P), (indicadores) próprios, em parceria interna, de triangulação, sentinela; metas (pp-pi-t-s-M), responsáveis, cronogramas e circuitos de decisão (r-c-d), *Balanced Scorecard* (Matricial) de Cinco Perspetivas (5BSCm), *strengths, weaknesses, opportunities and threats* (SWOT), *management by walking around* (MBWA).

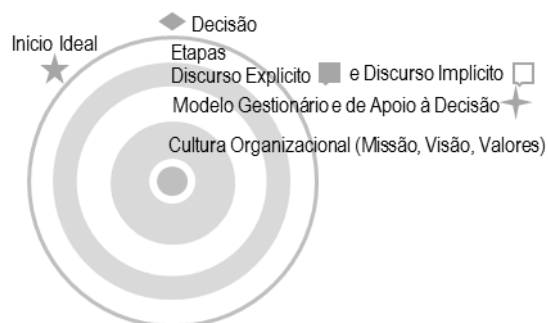


A Figura 7.4 representa a CIBV ilustrada, na sua versão explicativa.

FIGURA 7.4. CONTRATUALIZAÇÃO INTERNA BASEADA NO VALOR – VERSÃO EXPLICATIVA



Legenda: *key performance indicators* (KPI), *key improvement actions* (KIA), que importa ao doente (QIA), inovação organizacional e condições de trabalho (IOCT), (planeamento) estratégico (E), (planeamento) tático (T), (planeamento) operacional (O), sistemas de informação (SI), (nos) serviços (S), (cumprimento de) promessas (P), (indicadores) próprios, em parceria interna, de triangulação, sentinela; metas (pp-pi-t-s-M), responsáveis, cronogramas e circuitos de decisão (r-c-cd), *Balanced Scorecard* (Matricial) de Cinco Perspetivas (5BSCm), *strengths, weaknesses, opportunities and threats* (SWOT), *management by walking around* (MBWA), lideranças intermédias, operacionais, de topo e de apoio (LIOTA), lideranças intermédias, operacionais e de apoio (LIOA), controlo de gestão (CG).



Considerações finais

A contratualização interna pode ser um instrumento para conduzir a mudança para o modelo de valor em toda a organização.

O objetivo estratégico (presente no discurso explícito) consiste em poder tratar as pessoas com qualidade. Acompanhando Nadler e Tushman²⁹, no que se refere ao conteúdo da mudança, será necessária centralidade e não mais do que cerca de três temas, para que a mudança tenha conteúdo. Contudo, é conveniente o equilíbrio entre o planejamento e a oportunidade, isto é, uma direção flexível para alcançar essa mudança, considerando as características de cada organização e seu ambiente.

Na proposta da Contratualização Interna Baseada no Valor, consideram-se objetivos quantitativos e qualitativos (estes últimos expressos em KPI sentinela). Smith e coautores⁹² apontam que aspetos do sistema sem metas atribuídas podem ser negligenciados. Contudo, os gestores e prestadores tendem a concentrar-se em metas de curto prazo diretamente sob o seu controlo, em prejuízo de metas a longo prazo ou com objetivos menos controláveis, importantes para a implementação de abordagens tendentes ao aumento de valor. Deve atentar-se, tanto quanto possível, nas características de bons indicadores: conduzem a ganhos; captam a prestação; são próximos dos resultados; não têm consequências adversas; e atualizam-se face à mudança⁶¹.

Os Estudos conduzem-nos à consideração de que é relevante a distinção clara entre o que é contratualização externa e o que é contratualização interna. Apesar de habitualmente se entender a segunda como uma decorrência da primeira, considera-se que, face aos resultados destes Estudos, a abordagem à contratualização interna e, bem assim, a qualquer estratégia de gestão para o cumprimento de objetivos assumidos externamente, deve responder a princípios distintos. A contratualização interna tem algum grau de dependência da contratualização externa, pois na prossecução dos objetivos globais da organização terá de considerar certamente obrigações perante o financiador (que faz parte do seu *ambiente* e com ele deve ser também *congruente*), mas tem ampla autonomia (estratégica) no modo como se concretiza. A contratualização interna *obedece* à contratualização externa, mas no sentido apenas da sua contingência ao ambiente. No decurso da sua implementação, deverá proceder-se a uma análise (diagnóstico situacional) desse e de outros fatores aos quais terá de se adaptar. É importante observar, assim, que não parece que os processos de contratualização interna devam bastar-se a uma transposição direta da forma como são conduzidos os processos de contratualização externa, o que também se depreende do

relatado por Bohmer sobre os *hábitos* de uma organização bem-sucedida na melhoria do valor²⁷. A forma como uma organização de saúde há de gerir de modo bem-sucedido a prestação eficiente de cuidados, no contexto interno, parece, pois, diferir da maneira como se relaciona a mesma organização com o seu financiador, no contexto externo. Daí que pareça relevante admitir que o que facilita e bloqueia a contratualização interna possa ser diferente daquilo que obsta e potencia a concretização da contratualização externa. Os níveis organizacionais e institucionais em que se verificam são diferentes e as suas dinâmicas não são isomórficas. A contratualização interna requer, segundo os Estudos, a observação de características organizacionais da instituição que estão em conflito com as características formais da contratualização externa. Por isso, esta proposta procura explicitar a importância dos elementos, resultantes dos Estudos desenvolvidos, que, uma vez atendidos, podem contribuir para atenuar esse conflito e, em última instância, para o cumprimento dessas obrigações externas.

De acordo com o Estudo 2, a componente relacional assume, pois, particular relevância. Neste sentido, e ainda que a contratualização tenha também características de tipo contratual, parece ser conveniente o diálogo para forjar relações, até porque a relação contratual é estabelecida no seio da mesma entidade¹¹². Não existem verdadeiramente duas partes opostas dentro de uma organização, típicas do modelo clássico da contratualização, sustentado na separação entre financiador e prestador. Esta separação é refletida no modo como é desenvolvida a contratualização externa (entre quem presta cuidados e quem os financia), mas os resultados dos Estudos sugerem que possa não estar presente dentro das organizações, principalmente naquelas em que as estruturas intermédias de gestão não são dotadas de autonomia financeira. A bilateralidade resultou, com efeito, como um fator moderador negativo e a identidade organizacional como fator moderador positivo no Estudo 2. A formalização sem mais de contratos bilaterais internos pode contrariar este princípio e inibir a criação do fenómeno da identidade organizacional, que sustenta a implementação de intervenções baseadas no valor. A relevância de variadas componentes informais, conforme resulta do mesmo Estudo 2, parece indicar, pois, que poderá ser mais adequada a contratualização interna de tipo *soft*, mais dependente da cooperação, da confiança e da continuidade³⁴.

Para além disso, a contratualização interna parece obedecer a princípios gerais da gestão das organizações, como o da abordagem contingencial e da congruência, ainda que amparando as especificidades do setor da saúde. E, sob a intenção de valor, só parece poder ser bem-sucedida, se atender à necessidade de congruência, nessa perspetiva de valor, entre todos os subsistemas organizacionais, considerando *inputs*, incluindo históricos, e *outputs* aos níveis organizacional, grupal e individual, bem como

às tensões e forças em equilíbrio presentes na instituição. Para além disso, parece ser necessário considerar tanto componentes informais, como formais, na implementação de intervenções baseadas no valor, ainda que nem sempre se distingam perfeitamente umas das outras.

Por este motivo, a proposta da Contratualização Interna Baseada no Valor não se impõe às organizações, mas apresenta-se como abordagem possível, compreendendo fundamentalmente guias, princípios de base de atuação, que poderão vir a ser operacionalizados de diversas formas. Cada hospital deverá adotar os dispositivos organizativos e de gestão que assegurem um equilíbrio entre a necessária integração e diferenciação das áreas de atividade, tendo em atenção as especificidades da sua cultura interna e do contexto em que atua.

7.2. O *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas

O Estudo 1 revelou a importância do suporte aos processos decisórios, enquanto recurso (*input*), e o Estudo 2 apresentou como fator moderador negativo a falta de informação à navegação, pelo que se propõe uma ferramenta de apoio à contratualização interna. Esta ferramenta baseia-se na cadeia de valor, ultrapassando esta as fronteiras tanto dos serviços e dos departamentos, como do próprio hospital.

Em 2010, Kaplan revisitou o BSC, incorporando-lhe relações causais entre os objetivos estratégicos, e escreveu sobre estender o conceito de BSC a instituições do setor público, como uma oportunidade futura¹²². Apresenta-se, assim, nesta Secção, um contributo e proposta para uma adaptação do BSC ao SNS, de maneira a ser usada adequadamente numa organização de saúde que tenha como estratégia o aumento de valor e a eficiência do sistema no qual se inclui. Na base da adaptação está esta última característica e, deste modo, a necessidade de eficiência sistémica e não apenas de eficiência interna da organização. A adaptação designa-se *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas para o SNS, com as siglas BSC-SNS, ou 5BSC. Usamos a sigla 5BSCm, quando materializado numa ferramenta em matriz, como a utilizada aquando da implementação da contratualização interna orientada pelo valor no CHU, e que serviu de base ao desenvolvimento do Estudo 2.

Esta versão do BSC parece poder aplicar-se a sistemas de saúde publicamente financiados, assegurados pelo Estado, a sistemas de seguros de saúde universais, ou mesmo a sistemas de saúde privados autofinanciados. Para essa aplicabilidade, importará que o sistema integre unidades de prestação de cuidados primários e secundários, ofereça uma cobertura nacional, ou regional de larga escala, e pretenda

adotar uma abordagem de valor¹¹ ao nível da população e ao longo de todo o ciclo de cuidados¹¹.

A origem do *Balanced Scorecard* e da sua adaptação

O termo *scorecard*, no âmbito da gestão do desempenho, relaciona-se com a questão: *estou a fazer bem ou mal?*¹²². Pode confrontar-se com o que Donabedian antes perguntaria: *o que é que está a acontecer aqui?*⁷². O processo de melhoria do valor é multiplicativo, emergindo do conjunto de bens ligados entre si por uma estratégia¹²². E se a abordagem presente no BSC começa com estratégia, a estratégia deverá ser a primeira escolha e só subsequentemente devem ser determinadas as relações entre os *stakeholders*, conforme for necessário à vista dessa estratégia¹²².

Devido à evolução que tem sofrido, em resultado da sua implementação e experimentação ao longo dos anos, o BSC já não é considerado apenas um sistema de medição do desempenho, mas um sistema de gestão interativo para a execução da estratégia, e que pode incentivar em si o próprio desempenho¹²². Neste sentido, deve configurar-se o BSC do modo como a organização se perspetiva no futuro. A implementação do BSC, enquanto suporte aos processos de contratualização interna orientada pelo valor desenvolvidos no CHU, suscitou, porém, a vantagem da sua adaptação. Uma adaptação que incluisse uma dimensão adicional, conduzindo a instituição a fazer uma mudança cultural e a focar-se também, através da lente do valor, na cooperação com os cuidados de saúde primários e outros hospitais do SNS, no sentido de cumprir a sua estratégia e missão. Estas consistem, neste contexto, em aumentar valor, o que se concretiza na sustentabilidade, procura da qualidade e eficiência, e em servir o doente, conforme resulta do Estudo 1, no que se refere ao *output* organizacional.

O valor de um bem intangível depende do seu contexto, como a estratégia ou a organização¹²². Ora, a estratégia para as unidades do SNS apela a um novo bem intangível que essas unidades precisam de começar a medir de modo a poderem começar a melhorá-lo. Este novo bem intangível pode ser a colaboração com outras unidades do SNS (cuidados de saúde primários, hospitais ou outros níveis de cuidados), como, aliás, resulta do Estudo 1. A chave para o aumento do valor e eficiência sistémica de um SNS pode, pois, estar na forma como as suas unidades partilham as suas equações de valor¹⁹ e se alinham na cadeia de valor. O BSC pode ser uma ferramenta de gestão poderosa, mas parece falhar algo na sua formulação tradicional e que é a perspetiva que suporte esta conexão entre as unidades do SNS.

Podem ainda incluir-se, nesta conjugação de equações de valor, os setores privado e social, quando tenham a capacidade e competências que falhem nas unidades do SNS, num ambiente de colaboração eficaz, assente numa parceria baseada no valor¹⁹.

A quinta dimensão do *Balanced Scorecard*: a perspetiva interinstitucional

A perspetiva do BSC que nos propusemos adicionar respeita às relações – e respetivas métricas – entre as unidades do SNS, que forjam entre si parcerias cooperativas⁹, tendo os doentes no seu centro. Designámo-la de *perspetiva interinstitucional*. Uma maior cooperação e articulação com outras unidades do SNS constituem os seus objetivos estratégicos. *Cooperação* consiste na capacidade de mapear e congregar recursos, competências e funções. *Articulação* consiste na capacidade de comunicação, interação e relacionamento. De uma boa articulação dependerá uma cooperação eficaz. A cooperação para além do hospital resultou, pois, como facilitador, no *input* do ambiente, no âmbito do Estudo 1.

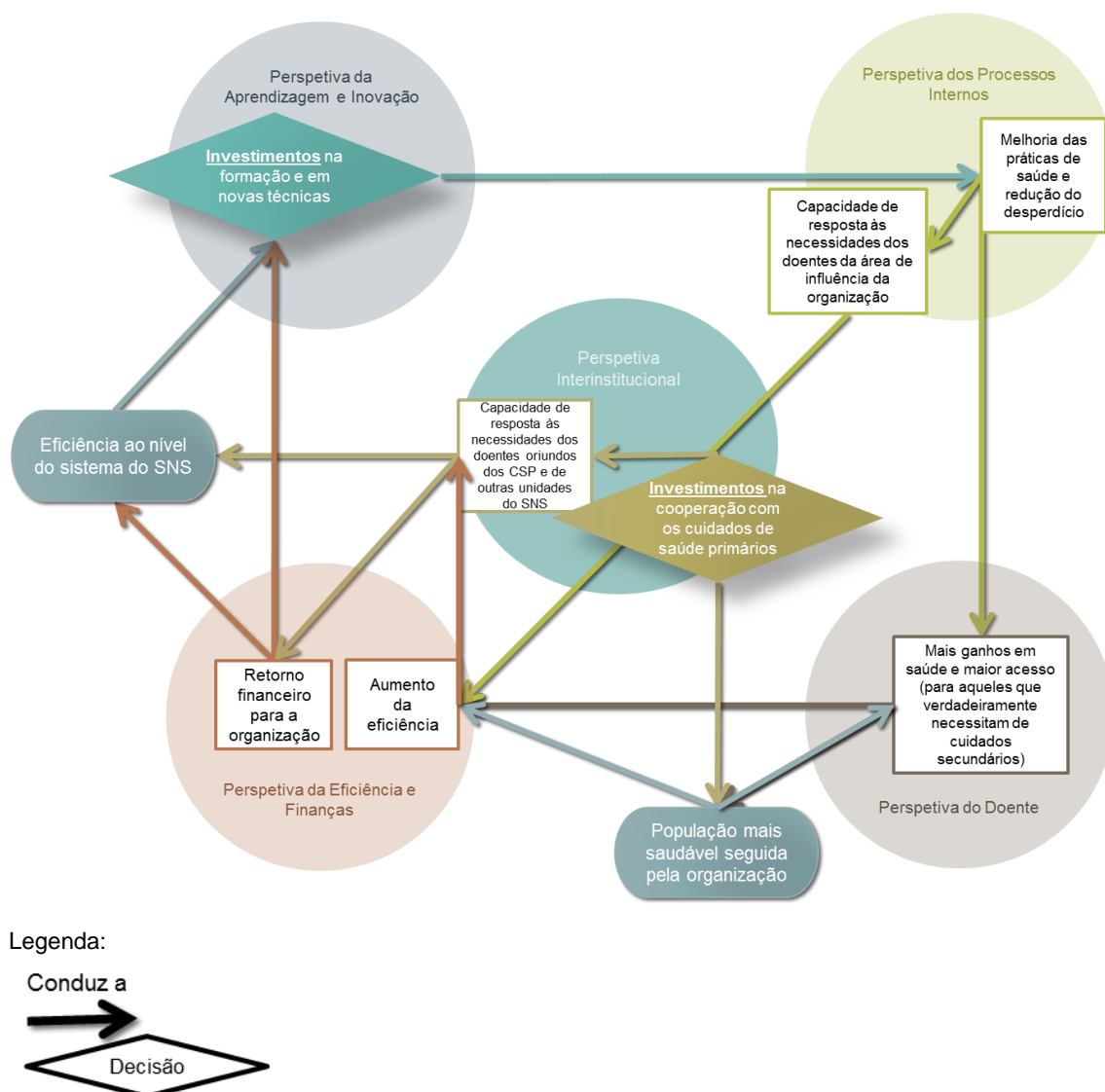
A importância da colaboração com os cuidados de saúde primários na quinta perspetiva

Do *ambiente*, fazem, pois, também parte outras organizações, às quais a instituição é *contingente*. E do Estudo 1 decorre que barreiras nos cuidados de saúde primários constituem-se, elas próprias, barreiras às intervenções baseadas no valor em hospitais. Neste sentido, se os hospitais envolverem as unidades dos cuidados de saúde primários na sua estratégia, estarão a promover uma população mais saudável. Por conseguinte, os doentes que acedem aos hospitais estarão em condições de saúde menos severas, necessitando de intervenções e tratamentos menos complexos, o que aumentará potencialmente o valor dos cuidados a prestar (obtendo mais ganhos em saúde com menos recursos utilizados). A quinta perspetiva do BSC poderá, assim, conduzir um hospital do SNS a envolver as unidades dos cuidados primários e secundários num ambiente de colaboração, para que, conjuntamente (ao nível do sistema do SNS), se gaste menos e alcancem mais ganhos em saúde, concretizando a abordagem de valor.

As ligações causais entre as cinco perspetivas

Os bens intangíveis devem ser conjugados com outros bens tangíveis e intangíveis, de forma a criar valor¹²². As ligações estratégicas e as relações causais entre as cinco perspetivas encontram-se, pois, ilustradas na Figura 7.5.

FIGURA 7.5. AS LIGAÇÕES CAUSAIS ENTRE AS CINCO PERSPETIVAS DO *BALANCED SCORECARD* PARA O SNS



Assinalam-se dois momentos relevantes: a eficiência ao nível do sistema do SNS e uma população mais saudável seguida pela organização, que, de novo, poderão influenciar as cinco perspetivas, demonstrando como podem ser momentos ou resultados intermédios⁷².

Notam-se igualmente dois momentos de decisão (ou momentos iniciais): investimentos na perspetiva da aprendizagem e inovação e investimentos na perspetiva interinstitucional, particularmente, na cooperação com os cuidados de saúde primários. Esta última parece ser crítica para tudo o resto e provavelmente o momento último de um sistema SNS altamente eficiente, pois parece ser fundamental na ligação estratégica entre a perspetiva do doente e a perspetiva da eficiência e finanças. Num BSC convencional aplicado a *negócios* convencionais, existe habitualmente uma ligação

direta entre estas duas perspetivas, pois clientes satisfeitos conduzem a uma maior procura e o correspondente retorno financeiro. Este não é o caso numa organização integrada no SNS, sustentada numa população saudável, que não procure inadequadamente os serviços de saúde.

Também o ponto intermédio na eficiência interna (perspetiva da eficiência e finanças) pode aumentar o retorno para uma unidade de saúde, por via do aumento da capacidade de resposta às necessidades dos cuidados de saúde primários e de outras unidades do SNS (perspetiva interinstitucional). Contudo, tal parece dever ser mediado por esta nova quinta perspetiva.

Considerações finais

A visão tradicional centrada na experiência individual do doente pode limitar a perceção do todo, das ineficiências sistémicas e dos custos desnecessários do sistema, visto na sua globalidade²⁰. Daí a necessidade de uma ferramenta que suporte esta nova visão sistémica, sustentada na ideia da cadeia de valor.

Esta proposta de BSC pode traduzir-se numa matriz, já mencionada. Contudo, importa entender, como recordam Bartlett e Ghoshal¹²³, que a chave não é tanto desenhar a estrutura mais sofisticada, mas captar aptidões individuais e motivar toda a organização a responder cooperativamente a um contexto dinâmico e complexo. Assim, o desafio não é tanto construir uma estrutura matricial, mas criar uma matriz na mente do gestor, pois a estrutura hierárquica formal de uma matriz é naturalmente ultrapassada pela rede de relações e comunicações informais¹²³, tal como decorre dos Estudos desenvolvidos. Ou seja, se aumentar o valor é o objetivo global da organização (*output* organizacional, como resulta do Estudo 1), a cadeia de valor deverá passar a ser a matriz mental dos gestores da mudança para a abordagem de valor. Essa matriz mental também pode perspetivar-se nas dimensões de um BSC, propondo-se, contudo, que deva este ser adaptado ao *ambiente* de uma unidade do SNS, que está inevitavelmente integrada num sistema mais abrangente.

As questões estruturais descrevem, pois, apenas a anatomia básica da organização. As instituições devem, por isso, preocupar-se também com a fisiologia organizacional, isto é, os sistemas e relações que permitem a circulação de informação na organização¹²³, identificados nos Estudos. Para além disso, é também necessário o desenvolvimento de uma saudável psicologia organizacional, ou seja, os valores partilhados, que moldam a forma como os gestores pensam e atuam¹²³. Uma questão determinante neste novo contexto será, pois, a preparação das lideranças, plurais e parceiras, conforme resulta dos dois Estudos, na medida em que todos os elementos do sistema de saúde – a

cadeia de valor – parecem dever ocupar um lugar numa equação de valor partilhada, num novo ambiente cooperativo que precisará de ultrapassar as fronteiras tradicionais. É nesta ótica que se apresenta esta ferramenta, que procura contribuir, de igual modo, para tornar acionáveis os resultados dos Estudos desenvolvidos no âmbito desta investigação.

CONCLUSÕES GERAIS

O Estudo 1, alcançando os objetivos 1 e 1.A da investigação, teve como resultado uma síntese do conhecimento baseado na evidência sobre facilitadores e barreiras na implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais, decorrente da realização de uma Revisão Sistemática, da correspondente síntese narrativa e do respetivo mapeamento concetual, com recurso à metodologia de análise desenvolvida por Gioia e colaboradores⁴³ e ao modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹.

O Estudo 2, alcançando os objetivos 2 e 2.A da investigação, teve como resultado um modelo sobre os fatores moderadores da implementação de intervenções baseadas no valor em hospitais portugueses, decorrente de uma abordagem *Grounded Theory*, com recurso à mesma metodologia de análise desenvolvida por Gioia e colaboradores⁴³, bem como ao modelo de congruência de Nadler e Tushman²⁹, ao icebergue organizacional, de Selfridge e Sokolik⁴⁴, aos tipos de estratégias, de Mintzberg⁴⁵, e ao comportamento estratégico autónomo, de Mirabeau e Maguire⁴⁶.

A Síntese de uma Revisão Sistemática sobre a Implementação de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais: Dinâmicas Tensionais (doravante, designada Síntese de Dinâmicas Tensionais) e a Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor em Hospitais Portugueses (doravante, designada Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor) apresentam pontos em comum. Se a primeira comporta elementos (facilitadores e barreiras) para que se assista à necessária congruência de uma organização que tenha intenções de valor, a segunda compreende elementos (fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos) para que a organização consiga transitar para o modelo de valor, por via da implementação de intervenções baseadas no valor. Nem todos os elementos são correspondentes entre si, apresentando, desse modo, a sua relevância ora para a congruência, ora para a transição.

Concluimos, assim, que:

Na Síntese de Dinâmicas Tensionais (Estudo 1), são relevantes:

- no que se refere a *inputs*, especificamente aos recursos: a gestão do conhecimento e evolução, o suporte aos processos decisórios, a cooperação e a visão comum (facilitadores); a falta de apoio à decisão e o facto de a informação não suportar os processos de conhecimento (barreiras);
- no que se refere aos *inputs* históricos: a ética e a confiança mútua (facilitadores) e profissionais não comprometidos (barreira);

- no que se refere ao *input* ambiente: a cooperação para além do hospital (facilitador); e barreiras nos cuidados de saúde primários (barreira). A consultoria surge tanto como facilitador, como barreira. O predomínio de influências internas no sucesso das intervenções baseadas no valor sugere que as organizações de saúde devam atentar nos seus elementos internos, pois tensões internas em desequilíbrio poderão comprometer essas intervenções, ainda que num ambiente favorável;
- no que respeita ao trabalho: o desenvolvimento da inovação (facilitador); bloqueios à inovação e a priorização pelo urgente imediato (barreiras);
- no que respeita às pessoas: novas funções e competências e gerar e desenvolver lideranças (facilitadores); o domínio das velhas linhas de poder e a inadequação de competências (barreiras);
- no que respeita à estrutura e processos informais: a partilha e aprendizagem (facilitador); e, inversamente, a não aprendizagem (barreira);
- no que respeita à estrutura formal: gerir talento e a articulação dentro do hospital (facilitadores); e as fronteiras internas (barreiras);
- quanto aos *outputs*, ao nível organizacional: as intenções de aumentar valor e o sentido de serviço ao doente (facilitadores); a ineficiência sistémica e o desfoque do doente (barreiras);
- quanto aos *outputs*, ao nível grupal: a otimização partilhada dos processos e soluções (facilitador);
- quanto a *outputs*, ao nível individual: o *engagement* e empoderamento dos profissionais e o desenvolvimento pessoal (facilitadores).

Verificam-se facilitadores que esbatem barreiras, bem como forças em equilíbrio, como:

- identificar indicadores relevantes⁴⁷ (*input* de recursos), face à impossibilidade de medir o que é desejável⁴⁷ (*input* de recursos) – tensão situada transversalmente a todos os níveis de gestão;
- ter dados sobre o próprio desempenho¹⁵¹ (*input* de recursos) face ao foco excessivo nos dados dos doentes¹⁷¹ (*input* de recursos) – tensão situada ao nível operacional;
- a partilha de conhecimento funcional transversal não ser suportada pelos sistemas de informação¹⁷¹ (*input* de recursos), face à importância da criação de métodos para uma compreensão partilhada dos processos e problemas¹⁶⁸ (*input* de recursos) – tensão situada ao nível operacional horizontal e ao nível operacional, respetivamente;

- a ética profissional¹⁴⁸ (*input* de história) face aos profissionais que aderem às intervenções baseadas no valor apenas superficialmente¹⁸² (*input* de história) – tensão situada a todos os níveis horizontal e verticalmente e ao nível intermédio e operacional (horizontal), respetivamente;
- a fraca adaptação dos modelos e metodologias¹⁸² (trabalho), face à importância da compatibilização da inovação com as competências, práticas de trabalho e objetivos organizacionais da organização¹⁷⁴ (trabalho) – tensão situada ao nível intermédio e operacional (horizontal) e ao nível operacional, por um lado, e a todos os níveis horizontal e verticalmente, por outro;
- a fraca qualidade da formação¹⁴³ (estrutura e processos informais), face à importância de formar os profissionais para a criação de líderes¹⁷⁹ (estrutura e processos informais) – tensão situada a todos os níveis (horizontal e verticalmente);
- obstáculos na configuração do hospital¹⁵⁸ (estrutura formal), face à importância da integração das equipas clínicas, operacionais e financeiras¹⁶⁹ (estrutura formal) – tensão situada ao nível operacional horizontal;
- os silos¹⁴⁸ (estrutura formal), face à importância da comunicação entre departamentos¹⁷⁶ (estrutura formal) – tensão situada entre o nível operacional horizontal interno e para além das fronteiras do hospital, respetivamente;
- a descentralização¹⁶⁷ (estrutura formal), face à importância do envolvimento de todos os níveis¹⁷⁴ (estrutura formal) – tensão situada ao nível do topo;
- a confiança e autoridade das lideranças em reuniões formais e informais¹⁷³ (pessoas), face ao mandato limitado no âmbito da hierarquia do hospital¹⁷³ (pessoas) – tensão situada ao nível operacional horizontal;
- a falta de consciência de custos¹⁴⁸ (*output* organizacional), face à importância do foco na *saúde* organizacional¹⁴⁵ (*output* organizacional) – tensão situada ao nível operacional horizontal interno, operacional horizontal e para além das fronteiras do hospital, por um lado, e ao nível intermédio e operacional, por outro;
- a força do hábito¹⁷⁷ (*output* organizacional), face à importância de ter a perspetiva do doente como ponto de partida¹⁵² (*output* organizacional) – tensão situada ao nível operacional e a todos os níveis (horizontal e verticalmente), respetivamente;
- o ajustamento dos próprios agentes de mudança à organização tal como ela existe¹⁷³ (pessoas), face à identificação das questões culturais e éticas¹⁷² (*output* grupal) – tensão situada ao nível operacional horizontal e ao nível de topo, respetivamente;

- linhas de poder questionadas¹⁸² (*output* organizacional), face à redução de distinções de estatuto e de empoderamento da linha da frente¹⁷⁵ (*output* individual)
 - tensão situada ao nível intermédio e operacional (horizontalmente) e ao nível operacional horizontal, respetivamente.

Todos os elementos da organização são determinantes da sua congruência na procura da melhoria do valor. Importa que cada organização compreenda o grau de mudança que implicará a sua transição para um modelo de valor e que, nessa avaliação, reconheça, compreenda e atenda aos focos tensionais, de modo estratégico.

Na Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor (Estudo 2), encontram-se tanto componentes (tendencialmente) informais e componentes (tendencialmente) formais, formando um icebergue organizacional⁴⁴, tendo na cúpula da organização (e dentro da dimensão formal), a cooperação interna, e na sua base (e incluída na dimensão informal), a identidade organizacional. Tanto na zona (tendencialmente) formal, como na zona (tendencialmente) informal, observam-se fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos, que, em contexto de estratégia deliberada, fomentam por um lado e travam por outro a transformação da estratégia pretendida – a intervenção baseada no valor – em estratégia realizada. Dentro das componentes informais, deteta-se a importância do comportamento estratégico autónomo⁴⁶, que alimenta a estratégia emergente⁴⁵, que, por sua vez, conflui na estratégia realizada. Parte da estratégia deliberada (a intervenção baseada no valor) pode, assim, promover o aparecimento desses comportamentos autónomos nos grupos de profissionais, cumprindo os objetivos globais da organização. Existem dois códigos teóricos que ajudam na compreensão de como este comportamento estratégico autónomo pode emergir: o *buy-in* das LIO, centrado em poder tratar as pessoas, e a apropriação da estratégia pelas LIO, centrada no reflexo do que é importante para os profissionais nessa estratégia.

Dois fatores moderadores negativos informais convergem para o *disengagement* das LIO, centrado no facto de não ser refletido na estratégia o trabalho que é importante para os profissionais: o descrédito da estratégia, centrado no cinismo institucional, e o descrédito das lideranças, centrado no incumprimento de promessas. Em relação de equilíbrio com o descrédito das lideranças, encontra-se a confiança nas lideranças, enquanto fator moderador positivo, centrado no respeito e reconhecimento das LIO pelas LT. A identidade organizacional explica os fenómenos observados na componente (tendencialmente) informal, centrada na articulação e coordenação, isto é, na compreensão da cadeia de valor interna.

Nas componentes (tendencialmente) formais, encontram-se três fatores moderadores negativos: as unidades territoriais, centradas na gestão de serviço, observando-se um isolamento funcional; o desperdício de gestão, centrado na gestão de hábitos; e a impreparação, centrada no déficit de liderança. A preparação surge como fator moderador positivo formal, centrada na compreensão da cadeia de valor de que o hospital faz parte. A cooperação interna explica o conjunto de fenómenos observados na componente (tendencialmente) formal, centrada no diálogo, proximidade e trabalho conjunto.

A Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor sugere a necessidade de congruência entre:

- a história, que pode ser facilitadora (confiança nas lideranças) ou barreira (descrédito das lideranças, descrédito da estratégia, *disengagement* das LIO);
- os processos informais, que podem ser facilitadores (*buy-in* das LIO e apropriação das LIO);
- a estrutura, que pode constituir-se como barreira (unidades territoriais e seu isolamento funcional);
- as pessoas, que podem constituir um facilitador (preparação) ou uma barreira (impreparação); e
- o trabalho, que pode ser barreira (desperdício de gestão).

A história e os processos informais situam-se na base do icebergue, nas fundações da organização. O trabalho, as pessoas e a estrutura situam-se acima dessa base, suportados nela. A construção de uma organização tendente ao modelo de valor sustenta-se, assim, em subsistemas organizativos.

Apesar de distintos na Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor, não pretende estabelecer-se uma fronteira precisa entre o que é informal e o que é formal. Trata-se de uma separação artificial, inspirada em Selfridge e Sokolik⁴⁴ e em Nadler e Tushman^{29,42}, que procura clarificar a relevância dos dois aspetos, tal como decorre do desenvolvimento do Estudo 2. Parece importar, assim, acima de tudo, compreender a presença destes elementos formais e informais na implementação de intervenções baseadas no valor.

A Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor apresenta tensões entre fatores moderadores positivos e fatores moderadores negativos, como, por exemplo:

- a adaptação do discurso à linguagem reconhecida pelos profissionais, face ao discurso de produção e custos;

- o envolvimento das LIO no desenho da estratégia, face ao facto de não ser o trabalho que é importante para os profissionais refletido na estratégia;
- compreender a filosofia e a mecânica da estratégia, face ao erro na comunicação da estratégia;
- a mudança e inovação organizacional, face à gestão de hábitos;
- a rede de apoio interna, face à falta de apoio entre os próprios órgãos de suporte;
- o diálogo, proximidade e trabalho conjunto, a responsabilização entre LIO e LT e a coesão interna, face à bilateralidade;
- a articulação e coordenação (compreender a cadeia de valor interna), face à gestão de serviço;
- a identidade organizacional e a cooperação interna, face às unidades territoriais.

Finalmente, apresentamos duas implicações práticas dos Estudos desenvolvidos: a Contratualização Interna Baseada no Valor, composta das etapas de diagnóstico situacional, planos de ação, execução, seguimento e avaliação; e o *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas, uma ferramenta de apoio à condução de intervenções baseadas no valor em hospitais integrados no SNS, constituído pelas perspetivas de aprendizagem e inovação, processos internos, doentes, eficiência e finanças e relacionamento interinstitucional.

Porque se trata de organizações complexas, deve entender-se a importância das interações entre os elementos encontrados na Síntese das Dinâmicas Tensionais e na Anatomia de Intervenções Baseadas no Valor, bem como entre as etapas e perspetivas propostas, respetivamente, na Contratualização Interna Baseada no Valor e no *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas.

Os Estudos oferecem, pois, um determinado nível de conhecimento, nomeadamente quanto a barreiras e facilitadores resultantes da Revisão Sistemática e quanto a fatores moderadores positivos e negativos resultantes da *grounded theory*, que condicionam a transição (congruente) para um modelo de valor. Contudo, entende-se que os modelos propostos da Contratualização Interna Baseada no Valor e do *Balanced Scorecard* de Cinco Perspetivas alcançarão a sua concretização na forma como vão interagir entre si essas barreiras, facilitadores e fatores moderadores. A antecipação e explicitação de como funcionam e evoluirão nos vários sistemas organizativos as interações identificadas nos Estudos não foram o escopo deste estudo, mas poderão constituir-se como uma futura linha de investigação.

Aliás, a dinâmica dessas interações, relacionada com a complexidade das organizações de saúde e de cada organização em particular, poderá inclusivamente proporcionar

novos modelos, melhorados ou, pelo contrário, limitados ou possíveis. Neste aspeto, tem-se falado em teoria da tradução aplicada às inovações na gestão (*management innovations*)¹⁹⁸, referindo-se que, neste campo, a força da evidência não é tão importante como acontece nas inovações técnicas ou médicas. A ênfase dessas inovações gestionárias está, pois, mais na sua adaptabilidade e contextualização ao local no qual venham a ser implementadas, questão tensional igualmente relatada no estudo de Damschroder e colegas¹⁸⁴. É, assim, mais frutuoso compreender a implementação de intervenções baseadas no valor como um processo dinâmico e não somente como planeamento e execução, o que implica aproveitar a oportunidade de tradução dessas inovações para que se adequem à sua organização, mais do que procurar a fidelidade ao conceito original (mantendo-se, em todo o caso, como uma implementação do mesmo tipo, isto é, de intervenções baseadas no modelo de valor)¹⁹⁸. Esta tradução deve ser, por isso, iterativa e até onde apenas se adequa aos assuntos internos do hospital¹⁹⁸, o mesmo aplicando-se aos resultados da presente investigação. É, contudo, sempre importante a reflexão antes, durante e após a implementação da intervenção¹⁸⁴.

Nesta perspetiva, importa rever o proposto pelo estudo de Damanpour¹⁸⁵, que demonstrou como o tipo de inovação organizacional e a fase de adoção é menos importante do que o tipo de organização que adota as inovações e o escopo destas. Também Ham e colegas⁹⁹ concluem que o impacto das iniciativas depende do contexto local e da forma como os mecanismos para a mudança são usados. Neste sentido, podemos concluir, segundo os resultados do presente trabalho, que será mais importante que um gestor hospitalar atenda aos facilitadores, barreiras e fatores moderadores de uma qualquer intervenção baseada no valor que considere implementar, identificados, por exemplo, no nosso estudo, do que a uma intervenção específica. Nesta medida, será prudente observar a recomendação atualmente feita pela ACSS para a implementação de processos de contratualização interna nos hospitais e centros hospitalares com a ressalva de que não existe um modelo ideal e que, caso falhe a consideração por aqueles elementos, qualquer tentativa estará provavelmente comprometida. Será preciso prudência na ambição e tempo para que a organização seja capaz dessa mudança⁹⁹.

Importará considerar, ainda, aspetos gerais respeitantes à gestão da mudança, amplamente estudada, pois ela própria se configura, de acordo com os nossos resultados (Estudo 1), como um facilitador na implementação de uma intervenção baseada no valor.

Cumpre, finalmente, realçar o correspondente *abandono (de-implementation)* de intervenções ineficientes¹⁹⁹, isto é, contrárias ao aumento do valor, referindo-se, nesse aspeto, a importância das teorias de hábitos, da aprendizagem de desenvolvimento, ou das teorias de alinhamento organizacional, na linha, aliás, do tema da congruência, base concetual deste trabalho. O conhecimento de como abandonar intervenções ineficientes é, contudo, ainda limitado¹⁹⁹, pelo que o aprofundamento desta temática pode igualmente interessar à continuidade da investigação, no âmbito da matéria tratada neste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Molden MM, Brown III CL, Griffith BE. At the heart of integration: aligning physicians and administrators to create new value. *Front Health Serv Manage*. 2013;29(4):3–16.
2. Swensen SJ, Dilling JA, Mc Carty PM, Bolton JW, Harper CM. The business case for health-care quality improvement. *J Patient Saf*. 2013 Mar;9(1):44–52.
3. Berenson RA. If you can't measure performance, can you improve it? *Am Med Assoc*. 2016;315(17):645–6.
4. Karash JA. Investing in value-based health care. *Hosp Heal Networks*. 2013;87(5):54–8.
5. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending: part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*. 2003 Feb 18;138(4):288–98.
6. Fisher ES, Wennberg DE, Se T, Stukel A, Gottlieb DJ, Lucas FL, et al. The implications of regional variations in Medicare spending: part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med*. 2003;138:273–87.
7. Henshall C, Schuller T. Health technology assessment, value-based decision making, and innovation. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(4):353–9.
8. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007 Mar 14;297(10):1103–11.
9. Shannon D. Managing the critical transition from volume to value. *Physician Exec*. 2011;37(3):4–9.
10. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010 Dec 23;363(26):2477–81.
11. Porter ME. Supplementary appendix 1: what is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(1):2477–81.
12. Olson SA, Obremskey WT. Aligning physician and hospital incentives: Editorial comment. *Clin Orthop Relat Res*. 2013;471(6):1773–4.
13. Lee TH. Putting the value framework to work. *N Engl J Med*. 2010 Dec 23;363(26):2481–2.
14. Trybou J, Gemmel P, Annemans L. The ties that bind: an integrative framework of physician-hospital alignment. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(36):DOI 10.1186/1472-6963-11-36.
15. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harv Bus Rev*. 2004;82(6):64–76.
16. Sowers MSN KW, Newman MHA PR, Langdon MHA JC. Evolution of physician-hospital alignment models: a case study of comanagement. *Clin Orthop Relat Res*. 2013;471(6):1818–23.
17. Larsson S, Lawyer P, Silverstein MB. From concept to reality: putting value-based health care into practice in Sweden. Boston: The Boston Consulting Group; 2010.
18. Toussaint J, Krueger D, Shortell SM, Milstein A, Cutler DM. ACO model should encourage efficient care delivery. *Healthcare*. 2015 Sep;3(3):150–2.
19. Kenagy JW, McCarthy SM, Young DW, Barrett D, Pinakiewicz DC. Toward a value-based health care system. *Am J Med*. 2001 Feb;110(2):158–63.

20. Landman JH. Finding a common language for value-based health care. *Healthc Financ Manag.* 2012;66(3):134–6.
21. MacNulty A, Kennedy D. Beyond the models: investing in physician-hospital relationships. *Healthc Financ Manag.* 2008;62(12):72–7.
22. Page AE, Butler CA, Bozic KJ. Factors driving physician-hospital alignment in orthopaedic surgery. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;471(6):1809–17.
23. Abernethy MA, Lillis AM. Interdependencies in organization design: a test in hospitals. *J Manag Account Res.* 2001;13:107–29.
24. Block D. Disruptive innovation: contributing to a value-based health care system. *PEJ.* 2013;Sep/Oct:46–52.
25. Greenspun H, Bercik W. Cost-outcomes focus is essential for ACO Success. *Healthc Financ Manag.* 2013;67(2):96–102.
26. Weeks WB. Using shared decision-making to improve healthcare value. *Healthc Financ Manag.* 2013;67(11):134–6.
27. Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organizations. *N Engl J Med.* 2011;365(22):2045–7.
28. Satiani B, Vaccaro P. A critical appraisal of physician-hospital integration models. *J Vasc Surg.* 2010;51(4):1046–53.
29. Nadler DA, Tushman ML. Organizational frame bending: principles for managing reorientation. *Acad Manag Exec.* 1989;III(3):194–204.
30. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, editors. Purchasing to improve health systems performance. New York, NY: European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
31. Saltman RB., Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization; 1997.
32. Millenson ML. Pay for performance: the best worst choice. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(5):323–4.
33. Borges C, Ramalho R, Bajanca M, Oliveira T, Major M, Diz P, et al. Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Temático(9):141–60.
34. Escoval A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Temático(9):7–24.
35. Ferreira A, Escoval A, Lourenço A, Matos T, Ribeiro R. A contratualização de cuidados de saúde. In: Simões J, editor. 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina; 2010. p. 425–59.
36. Kazandjian VA. Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Temático(9):117–28.
37. Matos TT, Ferreira AC, Lourenço A, Escoval A. Contratualização interna vs. contratualização externa. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Temático(9):161–80.
38. Tomás A. Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Temático(9):73–94.
39. Valente MC. Contratualização em contexto hospitalar. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Temático(9):25–39.
40. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde.

- Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2018.
41. Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais; 2010.
 42. Nadler DA, Tushman ML. A model for diagnosing organizational behavior. *Organ Dyn*. 1980 Sep;9(2):35–51.
 43. Gioia DA, Corley KG, Hamilton AL. Seeking qualitative rigor in inductive research: notes on the Gioia methodology. *Organ Res Methods*. 2013;16(1):15–31.
 44. Selfridge RJ, Sokolik SL. A comprehensive view of organization development. *MSU Bus Top*. 1975;23(1):46–61.
 45. Mintzberg H. Patterns in strategy formation. *Manage Sci*. 1978;24(9):934–48.
 46. Mirabeau L, Maguire S. From autonomous strategic behavior to emergent strategy. *Strateg Manag J*. 2014 Aug;35(8):1202–29.
 47. Nilsson K, Bååthe F, Andersson AE, Wikström E, Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish university hospital: a longitudinal interview study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Dec 28;17(169):1–12.
 48. Moriates C, Dohan D, Spetz J, Sawaya GF. Defining competencies for education in health care value: recommendations from the University of California, San Francisco Center for Healthcare Value Training Initiative. *Acad Med*. 2015 Apr;90(4):421–4.
 49. Levin LS, Mba LG. Aligning incentives in health care physician practice and health system partnership. *Clin Orthop Relat Res*. 2013;471(6):1824–31.
 50. Ranawat AS, Koenig JH, Thomas AJ, Krna CD, Shapiro LA. Aligning physician and hospital incentives: the approach at hospital for special surgery. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467(10):2535–41.
 51. Harbeck C. Hospital-physician alignment: the 1990s versus now. *Healthc Financ Manage*. 2011;65(4):45–82.
 52. Burns LR, Muller RW. Hospital-physician collaboration: landscape of economic integration and impact on clinical integration. *Milbank Q*. 2008;86(3):375–434.
 53. Burns T, Stalker G. The management of innovation. In: Burns T, Stalker G, editors. *The management of innovation*. London: Tavistock; 1961. p. 103–8.
 54. Lawrence PR, Lorsch JW. Differentiation and integration in complex organizations. *Adm Sci Q*. 1967 Jun;12(1):1–30.
 55. Keith RE, Crosson JC, O'malley AS, Crompt D, Taylor EF. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implement Sci*. 2017;12(15).
 56. Brennan K. Kevin Brennan on value-driven innovation. *Healthc Financ Manag*. 2010;64(7):32–4.
 57. Barros PP. O preço da saúde. *J Port Gastreenterol*. 2007;14:194–8.
 58. Luft HS. Policy-oriented research on improved physician incentives for higher value health care. *Health Serv Res*. 2015 Dec;50(S2, Part II):2187–215.
 59. Moriates C, Mourad M, Novelerio M, Wachter RM. Development of a hospital-based program focused on improving healthcare value. *J Hosp Med*. 2014

Oct;9(10):671–7.

60. Moriates C, Shah NT, Arora VM. A framework for the frontline: how hospitalists can improve healthcare value. *J Hosp Med*. 2016 Apr;11(4):297–302.
61. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, Committee on the Learning Health Care System in America, Institute of Medicine, editors. *Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America*. Washington, DC: National Academy of Sciences. The National Academies; 2013.
62. Toussaint J, Shortell S, Mannon M. Improving the value of healthcare delivery using publicly available performance data in Wisconsin and California. *Healthcare*. 2014 Jul;2:85–9.
63. Kawamoto K, Martin CJ, Williams K, Tu M-C, Park CG, Hunter C, et al. Value Driven Outcomes (VDO): a pragmatic, modular, and extensible software framework for understanding and improving health care costs and outcomes. *J Am Med Inf Assoc*. 2015;22(1):223–35.
64. Landman JH. The value-driven revenue cycle. *Healthc Financ Manag*. 2013;67(7):90–1.
65. Hupp JR. The value of improving value. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014;72:843–5.
66. Porter ME. Supplementary appendix 2: measuring health outcomes: the outcome hierarchy. *N Engl J Med*. 2010;363(2):2477–81.
67. Dias CC. A cadeia de valor em saúde: tornar os sistemas de saúde mais sustentáveis. *Rev Port Med Geral Fam*. 2016;32:354–6.
68. Benzel EC. Volume, value and turbochargers: bridging the chasm between volume and value-based health care [PPT]. *Clin Neurosurg*. 2015 Aug;62(1):73–8.
69. Hansen MT, Birkinshaw J. The innovation value chain. *Harv Bus Rev*. 2007;85(6):121–30, 142.
70. Pedrosa MC, Malik AM. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2757–72.
71. Redondo P, Ribeiro M, Lopes M, Borges M, Gonçalves FR. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? *ecancer* [Internet]. 2019;13(959):DOI 10.3332/ecancer.2019.959. Available from: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.959>
72. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203)]. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.
73. Sokol R. More for less: if only we could get them to do it! *Heal Pap*. 2013;13(2):46–50.
74. Weeks WB, Weinstein JN. Caveats to consider when calculating healthcare value. *Am J Med*. 2015;128(8):802–3.
75. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev*. 2011;89(9):46–64.
76. Bastian ND, Munoz D, Ventura M. A mixed-methods research framework for healthcare process improvement. *J Pediatr Nurs*. 2016 Jan;31(1):e39–51.
77. Grossman JH. Disruptive innovation in health care: challenges for engineering. *Bridg*. 2008;Spring:10–6.

78. Toussaint JS. A Management, leadership, and board road map to transforming care for patients care for patients [PPT]. In: CvPAC conference, May 22, 2014, Sherbrooke (Québec). Sherbrooke, Québec: Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue du réseau de la santé et des services sociaux du Québec; 2014.
79. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA*. 2013 Feb 27;309(8):775–6.
80. Simões J. A avaliação do desempenho de hospitais. *Rev Port Saúde Pública*. 2004;4:91–120.
81. Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity-based costing. *Harv Bus Rev*. 2004;82(11):131–8.
82. Chhabra KR, Dimick JB. Hospital networks and value-based payment fertile ground for regionalizing high-risk surgery relationship of a mandated 1-hour evacuation policy and outcomes for combat casualties. *JAMA*. 2015;314(13):1335–6.
83. Mayes R. Moving (realistically) from volume-based to value-based health care payment in the USA: starting with Medicare payment policy. *J Health Serv Res Policy*. 2011 Oct;16(4):249–51.
84. Ayanian J, Markel H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *N Engl J Med*. 2016;375(3):205–7.
85. Escoval A, Vaz A. Financiamento e classificação de doentes: Grupos de Diagnóstico Homogêneos. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar; 2010.
86. Patel PH, Siemons D, Shields MC. Proven methods to achieve high payment for performance. *Med Pract Manag*. 2007;23(1):5–11.
87. Roland M, Dudley RA. How financial and reputational incentives can be used to improve medical care. *Health Serv Res*. 2016 Dec;50:2090–115.
88. Porter ME, Kaplan RS. How should we pay for health care? Boston, MA: Harvard Business School; 2015.
89. Conway PH. Value-driven health care: implications for hospitals and hospitalists. *J Hosp Med*. 2009;4(8):507–11.
90. Fink KS. Value-driven health care: proceed with caution. *J Am Board Fam Med*. 2008;21(5):458–561.
91. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy (New York)*. 2013;110:115–30.
92. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges, and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
93. Doliveux R. Aligning incentives for value-based health care. *Health Aff*. 2012 Apr 1;31(4):883–883.
94. Toussaint J, Milstein A, Shortell S. How the pioneer ACO model needs to change: lessons from its best-performing ACO. *JAMA*. 2013 Oct 2;310(13):1341–2.
95. Lima E. A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogarítmico. *Rev Port Saúde Pública*. 2003;Temático(3):19–28.

96. Campbell RJ. Change management in health care. *Health Care Manag (Frederick)*. 2008;27(1):23–39.
97. Harten WH van. Turning teams and pathways into integrated practice units: appearance characteristics and added value. *Int J Care Coord*. 2018;21(4):113–6.
98. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev*. 2013;October.
99. Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. *Milbank Q*. 2003;81(3):415–39.
100. Hernandez SE, Conrad DA, Marcus-Smith MS, Reed P, Watts C. Patient-centered innovation in health care organizations: a conceptual framework and case study application. *Health Care Manage Rev*. 2013;38(2):166–75.
101. Lustig A, Ogden M, Brenner RW, Penso J, Westrich KD, Dubois RW. The central role of physician leadership for driving change in value-based care environments. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016 Oct 26;22(10):1116–1122a.
102. McCauley JL. Guidelines and value-based decision making: an evolving role for payers. *N C Med J*. 2015 Sep 1;76(4):243–6.
103. Perlin JB, Horner SJ, Englebright JD, Bracken RM. Rapid core measure improvement through a “business case for quality.” *J Healthc Qual*. 2014 Mar;36(2):50–61.
104. Carlos RC. Value-driven health care: the purchasers’ perspective. *J Am Coll Radiol*. 2008 Jun;5(6):719–26.
105. Goodroe JH. Using comparative data to improve healthcare value. *Healthc Financ Manag*. 2010;64(6):63–6.
106. Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med*. 2010 Aug 12;363(7):683–8.
107. Moriates C, Wong BM. High-value care programmes from the bottom-up... and the top-down. *BMJ Qual Saf Online First*. 2016;25:821–3.
108. Schneller ES, Wilson NA. Professionalism in 21st century professional practice: autonomy and accountability in orthopaedic surgery. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Oct 18;467(10):2561–9.
109. Butcher L. Hospitalists role in a value-driven organization. *Hosp Heal Networks*. 2014;88(5):41–4.
110. Strite S, Stuart ME. What is an evidence-based, value-based health care system? (part 1). *Physician Exec*. 2005;Jan/Feb:50–4.
111. NHS England. NHS commissioning: What is commissioning? [Internet]. Leeds: NHS England; 2018 [cited 2018 Jul 24]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/what-is-commissioning/>
112. Perrot J. Different approaches to contracting in health systems. *Bull World Health Organ*. 2006;84(11):859–66.
113. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. A contratualização: conceptualização [Internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2007 [cited 2018 Jul 25]. Available from: <https://tinyurl.com/yc6tubbu>
114. Jesuíno JC. Acordos negociados. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;Temático(9):65–

72.

115. Decreto-Lei n.º 374/99. Diário da República n.º 219. Série I-A (1999-09-18) 6489 - 6493.
116. Decreto-Lei n.º 19/88. Diário da República n.º 17. 3º Suplemento. Série I (1988-01-21) 248-(20) a 248-(23).
117. Decreto-Lei n.º 18/2017. Diário da República n.º 30. Série I (2017-02-10) 694-720.
118. Portaria n.º 330/2017. Diário da República n.º 210. Série I (2017-10-31) 5848-5852.
119. Portaria n.º 71/2018. Diário da República n.º 48. Série I (2018-03-08) 1214-1215.
120. Despacho n.º 10823/2010. Diário da República n.º 126. Série II (2010-07-01) 35874-35875.
121. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harv Bus Rev.* 1992;Jan-Feb:70–9.
122. Kaplan RS. Conceptual foundations of the balanced scorecard. *Handbooks Manag Account Res.* 2009;3:1253–69.
123. Bartlett CA, Ghoshal S. Matrix management: not a structure, a frame of mind. *Harv Bus Rev.* 1990;1–14.
124. Quivy R, Van Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais. 5th ed. Lisboa: Gradiva; 2008.
125. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research [Copyright© 1967]. New Brunswick: Aldine Transaction; 2006.
126. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: an overview. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 273–85.
127. Holton JA. Qualitative tussles in undertaking a Grounded Theory study. *Grounded Theory Rev.* 2009;8(3):37–49.
128. Hood JC. Orthodoxy vs. power: the defining traits of Grounded Theory. In: Bryant A, Charmaz K, editors. *The SAGE handbook of Grounded Theory*. Los Angeles: SAGE Publications; 2010. p. 151–64.
129. Hernandez CA. Theoretical coding in Grounded Theory methodology. *Grounded Theory Rev.* 2009;9(3):51–66.
130. Bryant A, Charmaz K. Introduction: Grounded Theory research: methods and practices. In: Bryant A, Charmaz K, editors. *The SAGE handbook of Grounded Theory*. Los Angeles: SAGE Publications; 2010. p. 1–28.
131. Noble H, Mitchell G. What is Grounded Theory? *Evid Based Nurs.* 2016;19(2):34–5.
132. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2nd ed. Porto Alegre: Artemed; 2009.
133. Correia M. A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enferm.* 2009;13(2):30–6.
134. Lapassade G. L'observation participante. *Rev Eur Etnogr Educ.* 2001;1(1):9–26.
135. Young R, Noble J, Mahon A, Maxted M, Grant J, Sibbald B. Evaluation of international recruitment of health professionals in England. *J Health Serv Res*

- Policy. 2010 Oct;15(4):195–203.
136. Glaser BG. Doing formal theory. In: Bryant A, Charmaz K, editors. *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Wiltshire: SAGE Publications; 2010. p. 97–113.
 137. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 2006.
 138. Lockwood C, Munn Z, K P. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Heal*. 2015;13:179–87.
 139. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC Methods Programme*. Swindon, UK: Economic and Social Research Council; 2006.
 140. Sousa CF, Branco MZPC. Meta-síntese: uma revisão da literatura: contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. *Enferm Foco*. 2013;4(2):97–101.
 141. Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. *Qual Health Res*. 2004 Dec;14(10):1342–65.
 142. Moher D, Liberati A, Altman D, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009;6:e1000097. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
 143. Abdallah A. Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014 Apr 3;27(3):166–81.
 144. Abrahams E, Balch A, Goldsmith P, Kean M, Miller AM, Omenn G, et al. Clinical pathways: recommendations for putting patients at the center of value-based care. *Clin Cancer Res*. 2017 Aug 15;23(16):4545–9.
 145. Aij KH, Rapsaniotis S. Leadership requirements for lean versus servant leadership in health care: a systematic review of the literature. *J Healthc Leadersh*. 2017 Jan 18;9:1–14.
 146. Bowman J, Duran A, Duffy B, Gladding S, Baum K. Teaching high-value care: a novel morning report. *Clin Teach*. 2015 Jun;12(3):165–70.
 147. Busari JO, Duits AJ. The strategic role of competency based medical education in health care reform: a case report from a small scale, resource limited, Caribbean setting. *BMC Res Notes* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 17];8(13):DOI 10.1186/s13104-014-0963-1. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/13>
 148. Buttigieg SC, Schuetz M, Bezzina F. Value chains of public and private health-care services in a small EU island state: a SWOT analysis. *Front Public Heal*. 2016 Sep 14;4:201.
 149. Damberg CL, Sorbero ME, Lovejoy SL, Martsolf GR, Raaen L, Mandel D. Measuring success in health care value-based purchasing programs: findings from an environmental scan, literature review, and expert panel discussions. *Rand Heal Q*. 2014 Dec 30;4(3):9.
 150. Day CB, Witt RR, Oelke ND. Integrated care transitions: emergency to primary health care. *J Integr Care*. 2016 Aug 15;24(4):225–32.
 151. Ducatman AM, Tacker DH, Ducatman BS, Long D, Perrotta PL, Lawther H, et al.

- Quality improvement intervention for reduction of redundant testing. *Acad Pathol.* 2017;4:1–10.
152. Andersson AE, Bååthe F, Wikström E, Nilsson K. Understanding value-based healthcare: an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *J Hosp Adm.* 2015;4(4):64–72.
 153. Gorbenko KO, Frazee T, Lewis VA. Redesigning care delivery with patient support personnel: learning from Accountable Care Organizations. *Int J Care Coord.* 2016;19(3–4):73–83.
 154. Groves KS. Examining the impact of succession management practices on organizational performance: a national study of U.S. hospitals. *Health Care Manage Rev.* 2017 Aug;1–10.
 155. Gupta R, Moriates C, Harrison JD, Valencia V, Ong M, Clarke R, et al. Development of a high-value care culture survey: a modified Delphi process and psychometric evaluation. *BMJ Qual Saf.* 2017 Jun;26(6):475–83.
 156. Gupta R, Shah NT, Moriates C, Wallingford S, Arora VM. Disseminating innovations in teaching value-based care through an online learning network. *J Grad Med Educ.* 2017;August:509–13.
 157. Hellström A, Lifvergren S, Gustavsson S, Gremyr I. Adopting a management innovation in a professional organization. *Bus Process Manag J.* 2015 Sep 7;21(5):1186–203.
 158. Hellström A, Lifvergren S, Quist J. Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. *J Manuf Technol Manag.* 2010 May 4;21(4):499–511.
 159. Johnson DP, Lind C, Parker SES, Beuschel C, VanVliet S, Nichols J, et al. Toward high-value care: a quality improvement initiative to reduce unnecessary repeat complete blood counts and basic metabolic panels on a pediatric hospitalist service. *Hosp Pediatr.* 2016 Jan 1;6(1):1–8.
 160. Kaplan R, Witkowski M, Abbott M, Guzman A, Higgins L, Meara J, et al. Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare. *J Heal Manag.* 2014;59(6):399–412.
 161. Karlen E, McCathie B. Implementation of a quality improvement process aimed to deliver higher-value physical therapy for patients with low back pain: case report. *Phys Ther.* 2015 Dec 1;95(12):1712–21.
 162. Keel G, Savage C, Rafiq M, Mazzocato P. Time-driven activity-based costing in health care: a systematic review of the literature. *Health Policy (New York).* 2017 Jul;121(7):755–63.
 163. Klaiman T, Pracilio V, Kimberly L, Cecil K, Legnini M. Leveraging effective clinical registries to advance medical care quality and transparency. *Popul Health Manag.* 2014 Apr;17(2):127–33.
 164. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Aff.* 2012 Jan 1;31(1):220–7.
 165. Liu SS, Guo KL, Chang C-S, Wu D, Wen-Hua Kong D, Ming-Long Huang C, et al. Using a social entrepreneurial approach to enhance the financial and social value of health care organizations. *J Heal Care Financ.* 2014;40(3):31–46.
 166. Maly MB, Lawrence S, Jordan MK, Davies WJ, Weiss MJ, Deitrick L, et al. Prioritizing partners across the continuum. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Nov;13(9):811–6.

167. Manary M, Staelin R, Kosel K, Schulman KA, Glickman SW. Organizational characteristics and patient experiences with hospital care: a survey study of hospital chief patient experience officers. *Am J Med Qual*. 2015 Sep 20;30(5):432–40.
168. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Heal Care*. 2010 Oct 1;19(5):376–82.
169. McLaughlin N, Burke MA, Setlur NP, Niedzwiecki DR, Kaplan AL, Saigal C, et al. Time-driven activity-based costing: a driver for provider engagement in costing activities and redesign initiatives. *Neurosurg Focus*. 2014 Nov;37(5):E3.
170. Millenson ML, DiGioia AM, Greenhouse PK, Swieskowski D. Turning patient-centeredness from ideal to real: lessons from 2 success stories. *J Ambul Care Manage*. 2013;36(4):319–34.
171. Myllärniemi J, Laihonon H, Karppinen H, Seppänen K. Knowledge management practices in healthcare services. *Meas Bus Excell*. 2012 Nov 9;16(4):54–65.
172. Nelson WA, Taylor E, Walsh T. Building an ethical organizational culture. *Health Care Manag (Frederick)*. 2014;33(2):158–64.
173. Nilsson K, Sandoff M. Managing processes of inpatient care and treatment. *J Health Organ Manag*. 2015 Nov 16;29(7):1029–46.
174. Øvretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, Gustafsson H, Hansson J, Keller C, et al. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare. *J Health Organ Manag*. 2012 May 18;26(2):237–57.
175. Robbins J, Garman AN, Song PH, McAlearney AS. How high-performance work systems drive health care value: an examination of leading process improvement strategies. *Qual Manag Health Care*. 2012;21(3):188–202.
176. Salama GR, Sullivan C, Holzwanger D, Giambrone AE, Min RJ, Hentel KD. Improving care and education through a radiology resident-driven clinical consultation service. *Acad Radiol*. 2017 Sep;24(9):1175–81.
177. Sedrak MS, Patel MS, Ziemba JB, Murray D, Kim EJ, Dine CJ, et al. Residents' self-report on why they order perceived unnecessary inpatient laboratory tests. *J Hosp Med*. 2016 Dec;11(12):869–72.
178. Thaker NG, Ali TN, Porter ME, Feeley TW, Kaplan RS, Frank SJ. Communicating value in health care using radar charts: a case study of prostate cancer. *J Oncol Pract*. 2016 Sep;12(9):811–20.
179. Umbdenstock R, Joshi M, Seidman J. Hospitals of the future. *World Hosp Heal Serv*. 2011;47(3):15–9.
180. Valentijn PP, Biermann C, Bruijnzeels MA. Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(330):DOI 10.1186/s12913-016-1586-0.
181. Van Citters AD, Fahlman C, Goldmann DA, Lieberman JR, Koenig KM, DiGioia AM, et al. Developing a pathway for high-value, patient-centered total joint arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2014 May 3;472(5):1619–35.
182. Waring JJ, Bishop S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. *Soc Sci Med*. 2010 Oct;71(7):1332–40.
183. Zygourakis CC, Valencia V, Moriates C, Boscardin CK, Catschegn S, Rajkomar A, et al. Association between surgeon scorecard use and operating room costs. *JAMA Surg*. 2017 Mar 1;152(3):284.

184. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(50).
185. Damanpour F. Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Acad Manag J.* 1991;34(3):555–90.
186. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *Int J Integr Care.* 2012;12(5).
187. Liebhaber A, Draper D, Cohen G. Hospital strategies to engage physicians in quality improvement. *Issue Br / Cent Stud Heal Syst Chang.* 2009;127:1–4.
188. Massoudi BL, Marcial LH, Tant E, Adler-Milstein J, West SL. Using health information exchanges to calculate clinical quality measures: a study of barriers and facilitators. *Healthcare.* 2016 Jun;4(2):104–8.
189. Decreto-Lei n.º 50-A/2007. Diário da República n.º 42. 2º Suplemento. Série I (2007-02-28) 1414-(26) a 1414-(29).
190. Decreto-Lei n.º 61/2018. Diário da República n.º 149. Série I (2018-08-03) 3771-3777.
191. Decreto-Lei n.º 44/2012. Diário da República n.º 39. Série I (2012-02-23) 877-878.
192. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2017. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2016.
193. Santana R, Marques P, editors. A integração vertical de cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2016. (Obras avulsas; 9).
194. Gonzalo JD, Haidet P, Blatt B, Wolpaw DR. Exploring challenges in implementing a health systems science curriculum: a qualitative analysis of student perceptions. *Med Educ.* 2016 May;50(5):523–31.
195. Moser EM, Fazio SB, Packer CD, Glod SA, Smith CD, Alguire PC, et al. SOAP to SOAP-V: a new paradigm for teaching students high value care. *Am J Med.* 2017 Nov;130(11):1331–1336.e2.
196. Psek W, Daniel Davis F, Gerrity G, Stametz R, Daniel F. Leadership perspectives on operationalizing the learning health care system in an integrated delivery system. eGEMs (Generating Evid Methods to Improv patient outcomes) [Internet]. 2016;4(3):DOI 10.13063/2327-9214.1233. Available from: <http://dx.doi.org/10.13063/2327-9214.1233>
197. Escoval A. Formação-ação: a contratualização nos serviços de saúde [PPT]. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar; 2013.
198. Colldén C, Hellström A. Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(681).
199. Hasson H, Augustsson H, Von Thiele Schwarz U. Empirical and conceptual investigation of de-implementation of low-value care from professional and health care system perspectives: a study protocol. *Implement Sci.* 2018;13(67).

Lista de autores

(continua)

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
143.	Abdallah A. Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges. <i>Int J Health Care Qual Assur.</i> 2014 Apr 3;27(3):166–81.
23.	Abernethy MA, Lillis AM. Interdependencies in organization design: a test in hospitals. <i>J Manag Account Res.</i> 2001;13:107–29.
144.	Abrahams E, Balch A, Goldsmith P, Kean M, Miller AM, Omenn G, et al. Clinical pathways: recommendations for putting patients at the center of value-based care. <i>Clin Cancer Res.</i> 2017 Aug 15;23(16):4545–9.
145.	Aij KH, Rapsaniotis S. Leadership requirements for lean versus servant leadership in health care: a systematic review of the literature. <i>J Healthc Leadersh.</i> 2017 Jan 18;9:1–14.
152.	Andersson AE, Bååthe F, Wikström E, Nilsson K. Understanding value-based healthcare: an interview study with project team members at a Swedish university hospital. <i>J Hosp Adm.</i> 2015;4(4):64–72.
84.	Ayanian J, Markel H. Donabedian's lasting framework for health care quality. <i>N Engl J Med.</i> 2016;375(3):205–7.
57.	Barros PP. O preço da saúde. <i>J Port Gastreenterol.</i> 2007;14:194–8.
123.	Bartlett CA, Ghoshal S. Matrix management: not a structure, a frame of mind. <i>Harv Bus Rev.</i> 1990;1–14.
76.	Bastian ND, Munoz D, Ventura M. A mixed-methods research framework for healthcare process improvement. <i>J Pediatr Nurs.</i> 2016 Jan;31(1):e39–51.
68.	Benzel EC. Volume, value and turbochargers: bridging the chasm between volume and value-based health care [PPT]. <i>Clin Neurosurg.</i> 2015 Aug;62(1):73–8.
3.	Berenson RA. If you can't measure performance, can you improve it? <i>Am Med Assoc.</i> 2016;315(17):645–6.
24.	Block D. Disruptive innovation: contributing to a value-based health care system. <i>PEJ.</i> 2013;Sep/Oct:46–52.
27.	Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organizations. <i>N Engl J Med.</i> 2011;365(22):2045–7.
33.	Borges C, Ramalho R, Bajanca M, Oliveira T, Major M, Diz P, et al. Implementação de um sistema de custeio por actividades nos hospitais do SNS. <i>Rev Port Saúde Pública.</i> 2010;Temático(9):141–60.
146.	Bowman J, Duran A, Duffy B, Gladding S, Baum K. Teaching high-value care: a novel morning report. <i>Clin Teach.</i> 2015 Jun;12(3):165–70.
56.	Brennan K. Kevin Brennan on value-driven innovation. <i>Healthc Financ Manag.</i> 2010;64(7):32–4.
130.	Bryant A, Charmaz K. Introduction: Grounded Theory research: methods and practices. In: Bryant A, Charmaz K, editors. <i>The SAGE handbook of Grounded Theory.</i> Los Angeles: SAGE Publications; 2010. p. 1–28.
52.	Burns LR, Muller RW. Hospital-physician collaboration: landscape of economic integration and impact on clinical integration. <i>Milbank Q.</i> 2008;86(3):375–434.
53.	Burns T, Stalker G. The management of innovation. In: Burns T, Stalker G, editors. <i>The management of innovation.</i> London: Tavistock; 1961. p. 103–8.
147.	Busari JO, Duits AJ. The strategic role of competency based medical education in health care reform: a case report from a small scale, resource limited, Caribbean setting. <i>BMC Res Notes</i> [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 17];8(13):DOI 10.1186/s13104-014-0963-1. Available from: http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/13
109.	Butcher L. Hospitalists role in a value-driven organization. <i>Hosp Heal Networks.</i> 2014;88(5):41–4.
148.	Buttigieg SC, Schuetz M, Bezzina F. Value chains of public and private health-care services in a small EU island state: a SWOT analysis. <i>Front Public Heal.</i> 2016 Sep 14;4:201.
96.	Campbell RJ. Change management in health care. <i>Health Care Manag (Frederick).</i> 2008;27(1):23–39.
104.	Carlos RC. Value-driven health care: the purchasers' perspective. <i>J Am Coll Radiol.</i> 2008 Jun;5(6):719–26.
137.	Charmaz K. <i>Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis.</i> London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 2006.
106.	Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. <i>N Engl J Med.</i> 2010 Aug 12;363(7):683–8.
82.	Chhabra KR, Dimick JB. Hospital networks and value-based payment fertile ground for regionalizing high-risk surgery relationship of a mandated 1-hour evacuation policy and outcomes for combat casualties. <i>JAMA.</i> 2015;314(13):1335–6.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
198.	Colldén C, Hellström A. Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. BMC Health Serv Res. 2018;18(681).
89.	Conway PH. Value-driven health care: implications for hospitals and hospitalists. J Hosp Med. 2009;4(8):507–11.
133.	Correia M. A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar Enferm. 2009;13(2):30–6.
185.	Damanpour F. Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. Acad Manag J. 1991;34(3):555–90.
149.	Damberg CL, Sorbero ME, Lovejoy SL, Martsof GR, Raaen L, Mandel D. Measuring success in health care value-based purchasing programs: findings from an environmental scan, literature review, and expert panel discussions. Rand Heal Q. 2014 Dec 30;4(3):9.
184.	Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(50).
150.	Day CB, Witt RR, Oelke ND. Integrated care transitions: emergency to primary health care. J Integr Care. 2016 Aug 15;24(4):225–32.
117.	Decreto-Lei n.o 18/2017. Diário da República n.o 30. Série I (2017-02-10) 694-720.
116.	Decreto-Lei n.o 19/88. Diário da República n.o 17. 3o Suplemento. Série I (1988-01-21) 248-(20) a 248-(23).
115.	Decreto-Lei n.o 374/99. Diário da República n.o 219. Série I-A (1999-09-18) 6489 - 6493.
191.	Decreto-Lei n.o 44/2012. Diário da República n.o 39. Série I (2012-02-23) 877-878.
189.	Decreto-Lei n.o 50-A/2007. Diário da República n.o 42. 2o Suplemento. Série I (2007-02-28) 1414-(26) a 1414-(29).
190.	Decreto-Lei n.o 61/2018. Diário da República n.o 149. Série I (2018-08-03) 3771-3777.
120.	Despacho n.o 10823/2010. Diário da República n.o 126. Série II (2010-07-01) 35874-35875.
67.	Dias CC. A cadeia de valor em saúde: tornar os sistemas de saúde mais sustentáveis. Rev Port Med Geral Fam. 2016;32:354–6.
93.	Doliveau R. Aligning incentives for value-based health care. Health Aff. 2012 Apr 1;31(4):883–883.
72.	Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203)]. Milbank Q. 2005;83(4):691–729.
151.	Ducatman AM, Tacker DH, Ducatman BS, Long D, Perrotta PL, Lawther H, et al. Quality improvement intervention for reduction of redundant testing. Acad Pathol. 2017;4:1–10.
91.	Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy (New York). 2013;110:115–30.
79.	Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. JAMA. 2013 Feb 27;309(8):775–6.
85.	Escoval A, Vaz A. Financiamento e classificação de doentes: Grupos de Diagnóstico Homogêneos. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar; 2010.
197.	Escoval A. Formação-ação: a contratualização nos serviços de saúde [PPT]. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar; 2013.
34.	Escoval A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). Rev Port Saúde Pública. 2010;Temático(9):7–24.
35.	Ferreira A, Escoval A, Lourenço A, Matos T, Ribeiro R. A contratualização de cuidados de saúde. In: Simões J, editor. 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra: Almedina; 2010. p. 425–59.
30.	Figueroa J, Robinson R, Jakubowski E, editors. Purchasing to improve health systems performance. New York, NY: European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
90.	Fink KS. Value-driven health care: proceed with caution. J Am Board Fam Med. 2008;21(5):458–561.
6.	Fisher ES, Wennberg DE, Se T, Stukel A, Gottlieb DJ, Lucas FL, et al. The implications of regional variations in Medicare spending: part 1: the content, quality, and accessibility of care. Ann Intern Med. 2003;138:273–87.
5.	Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending: part 2: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med. 2003 Feb 18;138(4):288–98.
43.	Gioia DA, Corley KG, Hamilton AL. Seeking qualitative rigor in inductive research: notes on the Gioia methodology. Organ Res Methods. 2013;16(1):15–31.
125.	Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research [Copyright© 1967]. New Brunswick: Aldine Transaction; 2006.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
136.	Glaser BG. Doing formal theory. In: Bryant A, Charmaz K, editors. The SAGE Handbook of Grounded Theory. Wiltshire: SAGE Publications; 2010. p. 97–113.
194.	Gonzalo JD, Haidet P, Blatt B, Wolpaw DR. Exploring challenges in implementing a health systems science curriculum: a qualitative analysis of student perceptions. Med Educ. 2016 May;50(5):523–31.
105.	Goodroe JH. Using comparative data to improve healthcare value. Healthc Financ Manag. 2010;64(6):63–6.
153.	Gorbenko KO, Frazee T, Lewis VA. Redesigning care delivery with patient support personnel: learning from Accountable Care Organizations. Int J Care Coord. 2016;19(3–4):73–83.
25.	Greenspun H, Bercik W. Cost-outcomes focus is essential for ACO Success. Healthc Financ Manag. 2013;67(2):96–102.
77.	Grossman JH. Disruptive innovation in health care: challenges for engineering. Bridg. 2008;Spring:10–6.
154.	Groves KS. Examining the impact of succession management practices on organizational performance: a national study of U.S. hospitals. Health Care Manage Rev. 2017 Aug;1–10.
155.	Gupta R, Moriates C, Harrison JD, Valencia V, Ong M, Clarke R, et al. Development of a high-value care culture survey: a modified Delphi process and psychometric evaluation. BMJ Qual Saf. 2017 Jun;26(6):475–83.
156.	Gupta R, Shah NT, Moriates C, Wallingford S, Arora VM. Disseminating innovations in teaching value-based care through an online learning network. J Grad Med Educ. 2017;August:509–13.
99.	Ham C, Kipping R, McLeod H. Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. Milbank Q. 2003;81(3):415–39.
69.	Hansen MT, Birkinshaw J. The innovation value chain. Harv Bus Rev. 2007;85(6):121–30, 142.
51.	Harbeck C. Hospital-physician alignment: the 1990s versus now. Healthc Financ Manage. 2011;65(4):45–82.
97.	Harten WH van. Turning teams and pathways into integrated practice units: appearance characteristics and added value. Int J Care Coord. 2018;21(4):113–6.
199.	Hasson H, Augustsson H, Von Thiele Schwarz U. Empirical and conceptual investigation of de-implementation of low-value care from professional and health care system perspectives: a study protocol. Implement Sci. 2018;13(67).
157.	Hellström A, Lifvergren S, Gustavsson S, Gremyr I. Adopting a management innovation in a professional organization. Bus Process Manag J. 2015 Sep 7;21(5):1186–203.
158.	Hellström A, Lifvergren S, Quist J. Process management in healthcare: investigating why it's easier said than done. J Manuf Technol Manag. 2010 May 4;21(4):499–511.
7.	Henshall C, Schuller T. Health technology assessment, value-based decision making, and innovation. Int J Technol Assess Health Care. 2013;29(4):353–9.
129.	Hernandez CA. Theoretical coding in Grounded Theory methodology. Grounded Theory Rev. 2009;9(3):51–66.
100.	Hernandez SE, Conrad DA, Marcus-Smith MS, Reed P, Watts C. Patient-centered innovation in health care organizations: a conceptual framework and case study application. Health Care Manage Rev. 2013;38(2):166–75.
127.	Holton JA. Qualitative tussles in undertaking a Grounded Theory study. Grounded Theory Rev. 2009;8(3):37–49.
128.	Hood JC. Orthodoxy vs. power: the defining traits of Grounded Theory. In: Bryant A, Charmaz K, editors. The SAGE handbook of Grounded Theory. Los Angeles: SAGE Publications; 2010. p. 151–64.
65.	Hupp JR. The value of improving value. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72:843–5.
114.	Jesuino JC. Acordos negociados. Rev Port Saúde Pública. 2010;Temático(9):65–72.
159.	Johnson DP, Lind C, Parker SES, Beuschel C, VanVliet S, Nichols J, et al. Toward high-value care: a quality improvement initiative to reduce unnecessary repeat complete blood counts and basic metabolic panels on a pediatric hospitalist service. Hosp Pediatr. 2016 Jan 1;6(1):1–8.
160.	Kaplan R, Witkowski M, Abbott M, Guzman A, Higgins L, Meara J, et al. Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare. J Heal Manag. 2014;59(6):399–412.
81.	Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity-based costing. Harv Bus Rev. 2004;82(11):131–8.
121.	Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard: measures that drive performance. Harv Bus Rev. 1992;Jan-Feb:70–9.
75.	Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev. 2011;89(9):46–64.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
122.	Kaplan RS. Conceptual foundations of the balanced scorecard. <i>Handbooks Manag Account Res.</i> 2009;3:1253–69.
4.	Karash JA. Investing in value-based health care. <i>Hosp Heal Networks.</i> 2013;87(5):54–8.
161.	Karlen E, McCathie B. Implementation of a quality improvement process aimed to deliver higher-value physical therapy for patients with low back pain: case report. <i>Phys Ther.</i> 2015 Dec 1;95(12):1712–21.
63.	Kawamoto K, Martin CJ, Williams K, Tu M-C, Park CG, Hunter C, et al. Value Driven Outcomes (VDO): a pragmatic, modular, and extensible software framework for understanding and improving health care costs and outcomes. <i>J Am Med Inf Assoc.</i> 2015;22(1):223–35.
36.	Kazandjian VA. Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations. <i>Rev Port Saúde Pública.</i> 2010;Temático(9):117–28.
162.	Keel G, Savage C, Rafiq M, Mazzocato P. Time-driven activity-based costing in health care: a systematic review of the literature. <i>Health Policy (New York).</i> 2017 Jul;121(7):755–63.
55.	Keith RE, Crosson JC, O'malley AS, Crompt D, Taylor EF. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. <i>Implement Sci.</i> 2017;12(15).
19.	Kenagy JW, McCarthy SM, Young DW, Barrett D, Pinakiewicz DC. Toward a value-based health care system. <i>Am J Med.</i> 2001 Feb;110(2):158–63.
163.	Klaiman T, Pracilio V, Kimberly L, Cecil K, Legnini M. Leveraging effective clinical registries to advance medical care quality and transparency. <i>Popul Health Manag.</i> 2014 Apr;17(2):127–33.
20.	Landman JH. Finding a common language for value-based health care. <i>Healthc Financ Manag.</i> 2012;66(3):134–6.
64.	Landman JH. The value-driven revenue cycle. <i>Healthc Financ Manag.</i> 2013;67(7):90–1.
134.	Lapassade G. L'observation participante. <i>Rev Eur Ethnogr Educ.</i> 2001;1(1):9–26.
164.	Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. <i>Health Aff.</i> 2012 Jan 1;31(1):220–7.
17.	Larsson S, Lawyer P, Silverstein MB. From concept to reality: putting value-based health care into practice in Sweden. Boston: The Boston Consulting Group; 2010.
54.	Lawrence PR, Lorsch JW. Differentiation and integration in complex organizations. <i>Adm Sci Q.</i> 1967 Jun;12(1):1–30.
13.	Lee TH. Putting the value framework to work. <i>N Engl J Med.</i> 2010 Dec 23;363(26):2481–2.
49.	Levin LS, Mba LG. Aligning incentives in health care physician practice and health system partnership. <i>Clin Orthop Relat Res.</i> 2013;471(6):1824–31.
187.	Liebhaber A, Draper D, Cohen G. Hospital strategies to engage physicians in quality improvement. <i>Issue Br / Cent Stud Heal Syst Chang.</i> 2009;127:1–4.
95.	Lima E. A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogarítmico. <i>Rev Port Saúde Pública.</i> 2003;Temático(3):19–28.
186.	Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. <i>Int J Integr Care.</i> 2012;12(5).
165.	Liu SS, Guo KL, Chang C-S, Wu D, Wen-Hua Kong D, Ming-Long Huang C, et al. Using a social entrepreneurial approach to enhance the financial and social value of health care organizations. <i>J Heal Care Financ.</i> 2014;40(3):31–46.
138.	Lockwood C, Munn Z, K P. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. <i>Int J Evid Based Heal.</i> 2015;13:179–87.
58.	Luft HS. Policy-oriented research on improved physician incentives for higher value health care. <i>Health Serv Res.</i> 2015 Dec;50(S2, Part II):2187–215.
101.	Lustig A, Ogden M, Brenner RW, Penso J, Westrich KD, Dubois RW. The central role of physician leadership for driving change in value-based care environments. <i>J Manag Care Spec Pharm.</i> 2016 Oct 26;22(10):1116–1122a.
21.	MacNulty A, Kennedy D. Beyond the models: investing in physician-hospital relationships. <i>Healthc Financ Manag.</i> 2008;62(12):72–7.
166.	Maly MB, Lawrence S, Jordan MK, Davies WJ, Weiss MJ, Deitrick L, et al. Prioritizing partners across the continuum. <i>J Am Med Dir Assoc.</i> 2012 Nov;13(9):811–6.
167.	Manary M, Staelin R, Kosel K, Schulman KA, Glickman SW. Organizational characteristics and patient experiences with hospital care: a survey study of hospital chief patient experience officers. <i>Am J Med Qual.</i> 2015 Sep 20;30(5):432–40.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
188.	Massoudi BL, Marcial LH, Tant E, Adler-Milstein J, West SL. Using health information exchanges to calculate clinical quality measures: a study of barriers and facilitators. <i>Healthcare</i> . 2016 Jun;4(2):104–8.
37.	Matos TT, Ferreira AC, Lourenço A, Escoval A. Contratualização interna vs. contratualização externa. <i>Rev Port Saúde Pública</i> . 2010;Temático(9):161–80.
83.	Mayes R. Moving (realistically) from volume-based to value-based health care payment in the USA: starting with Medicare payment policy. <i>J Health Serv Res Policy</i> . 2011 Oct;16(4):249–51.
168.	Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. <i>Qual Saf Heal Care</i> . 2010 Oct 1;19(5):376–82.
102.	McCauley JL. Guidelines and value-based decision making: an evolving role for payers. <i>N C Med J</i> . 2015 Sep 1;76(4):243–6.
169.	McLaughlin N, Burke MA, Setlur NP, Niedzwiecki DR, Kaplan AL, Saigal C, et al. Time-driven activity-based costing: a driver for provider engagement in costing activities and redesign initiatives. <i>Neurosurg Focus</i> . 2014 Nov;37(5):E3.
170.	Millenson ML, DiGioia AM, Greenhouse PK, Swieskowski D. Turning patient-centeredness from ideal to real: lessons from 2 success stories. <i>J Ambul Care Manage</i> . 2013;36(4):319–34.
32.	Millenson ML. Pay for performance: the best worst choice. <i>Qual Saf Health Care</i> . 2004;13(5):323–4.
45.	Mintzberg H. Patterns in strategy formation. <i>Manage Sci</i> . 1978;24(9):934–48.
46.	Mirabeau L, Maguire S. From autonomous strategic behavior to emergent strategy. <i>Strateg Manag J</i> . 2014 Aug;35(8):1202–29.
142.	Moher D, Liberati A, Altman D, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: the PRISMA statement. <i>PLoS Med</i> [Internet]. 2009;6:e1000097. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097
1.	Molden MM, Brown III CL, Griffith BE. At the heart of integration: aligning physicians and administrators to create new value. <i>Front Health Serv Manage</i> . 2013;29(4):3–16.
48.	Moriates C, Dohan D, Spetz J, Sawaya GF. Defining competencies for education in health care value: recommendations from the University of California, San Francisco Center for Healthcare Value Training Initiative. <i>Acad Med</i> . 2015 Apr;90(4):421–4.
59.	Moriates C, Mourad M, Noveler M, Wachter RM. Development of a hospital-based program focused on improving healthcare value. <i>J Hosp Med</i> . 2014 Oct;9(10):671–7.
60.	Moriates C, Shah NT, Arora VM. A framework for the frontline: how hospitalists can improve healthcare value. <i>J Hosp Med</i> . 2016 Apr;11(4):297–302.
107.	Moriates C, Wong BM. High-value care programmes from the bottom-up... and the top-down. <i>BMJ Qual Saf Online First</i> . 2016;25:821–3.
195.	Moser EM, Fazio SB, Packer CD, Glod SA, Smith CD, Alguire PC, et al. SOAP to SOAP-V: a new paradigm for teaching students high value care. <i>Am J Med</i> . 2017 Nov;130(11):1331–1336.e2.
171.	Myllärniemi J, Laihonon H, Karppinen H, Seppänen K. Knowledge management practices in healthcare services. <i>Meas Bus Excell</i> . 2012 Nov 9;16(4):54–65.
42.	Nadler DA, Tushman ML. A model for diagnosing organizational behavior. <i>Organ Dyn</i> . 1980 Sep;9(2):35–51.
29.	Nadler DA, Tushman ML. Organizational frame bending: principles for managing reorientation. <i>Acad Manag Exec</i> . 1989;III(3):194–204.
172.	Nelson WA, Taylor E, Walsh T. Building an ethical organizational culture. <i>Health Care Manag (Frederick)</i> . 2014;33(2):158–64.
111.	NHS England. NHS commissioning: What is commissioning? [Internet]. Leeds: NHS England; 2018 [cited 2018 Jul 24]. Available from: https://www.england.nhs.uk/commissioning/what-is-commissioning/
47.	Nilsson K, Bååthe F, Andersson AE, Wikström E, Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish university hospital: a longitudinal interview study. <i>BMC Health Serv Res</i> . 2017 Dec 28;17(169):1–12.
173.	Nilsson K, Sandoff M. Managing processes of inpatient care and treatment. <i>J Health Organ Manag</i> . 2015 Nov 16;29(7):1029–46.
131.	Noble H, Mitchell G. What is Grounded Theory? <i>Evid Based Nurs</i> . 2016;19(2):34–5.
12.	Olson SA, Obremskey WT. Aligning physician and hospital incentives: Editorial comment. <i>Clin Orthop Relat Res</i> . 2013;471(6):1773–4.
174.	Øvretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, Gustafsson H, Hansson J, Keller C, et al. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare. <i>J Health Organ Manag</i> . 2012 May 18;26(2):237–57.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
22.	Page AE, Butler CA, Bozic KJ. Factors driving physician-hospital alignment in orthopaedic surgery. <i>Clin Orthop Relat Res</i> . 2012;471(6):1809–17.
86.	Patel PH, Siemons D, Shields MC. Proven methods to achieve high payment for performance. <i>Med Pract Manag</i> . 2007;23(1):5–11.
70.	Pedroso MC, Malik AM. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. <i>Cien Saude Colet</i> . 2012;17(10):2757–72.
103.	Perlin JB, Horner SJ, Englebright JD, Bracken RM. Rapid core measure improvement through a “business case for quality.” <i>J Healthc Qual</i> . 2014 Mar;36(2):50–61.
112.	Perrot J. Different approaches to contracting in health systems. <i>Bull World Health Organ</i> . 2006;84(11):859–66.
139.	Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC Methods Programme. Swindon, UK: Economic and Social Research Council; 2006.
118.	Portaria n.o 330/2017. Diário da República n.o 210. Série I (2017-10-31) 5848-5852.
119.	Portaria n.o 71/2018. Diário da República n.o 48. Série I (2018-03-08) 1214-1215.
88.	Porter ME, Kaplan RS. How should we pay for health care? Boston, MA: Harvard Business School; 2015.
98.	Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. <i>Harv Bus Rev</i> . 2013;October.
8.	Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. <i>JAMA</i> . 2007 Mar 14;297(10):1103–11.
15.	Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. <i>Harv Bus Rev</i> . 2004;82(6):64–76.
11.	Porter ME. Supplementary appendix 1: what is value in health care? <i>N Engl J Med</i> . 2010;363(1):2477–81.
66.	Porter ME. Supplementary appendix 2: measuring health outcomes: the outcome hierarchy. <i>N Engl J Med</i> . 2010;363(2):2477–81.
10.	Porter ME. What is value in health care? <i>N Engl J Med</i> . 2010 Dec 23;363(26):2477–81.
113.	Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. A contratualização: conceptualização [Internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2007 [cited 2018 Jul 25]. Available from: https://tinyurl.com/yc6tubbu
192.	Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2017. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2016.
40.	Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2018.
41.	Portugal. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa: Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais; 2010.
196.	Psek W, Daniel Davis F, Gerrity G, Stametz R, Daniel F. Leadership perspectives on operationalizing the learning health care system in an integrated delivery system. <i>eGEMs (Generating Evid Methods to Improv patient outcomes)</i> [Internet]. 2016;4(3):DOI 10.13063/2327-9214.1233. Available from: http://dx.doi.org/10.13063/2327-9214.1233
124.	Quivy R, Van Campenhoudt L. Manual de investigação em ciências sociais. 5th ed. Lisboa: Gradiva; 2008.
50.	Ranawat AS, Koenig JH, Thomas AJ, Krna CD, Shapiro LA. Aligning physician and hospital incentives: the approach at hospital for special surgery. <i>Clin Orthop Relat Res</i> . 2009;467(10):2535–41.
71.	Redondo P, Ribeiro M, Lopes M, Borges M, Gonçalves FR. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? <i>ecancer</i> [Internet]. 2019;13(959):DOI 10.3332/ecancer.2019.959. Available from: https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.959
175.	Robbins J, Garman AN, Song PH, McAlearney AS. How high-performance work systems drive health care value: an examination of leading process improvement strategies. <i>Qual Manag Health Care</i> . 2012;21(3):188–202.
87.	Roland M, Dudley RA. How financial and reputational incentives can be used to improve medical care. <i>Health Serv Res</i> . 2016 Dec;50:2090–115.
176.	Salama GR, Sullivan C, Holzwanger D, Giambone AE, Min RJ, Hentel KD. Improving care and education through a radiology resident-driven clinical consultation service. <i>Acad Radiol</i> . 2017 Sep;24(9):1175–81.
31.	Saltman RB., Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization; 1997.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
193.	Santana R, Marques P, editors. A integração vertical de cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2016. (Obras avulsas; 9).
28.	Satiani B, Vaccaro P. A critical appraisal of physician-hospital integration models. J Vasc Surg. 2010;51(4):1046–53.
108.	Schneller ES, Wilson NA. Professionalism in 21st century professional practice: autonomy and accountability in orthopaedic surgery. Clin Orthop Relat Res. 2009 Oct 18;467(10):2561–9.
177.	Sedrak MS, Patel MS, Ziemba JB, Murray D, Kim EJ, Dine CJ, et al. Residents' self-report on why they order perceived unnecessary inpatient laboratory tests. J Hosp Med. 2016 Dec;11(12):869–72.
44.	Selfridge RJ, Sokolik SL. A comprehensive view of organization development. MSU Bus Top. 1975;23(1):46–61.
9.	Shannon D. Managing the critical transition from volume to value. Physician Exec. 2011;37(3):4–9.
80.	Simões J. A avaliação do desempenho de hospitais. Rev Port Saúde Pública. 2004;4:91–120.
61.	Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, Committee on the Learning Health Care System in America, Institute of Medicine, editors. Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington, DC: National Academy of Sciences. The National Academies; 2013.
92.	Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges, and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
73.	Sokol R. More for less: if only we could get them to do it! Heal Pap. 2013;13(2):46–50.
140.	Sousa CF, Branco MZPC. Meta-síntese: uma revisão da literatura: contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. Enferm Foco. 2013;4(2):97–101.
16.	Sowers MSN KW, Newman MHA PR, Langdon MHA JC. Evolution of physician-hospital alignment models: a case study of comanagement. Clin Orthop Relat Res. 2013;471(6):1818–23.
126.	Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: an overview. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 273–85.
132.	Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2nd ed. Porto Alegre: Artemed; 2009.
110.	Strite S, Stuart ME. What is an evidence-based, value-based health care system? (part 1). Physician Exec. 2005;Jan/Feb:50–4.
2.	Swensen SJ, Dilling JA, Mc Carty PM, Bolton JW, Harper CM. The business case for health-care quality improvement. J Patient Saf. 2013 Mar;9(1):44–52.
178.	Thaker NG, Ali TN, Porter ME, Feeley TW, Kaplan RS, Frank SJ. Communicating value in health care using radar charts: a case study of prostate cancer. J Oncol Pract. 2016 Sep;12(9):811–20.
141.	Thorne S, Jensen L, Kearney MH, Noblit G, Sandelowski M. Qualitative metasynthesis: reflections on methodological orientation and ideological agenda. Qual Health Res. 2004 Dec;14(10):1342–65.
38.	Tomás A. Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal. Rev Port Saúde Pública. 2010;Temático(9):73–94.
18.	Toussaint J, Krueger D, Shortell SM, Milstein A, Cutler DM. ACO model should encourage efficient care delivery. Healthcare. 2015 Sep;3(3):150–2.
94.	Toussaint J, Milstein A, Shortell S. How the pioneer ACO model needs to change: lessons from its best-performing ACO. JAMA. 2013 Oct 2;310(13):1341–2.
62.	Toussaint J, Shortell S, Mannon M. Improving the value of healthcare delivery using publicly available performance data in Wisconsin and California. Healthcare. 2014 Jul;2:85–9.
78.	Toussaint JS. A Management, leadership, and board road map to transforming care for patients care for patients [PPT]. In: CvPAC conference, May 22, 2014, Sherbrooke (Québec). Sherbrooke, Québec: Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue du réseau de la santé et des services sociaux du Québec; 2014.
14.	Trybou J, Gemmel P, Annemans L. The ties that bind: an integrative framework of physician-hospital alignment. BMC Health Serv Res. 2011;11(36):DOI 10.1186/1472-6963-11-36.
179.	Umbdenstock R, Joshi M, Seidman J. Hospitals of the future. World Hosp Heal Serv. 2011;47(3):15–9.
39.	Valente MC. Contratualização em contexto hospitalar. Rev Port Saúde Pública. 2010;Temático(9):25–39.

Citação no texto	Referência por autor (ordem alfabética)
180.	Valentijn PP, Biermann C, Bruijnzeels MA. Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. BMC Health Serv Res. 2016;16(330):DOI 10.1186/s12913-016-1586-0.
181.	Van Citters AD, Fahlman C, Goldmann DA, Lieberman JR, Koenig KM, DiGioia AM, et al. Developing a pathway for high-value, patient-centered total joint arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2014 May 3;472(5):1619–35.
182.	Waring JJ, Bishop S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. Soc Sci Med. 2010 Oct;71(7):1332–40.
74.	Weeks WB, Weinstein JN. Caveats to consider when calculating healthcare value. Am J Med. 2015;128(8):802–3.
26.	Weeks WB. Using shared decision-making to improve healthcare value. Healthc Financ Manag. 2013;67(11):134–6.
135.	Young R, Noble J, Mahon A, Maxted M, Grant J, Sibbald B. Evaluation of international recruitment of health professionals in England. J Health Serv Res Policy. 2010 Oct;15(4):195–203.
183.	Zygourakis CC, Valencia V, Moriates C, Boscardin CK, Catschegn S, Rajkomar A, et al. Association between surgeon scorecard use and operating room costs. JAMA Surg. 2017 Mar 1;152(3):284.

ANEXOS

Anexo 1. JBI *Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*



JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
--	-----	----	---------	----------------

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Are participants, and their voices, adequately represented? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Anexo 2. Avaliação da qualidade dos estudos incluídos na Revisão Sistemática e peso da evidência

Autor(es) e Ano	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Peso da evidência
Abdallah, 2014 ¹⁴³	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Abrahams <i>et al.</i> , 2017 ¹⁴⁴	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	40%
Aij e Rapsaniotis, 2017 ¹⁴⁵	1	1	1	1	1	0	0	NA	NA	1	75%
Bowman, Duran, Duffy, Gladding e Baum, 2015 ¹⁴⁶	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	80%
Busari e Duits, 2015 ¹⁴⁷	1	1	1	1	1	0	0	1	NA	1	78%
Buttigieg, Schuetz e Bezzina, 2016 ¹⁴⁸	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	80%
Damberg, Sorbero, Lovejoy, Martsolf, Raaen e Mandel, 2014 ¹⁴⁹	1	1	0	1	1	0	0	NA	NA	1	63%
Day, Witt e Oelke, 2016 ¹⁵⁰	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Ducatman <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵¹	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	100%
Andersson, Bååthe, Wikström e Nilsson, 2015 ¹⁵²	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	90%
Gorbenko, Frazee e Lewis, 2016 ¹⁵³	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	90%
Groves, 2017 ¹⁵⁴	1	1	1	1	1	0	0	NA	NA	1	75%
Gupta <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵⁵	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	80%
Gupta, Shah, Moriates, Wallingford e Arora, 2017 ¹⁵⁶	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Hellström, Lifvergren, Gustavsson e Gremyr, 2015 ¹⁵⁷	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Hellström, Lifvergren e Quist, 2010 ¹⁵⁸	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	60%
Johnson <i>et al.</i> , 2016 ¹⁵⁹	1	1	1	1	1	0	0	NA	0	1	67%
Kaplan <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁰	1	1	0	0	1	0	0	NA	0	1	44%
Karlen e McCathie, 2015 ¹⁶¹	1	1	1	1	1	0	0	NA	0	1	67%
Keel, Savage, Rafiq e Mazzocato, 2017 ¹⁶²	1	1	1	1	1	1	0	NA	NA	1	88%
Klaiman, Pracilio, Kimberly, Cecil e Legnini, 2014 ¹⁶³	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	70%
Larsson, Lawyer, Garellick, Lindahl e Lundstrom, 2012 ¹⁶⁴	1	1	0	1	1	0	1	NA	0	1	67%
Liu, Lu e Guo, 2014 ¹⁶⁵	1	1	1	1	1	0	0	NA	NA	1	75%
Maly <i>et al.</i> , 2012 ¹⁶⁶	1	1	1	1	1	0	0	NA	NA	1	75%
Manary, Staelin, Kosel, Schulman e Glickman, 2014 ¹⁶⁷	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	90%
Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson e Thor, 2010 ¹⁶⁸	1	1	1	1	1	1	0	NA	NA	1	88%
McLaughlin <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁹	1	1	1	1	1	1	0	NA	NA	1	88%
Millenson, DiGioia, Greenhouse e Swieskowski, 2013 ¹⁷⁰	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	100%
Myllärniemi, Laiho, Karppinen e Seppänen, 2012 ¹⁷¹	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	80%
Nelson, Taylor e Walsh, 2014 ¹⁷²	1	1	1	1	1	0	0	NA	NA	1	75%
Nilsson, Bååthe, Andersson, Wikström e Sandoff, 2017 ¹⁷³	1	1	1	1	1	1	0	1	NA	1	89%
Nilsson e Sandoff, 2015 ¹⁷⁴	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	80%
Øvretveit J <i>et al.</i> , 2012 ¹⁷⁵	1	1	1	1	1	0	0	NA	NA	1	75%
Robbins, Garman, Song e McAlearney, 2012 ¹⁷⁶	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Salama, Sullivan, Holzwange, Giambrone, Min e Hentel, 2017 ¹⁷⁷	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	40%
Sedrak <i>et al.</i> , 2016 ¹⁷⁸	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Thaker, Ali, Porter, Feeley, Kaplan e Frank, 2016 ¹⁷⁹	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	80%
Umbdenstock, Joshi e Seidman, 2011 ¹⁸⁰	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	50%
Valentijn, Biermann e Bruijnzeels, 2011 ¹⁸¹	1	1	1	1	1	1	0	1	NA	1	89%
Van Citters <i>et al.</i> , 2014 ¹⁸²	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	70%
Waring e Bishop, 2010 ¹⁸³	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	70%
Zygourakis <i>et al.</i> , 2017 ¹⁸⁴	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	80%

Legenda:

- Q1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica apresentada e a metodologia de investigação?
- Q2. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a questão ou objetivos de investigação?
- Q3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos de recolha de dados utilizados?
- Q4. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a representação e análise de dados?
- Q5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação de resultados?
- Q6. Existe uma declaração de posicionamento cultural ou teórico do investigador?
- Q7. É a influência do investigador na investigação atendida, e vice-versa?
- Q8. Estão os participantes e seus *advocates* adequadamente representados?
- Q9. É a investigação ética de acordo com os critérios correntes ou, relativamente a estudos recentes, existe evidência de aprovação ética de uma entidade adequada?
- Q10. As conclusões constantes do relatório de investigação decorrem da análise ou da interpretação dos dados?

Anexo 3. Artigos incluídos na Revisão Sistemática (por ordem alfabética do primeiro autor)

(continua)

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
Abdallah, 2014 ¹⁴³	Jordânia	Inquérito	Quality Initiatives (Total Quality Management (TQM), Excellence Models, Accreditation, Evidence-Based Medicine, Lean Management, Six Sigma, Other QI) (30)	Facilitadores Internos: Educating physicians on the new initiatives (DO); Training staff, especially nurses, on implementation (DO); Depth of implementation (DO); Team work abilities (PI); Quality culture (CO); Continuous improvement culture and environment (CO); Choosing the proper quality initiative (CO); Employees general understanding of the quality initiative (CO); Leadership buy-in (CO); Empowerment of the implementation team (CO); Leadership involvement and continuous support (CO) Barreiras Internas: Not understanding the new initiative (DO); Not educating managers about the initiative (DO); Not educating physicians about the initiative (DO); Poor quality education (DO); New initiative's complexity (DO); Resistance to new initiatives (DO); Slow and systematic implementation method (DO); Healthcare professionals' mind-set (CO); Low employee-morale (CO); The perception of physicians as leaders (CO)
Abrahams et al., 2017 ¹⁴⁴	Estados Unidos da América	Técnicas de consenso, entrevistas	Clinical Pathways (3)	Barreiras Internas: Redundant workflows (PI); Interference with the patient-provider decision-making (D); Lack of accountability to patients (D); Little transparency to help patients understand the initiative (D); Not engaging patient in the initiative development
Aij e Rapsaniotis, 2017 ¹⁴⁵	Emirados Árabes Unidos, Estados Unidos da América, União Europeia, Suécia, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Global (quando descrito)	Revisão narrativa sistemática	Lean Leaders (20)	Facilitadores Internos: Qualification of employees (DO); 5S (DO); 5-whys (DO); A3 framework (DO); Evaluation - shop-floor walking (DO); Intelligent automation (DO); Just in time (DO); Kaizen events (rapid improvement events) (DO); Kanban (inventory-control system to control the supply chain) (DO); Ohno cycle (DO); PDCA cycle (DO); Strategy deployment (DO); Value stream map (DO); Observe (DO); Personal observation of work (DO); Efficiency and less waste (EF); Doing more with less (EF); Remove waste to maximize value (EF); Long term sustainability (EF); Remove barriers (PI); Quality (PI); Effectiveness (PI); Standardization (PI); Focus on organization's well being (CO); Human development (CO); Development of others (CO); Self-development (CO); Doing the right thing (CO); Safety (CO); Appreciation and respect for others (CO); Commitment to respect (CO); Modesty and humility (CO); No blame approaches to mistakes and errors (CO); Listening (CO); Modeling (CO); Flexibility and teamwork (CO); Transparency, access and sharing (CO); Continuous improvement culture and environment (CO); Responsibility (CO); Open and trusting environment (CO); Openness (CO); Create a vision (CO); Establish goals (CO); Employee motivation (CO); Employee satisfaction (CO); Engagement and buy-in (CO); Staff empowerment at decision-making (CO); Higher competitive advantage (CO); Problem-solving approach (focus on process) (CO); Problem is opportunity (CO)
			Servant Leaders (34)	Facilitadores Internos: New Competence and Skills (DO); Checklists (DO); Authenticity as a tool (DO); Characteristics as a tool (DO); Desire to serve others as a tool (DO); Humility as a tool (DO); Moral core as a tool (DO); Personal values as a tool (DO); Stewardship as a tool (DO); Vision as a tool (DO); Sustainability (EF); Networking and collaboration (PI); Networking and collaboration

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
				(PI); Quality of service (PI); Develop a sustainable organization (CO); Commitment to growth of people (CO); Healing (CO); Serve patients and the community (CO); Building community (CO); Appreciation and respect for others (CO); Empathy (CO); Focus on leaders meeting the needs of others (CO); Modesty and humility (CO); Service (CO); Room to learn and to make mistakes (CO); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Listening (CO); Modeling (CO); Persuasion (CO); Flexibility and teamwork (CO); Team effectiveness (CO); Transparency, access and sharing (CO); Honesty (CO); Continuous improvement culture and environment (CO); Teaching (CO); Credibility (CO); Integrity (CO); Open and trusting environment (CO); Awareness (CO); Influence (CO); Create a vision (CO); Conceptualization (CO); Visibility (CO); Involvement, engagement and empowering (focus on people) (CO); Encouragement (CO); Safe psychological environment (CO); People-driven, person-oriented attitude (CO); Staff empowerment at decision-making (CO); Delegation and decentralized decisions (CO); Foresight (CO); Stewardship (CO); Pioneering (CO)
Bowman, Duran, Duffy, Gladding e Baum, 2015 ¹⁴⁶	Estados Unidos da América	Teste-reteste; aplicação de questionário após validação	Teaching high-value care - a novel morning report (40)	Facilitadores Internos: Understanding of the cost of all diagnostic tests (DO); Decreased likelihood that trainees would order extra diagnostic evaluations following the intervention (EF); Likelihood that the cost of a test would affect their future ordering practices (EF); Likelihood that the cost of a test would affect their timing of ordering a diagnostic evaluation
Busari e Duits, 2015 ¹⁴⁷	Curaçao (Reino dos Países Baixos)	Aplicação e síntese sistemática, opinião de peritos, entrevistas a stakeholders triangulação	Value-based health care (VBHC) system (47)	Facilitadores Internos: Frameworks to enable specification of educational content and training activities (DO); Identification of deficiencies in care and education in an efficient and simple manner (DO); Create opportunities for innovation in health care and education (DO); Indicators to assure and improve the quality of care (DO); Using quality indicators (DO); Safeguard the quality and safety of care (PI); Professional standards (PI); Opportunities to develop and demonstrate best practices (CO); Accountability among all stakeholders (CO); Effective distribution of professional responsibilities (CO)
Buttigieg, Schuetz e Bezzina, 2016 ¹⁴⁸	Malta	Workshops e análise SWOT	Value Chains of Public Health Care (46)	Facilitadores Internos: Algorithms in pathways (DO); State-of-the art medical imaging techniques (DO); Following discharge (RI); Collaboration between the public and private sectors (RI); Continuum of care (RI); Organization of care pathways (PI); Teaching (CO); Silos (identity) (CO); Focus on health promotion and health education (D) Barreiras Internas: Lack of awareness of costs (CO); Silos (CO); Non attending patients (D); Self-referrals to emergency department for the lower priority ailments (D) Facilitadores Externos: Use of information technology (DI); Patients' lobby groups on policy makers (D); Gatekeeping (CSP); Social media (OS) Barreiras Externas: No distinction between regulator, provider, and purchaser (SS); Lack of long-term care and rehabilitation beds creating several bottlenecks (PA) Absence of patient registration with GPs (CSP); Lack of accountability in primary care (CSP); Risk aversion by GPs (CSP); Silos (OS)
			Selling healthcare and related services (Group on	Facilitadores Internos: Ease of recruitment and selection (DO); Training on attaining standards on patient care (DO); Maximizing efficiency while ensuring low waste (EF); Optimal usage of technology (EF); Continuity and continuum of care

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
			<i>Private Sector</i> (33)	<p>(RI); Collaboration between the public and private sectors (RI); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Flexibility and teamwork (CO); High work ethic (CO); Employee motivation (CO); Achieve client satisfaction who returns (D); Aim of attracting clients (D); Introduction of new services based on clients' demands (D); Offering health screening packages (D); Optimal "hotel services" (D)</p> <p>Barreiras Internas: Overinvestigating (DO); Over-prescribing (EF); Prescribing more expensive drugs (EF); Using the more expensive medical imaging techniques (EF); The need for financial sustainability (EF); Tendency for a prolonged length of stay (PI); Risk aversion (CO); Advertises based by good return (D); Esthetics before patient safety (D); Illnesses or complications (D); Unnecessary recall of patients (D)</p> <p>Barreiras Externas: Interference from insurance companies (SS); Market-driven (SS)</p>
Damberg, Sorbero, Lovejoy, Martsof, Raaen e Mandel, 2014 ¹⁴⁹	Estados Unidos da América	Análise ambiental, painel de peritos	<i>Value-Based Purchasing Programs</i> (51)	<p>Facilitadores Internos: Measure alignment (DO); Performance targets (DO); Data quality improvement support (DO); Sizable incentives (EF); Engage providers (CO)</p>
Day, Witt e Oelke, 2016 ¹⁵⁰	Brasil	Investigação qualitativa, descritiva e exploratória, com recurso a entrevistas semiestruturadas	<i>Integrated Care Transitions Project</i> (16)	<p>Facilitadores Internos: Integration and communication (RI); Obtaining immediate information about the necessities of care (RI); Timely search for complementary services and resources (RI); Learning about each other's work setting (RI)</p>
Ducatman et al., 2017 ¹⁵¹	Estados Unidos da América	<i>Discordant Test Sensitivity Data</i>	<i>Quality Improvement Intervention for Reduction of Redundant Testing</i> (28)	<p>Facilitadores Internos: Data about own performance (DO); Evidence suggesting harm rather than cost savings (DO); Peer education (DO); Dashboard feedback (DO); Cross-service contamination (PI); Peer leader academic detailing (CO); Planning change (CO)</p>
Andersson, Bååthe, Wikström e Nilsson, 2015 ¹⁵²	Suécia	Desenho qualitativo, entrevistas abertas	<i>Value-based healthcare (VBHC)</i> (48)	<p>Facilitadores Internos: Benchmarking and Best Practices Sharing (DO); Discussing possibilities for learning (DO); Developing new measures (DO); Measuring real patient costs (DO); Not using misleading and rough-hewn measures (DO); Changes based on the results of outcome measures (DO); Seeing the changes in outcome measures (DO); Identification of areas for improvement based on outcomes measures (DO); Well-founded decisions for developmental work (DO); Relevant national quality registers on the patient perspective (DO); Organization of the work (DO); Reasonable and clear structure of the new tool (DO); Support systems to benchmarking (DO); Working methods that can create value (DO); Handling costs at the same time as providing valuable healthcare (EF); Improvements in cooperation with co-workers (PI); A change calling in organisational culture (CO); Talking about costs (CO); Identify and investigate the costs for care provided (CO); Listening to patient representatives (CO); Questioning the content of healthcare and how it is provided (CO); Self-critical attitude in the organization (CO); Really developing healthcare based on patient reported outcome measures (CO); Patient's view as the point of departure (CO); Acceptance of registering necessary data (CO)</p> <p>Barreiras Internas: Low level of registered data (DO); Explaining away one's own poorer results (DO); Not cooperating with peers (DO); Not learning from peers (DO)</p> <p>Facilitadores Externos: Quality registers (DI)</p>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
				Barreiras Externas: <i>Not all registered variables are useful as outcome measures (DI)</i>
Gorbenko, Frazee e Lewis, 2016 ¹⁵³	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas	<i>Redesigning Care Delivery with Patient Support Personnel at Accountable Care Organizations (ACO) (32)</i>	Facilitadores Internos: <i>Patient support personnel participate in provision of care (DO); Strategic deployment of patients support personnel across settings (RI); Using patient support personnel to improve care coordination across providers and settings (RI); Social and emotional support by patient support personnel (CO); Patient support personnel empowerment (CO); Risk stratification and workforce redesign (D)</i>
Groves, 2017 ¹⁵⁴	Estados Unidos da América	Entrevistas semiestruturadas, inquéritos	<i>Succession management practices on organizational performance (39)</i>	Facilitadores Internos: <i>Talent assessment practices (DO); Leadership bench strength (DO); Placement rate for executive level positions (DO); Role-based leadership development (DO); Multiple performance metrics (DO); Top management team engagement (CO); Selection and onboarding practices (CO); Patient satisfaction metrics (D)</i>
Gupta et al., 2017 ¹⁵⁵	Estados Unidos da América	Painel Delphi modificado, inquérito de corte transversal	<i>High-Value Care Culture Survey (HVCCS) (9)</i>	Facilitadores Internos: <i>Blame-free environment (CO); Comfort with cost conversations (CO); Data transparency and access (CO); Health system messaging (CO); Leadership (CO)</i>
Gupta, Shah, Moriates, Wallingford e Arora, 2017 ¹⁵⁶	Estados Unidos da América	Inquérito de corte transversal	<i>The Online Teaching Value in Health Care Learning Network (42)</i>	Facilitadores Internos: <i>Dissemination of work (DO); Learning about gaining resources (DO); Learning about developments in high-value care (DO); Implementation of innovation at home institution (RI); Networking and collaboration (PI)</i>
Hellström, Lifvergren, Gustavsson e Gremyr, 2015 ¹⁵⁷	Suécia	Abordagem investigação-ação	<i>Improvement knowledge as a management innovation (15)</i>	Facilitadores Internos: <i>Create a new profession of improvement experts (DO); Internal change agents (DO); Research-driven approach (DO); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Own vocabulary (CO)</i>
Hellström, Lifvergren e Quist, 2010 ¹⁵⁸	Suécia	Abordagem de investigação colaborativa em gestão (<i>collaborative management research approach</i>)	<i>Process management in healthcare (27)</i>	Barreiras Internas: <i>Obstacles in hospital design (DO); Administrative and information systems built upon different logic (DO); Few possibilities to increase money flowing by working in a customer-focused way (EF); Mission determined by functional organization rather than the patients (CO); Managers and physicians have different cognitive structures (CO); Unit identity (CO); Cognitive structures around functional bureaucracy (CO)</i>
Johnson et al., 2016 ¹⁵⁹	Estados Unidos da América	Análise de modo e efeito de falha modificado	<i>Rapid cycle plan-do-study-act (PDSA) quality improvement methodology (31)</i>	Facilitadores Internos: <i>Knowledge of laboratory charges (DO); Effective communication among the primary team (PI); Understanding the magnitude of the problem (CO)</i>
Kaplan et al., 2014 ¹⁶⁰	Estados Unidos da América	Estudos de caso	<i>Time-driven activity-based costing (TDABC) (43)</i>	Facilitadores Internos: <i>Multifacility benchmarking (DO); Identifying improvement opportunities (DO); Cost-reduction opportunities (EF); Reengineering to improve value (PI); Project sponsorship and leadership (CO)</i> Barreiras Internas: <i>The misaligned fee-for-service reimbursement system (EF); One clinical condition analyzed among many (CO)</i>
Karlen e McCathie, 2015 ¹⁶¹	Estados Unidos da América	Estudo de caso	<i>Quality Improvement Process Aimed to Deliver Higher Value Physical Therapy for Patients With Low Back Pain (29)</i>	Facilitadores Internos: <i>Continuous analysis of outcomes data (DO); Continuous collection of outcomes data (DO); Fostering a learning environment focused on meeting a population's needs (CO); Facilitating peer-led clinical and operational teams (CO); Establish care delivery expectations (CO)</i>
Keel, Savage, Rafiq e	Estados Unidos da América,	Revisão Sistemática	<i>Time-driven activity-based costing in</i>	Facilitadores Internos: <i>Ability to clarify how costs are incurred (DO); Accuracy of micro costing methods (DO); Simple calculation of total costs</i>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
Mazzocato, 2017 ¹⁶²	Canadá, Europa, Brasil, China, Índia		health care (TDABC) (45)	(DO); Managing the complex costing of hospital settings (EF); Provide costing information as basis for payer reimbursement schemes, and performance-based incentives (EF)
Klaiman, Pracilio, Kimberly, Cecil e Legnini, 2014 ¹⁶³	Estados Unidos da América	Abordagem do desvio positivo	Clinical Registries (4)	Facilitadores Internos: Data accuracy and completeness (DO); Data transparency (DO); Data standardization (DO); Financial sustainability (EF); Feedback to providers (CO); Participation by providers (clinical registries) (CO)
Larsson, Lawyer, Garelick, Lindahl e Lundstrom, 2012 ¹⁶⁴	Suécia, Austrália, Dinamarca Reino Unido, Estados Unidos da América	Entrevistas, observação	Disease Registries (6)	Facilitadores Internos: Comprehensive, and high-quality data to all (DO); Data transparency (DO); Active engagement with the clinical community (CO)
Liu, Lu e Guo, 2014 ¹⁶⁵	Taiwan	Metodologia de estudo de caso teoria-em-uso, estudos de grupos focais, entrevistas individuais	Social Entrepreneurial Approach of the Case Hospital System (37)	Facilitadores Internos: Creating social capital with alliances (DO); Open residency training programs for interns from other medical schools (DO); Transplantation of management system and support of clinical services (DO); Rotations at the management level (DO); Multiple dimensions of outputs (DO); Accountability centers (DO); Enterprise value creation (EF); Cost containment and control over (EF); Revenue streams from multiple customer-oriented service innovations (EF); Patient-centered care payment system (EF); Centralization of procurement and patient care processes (PI); Standardization of processes with performance indices (PI); Mission shared by the top management team (CO); Implementing policies to ensure quality of health services (CO); Focusing on providing health care to underserved populations (CO); Generating social benefits (CO); Quality health care at affordable prices (CO); Social and economic-financial value creation (CO); Enhanced quality of medical care of more advanced medical technologies (CO); Financial value and viability (CO); Improved equitable access to quality care (CO); Investment in education and advanced medical technologies (CO); Respectful and compassionate care for all (CO); Establishing systems for hearing the voices of the patients (CO); Entrepreneurial practices focusing on financial and social values (CO); Establishing systems for hearing the voices of the medical experts (CO); Market-oriented response to the environment (CO); Initiating innovative forms of private general hospitals (CO)
Maly et al., 2012 ¹⁶⁶	Estados Unidos da América	Questionários, entrevistas, fóruns, observação	Collaborative Partner Prioritization Tool (5)	Facilitadores Internos: Electronic health record compatibility determined (DO); Care continuum agreement (RI); Collaboration outcomes (RI); Technology links between hospital and partners (RI); Evolving speciality services (RI); Innovative services expanded to other facilities (RI); Engagement and buy-in (CO); Engage hospital and clinical leaders (CO); Executive leadership buy-in from the outset (CO)
Manary, Staelin, Kosel, Schulman e Glickman, 2014 ¹⁶⁷	Estados Unidos da América	Inquérito, regressão múltipla stepwise	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) - Patient experience (10)	Facilitadores Internos: Long-standing training (DO); Service-oriented initiatives (DO); Collaborative and helping culture (CO); Senior-level leadership to the patient experience (CO); Organizational motivation to improving the patient experience (CO); Patient experience training available to staff before the programme (CO); Senior-level commitment to the patient experience (CO) Barreiras Internas: Lack of physician engagement (DO); Utilizing reports to communicate (DO); Decentralized culture (CO)

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson e Thor, 2010 ¹⁶⁸	Não declarado	Revisão realista	<i>Lean thinking in healthcare</i> (21)	Facilitadores Internos: <i>Methods that improve process reliability (DO); Stable and systematic approaches to problem solving (DO); Using methods to a shared understanding of processes and problems (DO); Practical suggestions for how to organise and design work flows and the working environment in the local setting (PI); Team approach to problem solving (CO)</i>
McLaughlin et al., 2014 ¹⁶⁹	Estados Unidos da América	Pilotos, Sessões multidisciplinares de mapeamento de processo, Cálculos de custo de capacidade, integração de modelos	<i>Time-driven activity-based costing (TDABC) – UCLA</i> (44)	Facilitadores Internos: <i>Integration of clinical, operational, and financial teams (DO); Integration of the new initiative within the institution (DO); Integration of processes and costs (DO)</i>
Millenson, DiGioia, Greenhouse e Swieskowski, 2013 ¹⁷⁰	Estados Unidos da América	Estudos de caso	<i>Patient-Centeredness - University of Pittsburgh Medical Center's Patient- and Family-Centered Care</i> (25)	Facilitadores Internos: <i>Continually reexamine the current and ideal states (DO); Showing the little or no cost of the new initiatives (DO); Devote to the effort time offset by reducing inefficient processes (DO); Responding to doubts with evidence (DO); A simple approach to break down silos (PI); Engage patients and families as full partners in codesigning care (CO); Being comfortable with the uncertainty that innovation brings (CO); Embrace quality improvement as a cycle (CO); Compatibility with the existing culture (CO); Physician leadership related to clinical credibility (CO); A strong vision of patient-centered change as genuinely transformational (CO); View all care as experiences through the eyes of patients and families (CO); Balance between big picture uncertainty and internal guidance consistency (CO)</i>
Myllärniemi, Laihonon, Karppinen e Seppänen, 2012 ¹⁷¹	Finlândia	Entrevistas temáticas	<i>Knowledge-based value creation (KBVC) management</i> (18)	Facilitadores Internos: <i>Quality of information (DO); Improved flows between actors (PI); Improved knowledge sharing between actors (PI)</i> Barreiras Internas: <i>Different procedures (DO); Information is not stored (no records) (DO); Information not transferred (DO); Information sharing not enabled (DO); Knowledge processes not supported (DO); Only exchange of standard information (DO); Excessive focus on patient data (DO); Cross-functional knowledge sharing not supported by information systems (DO); Break-down situation not informed (CO); Insufficient information sharing procedures (CO); Insufficient pre-informing (CO); No interactive planning (CO); Not informing clinician about internal changes in operations (CO); Support services do not participate at "focus day planning" (CO)</i>
Nelson, Taylor e Walsh, 2014 ¹⁷²	Austrália	Estudo de caso	<i>Ethical Organizational Culture</i> (7)	Facilitadores Internos: <i>Outcomes evaluation (DO); Implement the strategy (DO); Ethics task force (CO); Strategy for change (CO); Identify ethics culture issues (CO); Prioritize the ethical problem (CO)</i>
Nilsson, Bååthe, Andersson, Wikström e Sandoff, 2017 ⁴⁷	Suécia	Estudo longitudinal e entrevistas	<i>Value-based healthcare concept (VBHC)</i> (49)	Facilitadores Internos: <i>Increased cooperation to outcome measurement (DO); Organizational improvement to cooperation between departments (DO); Identify relevant outcome measurements suitable for scorecard (DO); Measurement as a means to improvement (DO); Detecting divergences in the scorecards (DO); Measuring different variables (DO); Local care quality register used to measure and improve health outcomes (DO); Promptly seeing the effects of preventative work (DO); Seeing effects of preventable work (DO); Incorporating existing improvements in the new initiative system (DO); Incorporating improvements ongoing into the new initiative (DO);</i>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
				<p><i>Development of new routines and support systems when registering patient data (DO); Increase the coverage of registers (DO); The construction of local quality registers with the potential to become national ones speeded up (DO); Cooperation with primary care and community care (RI); Increased awareness of cooperation between inpatient and outpatient care (RI); Cooperation and communication across boundaries (PI); Increased cooperation and increased understanding of each department (PI); Noting the need of cooperation with other departments (PI); Coordination between different developmental projects (PI); Patient's involvement (CO); Acknowledging the discrepancy between providers and patients' notions of value (CO); Appreciation of the focus on value for the patient (CO); Motivating the participation of the patient representatives (CO); Understanding that is about changing culture (CO); Impact the culture, evolving what was considered important for a senior physician to care about (CO); Proud of cooperation with the representatives as it legitimates their work (CO); Research is important to staff (CO); In concept and implementation work (CO); Renewed engagement when analyzing outcomes and working on concrete improvement initiatives (CO); Think differently and focus on what create value for the patient (CO); Satisfaction with the focus on value instead of costs and budget in balance (CO); Working in accordance with creating value intentions (CO)</i></p> <p>Barreiras Internas: Professionals themselves cannot solve the problems (DO); Difficulties in following patients (DO); Energy drained by the lack of IT systems supporting the initiative (DO); It is not possible to measure what people want (DO); Changing the team leader (DO); Anxiety about maintaining enthusiasm and engagement (DO); Decreased engagement when the consultants leaved (DO); Difficulty in retaining focus in the absence of the consultants (DO); Getting stuck and later on regain renewed engagement (DO); Reduced speed of the implementation due to changing the team leader (DO); Lack of capacity and resources (EF); Setting variables in registers is a lengthy and time-consuming procedure (PI); Energy giver and thief (CO); Not having the authority to make decisions (energy-draining factor) (CO)</p> <p>Facilitadores Externos: Consulting support at getting started (C); Consultants contributing to retain the focus on health outcomes when deciding which outcome measurements were relevant to use (C); Consultants' promptness and efficiency and how they structured the work (C)</p> <p>Barreiras Externas: Consulting support at getting started (C); Lost focus on the implementation when the consultants left (exhaustion) (C); More interested in demonstrating the results of their work (C); No time to reflect over the concept and its adjustment; just doing what they had to do (C); Not allowing enough time for involvement and understanding the concept (C); Pressure of time (C); Staff deprived of their own autonomy (C); The speeded-up process involved to reallocate time for clinical patient work (C); Working methods and experience of healthcare conditions questioned (C)</p>
Nilsson e Sandoff, 2015 ¹⁷³	Suécia	Desenho qualitativo exploratório, entrevistas abertas	Process management (26)	<p>Facilitadores Internos: Knowledge from different departments (DO); Data and Information (DO); Explicit and comprehensive information given to everyone involved (DO); Team with representatives from different departments to collaborate with new initiative agents (DO); Acceptance of a slower</p>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
				<p>tempo when implementing new ways of working (DO); Between the different departments and wards (DO); Integrated information systems between different organizations (RI); Transmission of information between the hospital and those involved outside the hospital (RI); Admittance of the new initiative agents to different forums where colleagues meet each other (PI); Cooperation between different participants in the process (PI); Forums where co-workers in different wards meet each other (PI); Think in the long term (CO); Involvement, avoiding situations of conflict (CO); Decisions at top management level influenced by new initiative agents (CO); Opportunities to the new initiative agents inform and influence others (CO); Interdependence between leadership characteristics and the new initiative (CO); Members of the process teams are ambassadors of the process when changes are to be made (CO); Process leadership (knowledge, quality and relational dimension) (CO); All in the care chain need to have knowledge of others' respective parts (CO); Experience, confidence and authority at formal and informal meetings (CO); Having a highly qualified specialist-educated consultant (CO); Medical competence for gaining acceptance (CO); Being both firm and tolerant (CO); Break through resistance and motivate participants (CO); Holistic perspective (organization and patients) (CO); Be sensitive to new ideas and stimulate colleagues and co-workers to use them and participate (CO); Capacity to listen to colleagues and co-workers (CO); Formal, informal meetings and dialogues (CO); Pedagogical competence (CO); Formulating the goals for themselves as well as for the others and strategies to achieve it (CO); Feedback concerning the developmental work and results obtained (CO); Positive feedback to the process team, colleagues and co-workers (CO); Receiving feedback from others (CO); To be transparent in everything process managers do (CO); To have good communication with the people involved (CO); Development of a trustful climate (CO); To create a good atmosphere within the group (CO); Try to create a positive work climate (CO); All involved in the process experience participation and inclusion (CO); Getting along with co-workers and colleagues and not overriding what they want or believe is best (CO); To respect other people's views (CO); Have confidence (CO); Attempt to get different groups of professionals to embrace new thoughts (CO); Rooting new ideas (CO); To be open all the time (CO); Achieving acceptance by the process team for the process-orientated work itself (CO); The value of making changes in the process even if these changes increase the costs at the moment (CO)</p> <p>Barreiras Internas: No reliable internal information channels for new information (DO); Developing work done by the new initiative agents (DO); Considering the assignment of the new initiative agent marginal (DO); Difficulties in managers accepting new initiative agents (DO); Lack of trust that the changes will result in value (DO); Information is not received via the correct channels (DO); Not creating well-defined structures for decision making between staff (DO); Limited opportunities for using resources efficiently (EF); Time constraints (PI); Almost everyone works clinically and their first priority is always the patients (PI); Difficulties in finding enough time to work with the process as most of them do not have specified time for the assignment (PI); Even if the process</p>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
				managers have time set aside for process work, other professionals do not (PI); If the organization is short of physicians for some reason they put the process work aside (PI); It is nonetheless difficult to arrange time since process work efforts involve several other professionals (PI); Process development takes a long time (PI); Need to receive feedback and acknowledgement of each small success (CO); Not creating a breeding ground for thinking process orientation (CO); Difficulties in leading and to arouse enthusiasm in all phases of the process (CO); Focus on individual patient's needs (CO); Interest only on own internal processes (CO); The diffuse organization around the processes (CO); Adjust of the new initiative agents to the existing line of organization (CO); Departments representatives' mandate is limited (CO); Limited mandate in the hospital's hierarchical and formal management structure (CO); Mandate within bounds (CO); No power of decision over the resources (CO); Not having the authority to decide meeting schedules (CO)
Øvretveit J et al., 2012 ¹⁷⁴	Suécia	Comparação de casos, estudo longitudinal	Simulation to improve interprofessional working and communications in an Intensive Care Unit at a University hospital (35)	Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organisation (DO); Few departments to be changed (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Predictable development (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
			Leadership support and learning programme at a University hospital (19)	Facilitadores Internos: Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organization (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); Development by operational levels (CO); Continuity and support of senior management (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
			Intervention to improve communications and roles in radiotherapy at a University hospital (17)	Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organisation (DO); Few departments to be changed (DO); Plan and project team (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
			Hospital no-wait patient pathway and process improvement at a large hospital (12)	Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Development does not divert time from everyday work (DO); Simple understanding of the innovation that does not require complex changes to work practices and organisation (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Predictable development (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); All levels involved (PI); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO); Continuity and support of senior management (CO); Top management driven (CO)

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
			Hospital hip fracture patient pathway and process improvement at a University hospital (11)	Facilitadores Externos: Access to expertise (C) Facilitadores Internos: Compatibility of the innovation with the organisation's existing skill mix, work practices and strategic goals (DO); Development does not divert time from everyday work (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); All levels involved (PI); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO)
			Hospital process improvement for emergency pediatric patients at a University hospital (14)	Facilitadores Internos: Few departments to be changed (DO); Innovation perceived to offer strong advantages (DO); Plan and project team (DO); Predictable development (DO); Regular reviews and re-planning (DO); Evidence and experience-based innovations (DO); All levels involved (PI); Development by operational levels (CO); Active clinical champions (CO); Continuity and support of senior management (CO); Top management driven (CO) Facilitadores Externos: Access to expertise (C)
Robbins, Garman, Song e McAlearney, 2012 ¹⁷⁵	Não aplicável	Estudos de caso	Hardwiring Excellence (or the Studer model or the StuderGroup model) (8)	Facilitadores Internos: Acquisition of talent (DO); Selective hiring for acquiring and developing talent (DO); Extensive training (DO); Leadership training linked to organizational goals (aligning leaders) (DO); Development of talent (DO); Performance-contingent rewards (aligning leaders) (EF); Communicating mission and vision (engaging staff) (CO); Information sharing (engaging staff) (CO); Employee involvement in decisions (engaging staff) (CO); Performance-driven rewards and recognition (engaging staff) (CO); Engagement and buy-in (CO); Aligning leaders (CO)
	Não aplicável		Six Sigma and Toyota Production Systems' Lean technologies (Lean) (36)	Facilitadores Internos: Acquisition of talent (DO); Selective hiring for acquiring and developing talent (DO); Extensive training (DO); Development of talent (DO); Performance-contingent rewards (aligning leaders) (EF); Communicating mission and vision (engaging staff) (CO); Flexibility and teamwork (CO); Information sharing (engaging staff) (CO); Employee involvement in decisions (engaging staff) (CO); Performance-driven rewards and recognition (engaging staff) (CO); Employment safety (empowering the front line) (CO); Engagement and buy-in (CO); Delegation and decentralized decisions (CO); Front line empowerment (CO); Reduced status distinctions (empowering the front line) (CO)
	Estados Unidos da América		The Baldrige Performance Excellence Program (41)	Facilitadores Internos: Acquisition of talent (DO); Extensive training (DO); Leadership training linked to organizational goals (aligning leaders) (DO); Development of talent (DO); Performance-contingent rewards (aligning leaders) (EF); Communicating mission and vision (engaging staff) (CO); Flexibility and teamwork (CO); Information sharing (engaging staff) (CO); Performance-driven rewards and recognition (engaging staff) (CO); Employment safety (empowering the front line) (CO); Engagement and buy-in (CO); Delegation and decentralized decisions (CO); Front line empowerment (CO); Aligning leaders (CO)
Salama, Sullivan, Holzwange, Giambrone, Min e Hentel, 2017 ¹⁷⁶	Estados Unidos da América	Estudo retrospectivo, inquérito	Clinical imaging rounds (CIR) (2)	Facilitadores Internos: Education in image interpretation (DO); Education in image utilization (DO); Communication between departments (PI) Barreiras Internas: Lack of computer quality (DO); Lack of knowledge (DO); Timing of rounds (PI); Content of rounds (PI); Preparation needs (PI); Case submission process (PI)
Sedrak et al., 2016 ¹⁷⁷	Estados Unidos da América	Inquérito, grupos focais,	Choosing Wisely campaign (1)	Facilitadores Internos: Role modeling restrain (DO); Systems timeliness improvement (DO); Computerized alerts (DO); Cost transparency (CO)

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
		<i>grounded theory</i>		Barreiras Internas: <i>Ease of ordering repeating labs (DO); Lack of experience (DO); Concerns about having data required (EF); Discomfort with diagnostic uncertainty (EF); Fear of litigation from missed diagnosis (EF); Practice habit (PI); Absence of cost conscious culture (CO); Lack of cost transparency of labs (CO); Lack of role modeling of cost conscious care (CO)</i>
Thaker, Ali, Porter, Feeley, Kaplan e Frank, 2016 ¹⁷⁸	Estados Unidos da América	Estudo de caso	Standardized value framework - radar charts (38)	Facilitadores Internos: <i>Visualization of outcomes and cost (DO); Collaborative discussions about value (CO); Communicating value (CO)</i>
Umbdenstock, Joshi e Seidman, 2011 ¹⁷⁹	Estados Unidos da América	Entrevistas, priorização por votação	Hospital of the Future (13)	Facilitadores Internos: <i>Educating employees and physicians to create leaders (DO); Development of integrated information systems (DO); Productivity and financial management (EF); Strengthening finances to facilitate reinvestment and innovation (EF); Aligning hospitals, physicians, and other providers across the continuum of care (RI); Joining and growing integrated provider networks and care systems (RI); Partnering with payers (RI); Using evidenced-based practices (PI); Seeking population health improvement (CO); Engage employees and physicians to create leaders (CO); Scenario-based planning (CO); Enhancing the patient experience of care (D)</i> Facilitadores Externos: <i>Reducing, or at least controlling, the per capita cost of care (SS)</i>
Valentijn, Biermann e Bruijnzeels, 2011 ¹⁸⁰	Holanda	Processo iterativo de consulta a informadores-chave, estudos Delphi	Value-based integrated (renal) care (50)	Facilitadores Internos: <i>Tools focused on coordination of information (DO)</i>
Van Citters et al., 2014 ¹⁸¹	Estados Unidos da América	Entrevistas, painel de stakeholders	Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty (24)	Facilitadores Internos: <i>Networking and collaboration (PI); Standardization and process improvement (PI); Continuous dialogues and reflections, and ease communication (CO); Patient and family engagement and education (CO)</i>
Waring e Bishop, 2010 ¹⁸²	Reino Unido	Estudo etnográfico	Lean Thinking within a hospital operating department (22)	Facilitadores Internos: <i>Development of leaders, at senior management and local departmental levels (DO); Determining evidence of waste and inefficiency through the use of audits, process maps and PDCA cycles (DO); Interaction and mediation of different actors and social structures (RI); Defining the 'problems' of waste by linking them to staff concerns for patient care (CO); Leaders articulating the values and purpose of the new initiative (CO); Rhetoric (CO); Re-configuration of clinical practices to produce value-adding processes (CO)</i> Barreiras Internas: <i>Isolation of the implementation group (DO); Clinicians' apprehensions about the motives and legitimacy of service leaders (DO); Doubts about the evidence and knowledge on which service transformation is to be based (DO); Regarding the new initiative as another bureaucratic or unnecessary task (DO); Poor translation of models and methodologies (DO); Improvements achievable in controlled settings meeting with contingent engagement (DO); Only successfully enrolling a small group of clinicians (DO); Resistance (DO); Motivation by other ambitions (CO); Different social and cultural ideas where the new initiative is implemented (CO); Clinicians can corrupt, 'game' and capture attempts at reform (CO); Some clinicians work to counter their influence or engage only superficially (CO); Reshaping process to fit with others prevailing</i>

Autor(es) e Ano	Local	Método	Intervenção	Resultados
				<i>vision (CO); New challenges to and lines of power (CO); Concerns about the negative consequences for patients (D)</i>
Zygourakis et al., 2017 ¹⁸³	Estados Unidos da América	Estudo prospectivo, controlado	<i>OR Surgical Cost Reduction (OR SCORE) project (23)</i>	Facilitadores Internos: <i>Cost awareness (DO)</i>

Anexo 4. Descrição das intervenções apresentadas pelos estudos

(continua)

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
Abdallah, 2014 ¹⁴³	<p>Total Quality Management (Quality Initiatives 1) é uma filosofia de qualidade, há várias décadas em evolução vista por muitos como uma ponderosa ferramenta para criar qualidade, dado que é focada em liderança, comunicações, formação e melhorias contínuas.</p> <p>Os prémios Excellence Models (Quality Initiatives 2) e de excelência no desempenho tiveram início em 1950, no Japão, com o <i>Deming Prize</i>, seguidos na década de 80, pelo <i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i> (MBQNA), com sete categorias (liderança, planeamento estratégico e foco no cliente e mercado, análise de medição, gestão do conhecimento, gestão de processos focado nos recursos humanos, resultados de negócio) e o European Foundation for Quality Management (EFQM), com nove categorias (cinco facilitadores - liderança, política e estratégia, pessoas, parcerias e recursos e processo -, e quatro resultados (resultados da clientela, resultados das pessoas, resultados sociais e resultados chave de desempenho). Os prémios atualmente existentes, em diversos países, são baseados no MBQNA e EFQM. A maioria dos hospitais europeus usa os modelos de excelência como uma ferramenta de melhoria contínua.</p> <p>Accreditation (Quality Initiatives 3) é uma revisão externa da qualidade, tendo como principais componentes o facto de se basear em <i>standards</i> reduzidos a escrito e publicados, ser conduzida por pares e ser administrada como um corpo independente, com a finalidade de encorajar o desenvolvimento organizacional e a credibilidade do plano de negócio, testado através de inquéritos. Existem instituições de acreditação nacionais em muitos países, mas a Joint Commission International (JCI), que existe desde 1910, está entre as mais antigas e prestigiadas.</p> <p>Evidence-Based Medicine (Quality Initiatives 4) integra a <i>expertise</i> clínica individual com a melhor evidência clínica disponível a partir de investigação sistemática, podendo a evidência sobre a qual se baseia ter proveniência de diversas fontes, como investigação, ensaios, revisões, sociedades médicas, entre outras.</p> <p>Lean Management (Quality Initiatives 5) é proveniente da manufatura, mas com aplicações bem-sucedidas no setor da saúde. Consiste na análise e standardização de processos, eliminando desperdício e criando valor.</p> <p>Six Sigma (Quality Initiatives 6) é um modelo estruturado usado para resolver problemas de sistema e melhorar o desempenho. Foi inicialmente usado no setor da manufatura nos finais dos anos 80, mas rapidamente se estendeu a outros setores de serviço.</p> <p>Other QI (Quality Initiatives) referem-se a abordagens que se fundem, de modo a beneficiar das forças e ultrapassar, por outro lado, as fragilidades de algumas iniciativas para a qualidade.</p> <p><i>Para efeitos do estudo, a intervenção é apresentada na globalidade, enquanto Quality Initiatives.</i></p>
Abrahams <i>et al.</i> , 2017 ¹⁴⁴	<p>Clinical Pathways são ferramentas devidamente estruturadas que se destinam a suportar cuidados centrados no doente e na melhoria da qualidade dos cuidados para doentes com cancro, enquanto reduzem gastos inapropriados e desperdício.</p>
Aij e Rapsaniotis, 2017 ¹⁴⁵	<p>Lean Leaders são <i>coaches</i> que criam a estratégia, constroem a equipa e ajudam os funcionários a desenvolver as suas competências, tendo como cinco princípios fundamentais: a cultura de melhoria, o auto-desenvolvimento, a qualificação, Gemba (que significa comprometimento com a gestão a partir do <i>shop floor</i> e com a tomada de decisões baseada em conhecimento <i>em primeira mão</i>) e <i>hoshin kanri</i> (que significa trabalhar para alinhar os objetivos em todos os níveis, sempre com foco no utilizador).</p> <p>Servant Leaders são aqueles que, pelo seu caráter e compromisso em servir os outros, procuram desenvolver uma organização sustentável, trazer ao de cima o melhor dos funcionários e servir a comunidade. São identificadas seis áreas chave de uma organização que vive de acordo com este pensamento: a valorização das pessoas, o desenvolvimento das pessoas, a construção de uma comunidade, a demonstração de autenticidade, oferece liderança e partilha liderança.</p>
Bowman, Duran, Duffy, Gladding e Baum, 2015 ¹⁴⁶	<p>Teaching high-value care – a novel morning report consiste numa intervenção que combina a avaliação de diagnóstico de um caso hipotético com informação de custo-por-cuidado, incorporando-a num relatório <i>matutino</i>, com a duração de 45 minutos, ou seja, uma conferência diária baseada em casos para formandos. O principal objetivo da intervenção, que teve lugar durante o mês de novembro de 2012, nos três hospitais associados ao programa de internato da Universidade do Minnesota, foi a formação nos aspetos relativos a custos nos cuidados de elevado valor, com o objetivo secundário de introduzir o equilíbrio dos benefícios de uma intervenção com base no diagnóstico com os potenciais malefícios e custos¹⁴⁶.</p>
Busari e Duits, 2015 ¹⁴⁷	<p>Value-based health care (VBHC) system foi iniciado, em 2009, em Curaçao, uma ilha no Sul das Caraíbas das Antilhas Holandesas, num contexto de recursos limitados e de um sistema de saúde parcamente desenvolvido. A iniciativa enquadrou-se num movimento em saúde que advocava pelo desenvolvimento e implementação de uma nova abordagem baseada no valor para a ilha, o que, por sua vez, impôs a identificação de estratégias apropriadas e condições locais essenciais, necessárias à implementação bem-sucedida de um novo sistema de saúde baseado no valor. Foi por esse motivo escolhido o hospital universitário de St. Elisabeth, como uma plataforma modelo de implementação da iniciativa, por desempenhar uma ação chave no sistema de saúde da ilha. O projeto dizia respeito a uma formação dos profissionais de saúde baseada na competência, isto é, assegurando que os profissionais eram avaliados e considerados capazes para a prestação de cuidados, tal como foram chamados a desempenhar, alcançando, em simultâneo, uma nova cultura</p>

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
	profissional de competência e de cuidados centrados no doente, partilhada por todos os prestadores de cuidados da ilha. Considerava-se esta iniciativa necessária à garantia da qualidade tanto da educação médica, como da prestação de cuidados.
Buttigieg, Schuetz e Bezzina, 2016 ¹⁴⁸	<p>Value Chains of Public Health Care referem-se à emergente cadeia de valor no setor público de saúde em Malta (Hospital <i>Mater Dei</i> e Centros de Saúde), que tem início nos cuidados pré-hospitalares que referenciam os doentes para os cuidados secundários e terciários, unidades de saúde, admissão hospitalar, tratamento em internamento e ambulatório, destino dos cuidados hospitalares (alta, referência, reabilitação, ou morte), acompanhamento do hospital em <i>follow-up</i>, e terminando com a experiência do doente. Esta última com grande importância nesta cadeia de valor.</p> <p>Selling healthcare and related services (Group on Private Sector) dizem respeito à emergente cadeia de valor do setor privado de saúde em Malta, incluindo quatro vertentes principais, nomeadamente, admissão, cuidados, alta e vendas e <i>marketing</i>.</p>
Damberg, Sorbero, Lovejoy, Martsof, Raaen e Mandel, 2014 ¹⁴⁹	Value-Based Purchasing Programs referem-se a um conjunto abrangente de estratégias de pagamento baseadas no desempenho que associam incentivos financeiros ao desempenho dos prestadores sobre uma série de indicadores definidos, com a finalidade de potenciar melhorias na qualidade e abrandar o crescimento da despesa em saúde, alcançando mais valor. O estudo versou sobre uma década de implementação destes programas pelo Department of Health and Human Services dos EUA e pelos Centers for Medicare and Medicaid Services, que começaram a testá-los com experiências de <i>pay-for-performance</i> hospitalar, conhecidas como <i>Premier Hospital Quality Incentive Demonstration</i> e <i>Physician Group Practice Demonstration</i> , que ofereciam incentivos financeiros a grupos clínicos que tivessem um bom desempenho em indicadores de qualidade e custos.
Day, Witt e Oelke, 2016 ¹⁵⁰	Integrated Care Transitions Project consiste numa iniciativa desenvolvida para melhorar a transição de cuidados entre um serviço de urgência de um hospital universitário e os cuidados de saúde primários num grande centro urbano do sul do Brasil, considerando que cuidados integrados são uma forma de organizar a prestação de cuidados de forma a melhorar os cuidados e a experiência do doente através de uma maior coordenação. A comunicação era estabelecida através de um contacto escrito ou telefónico entre estas unidades, no momento da saída dos doentes da urgência. A iniciativa pretendia integrar os serviços e as equipas de saúde, com a finalidade de assegurar a continuidade dos cuidados. Este estudo de avaliação é feito a partir da perspectiva dos profissionais.
Ducatman <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵¹	Quality Improvement Intervention for Reduction of Redundant Testing consistiu numa intervenção conduzida sequencialmente em três instituições, nomeadamente, nos West Virginia University Hospitals, no Jefferson Medical Center (um <i>critical access hospital</i>), e no Berkeley Medical Center. A intervenção começou pela seleção pelo líder de pares do serviço de urgência e pela administração do hospital, incluindo o <i>chief medical information officer</i> , de uma <i>paragem breve</i> (<i>soft stop</i>) pouco interruptiva que alterava um conjunto de pedidos padrão que incluía o teste à creatina quinase M e B isoenzima, ocasionalmente usado e necessário apenas em raras ocasiões para o diagnóstico de condições incomuns. Com esta alteração, o médico teria de selecionar estes testes a partir de uma <i>checklist</i> visível, com um tempo adicional estimado de um segundo, para introduzir um pedido fora das <i>guidelines</i> . Após uma avaliação, este teste foi removido, permanecendo no catálogo do laboratório, em separado, passando a requerer um tempo estimado de 15 a 30 segundos. Foram também disponibilizadas sessões de formação, <i>guidelines</i> revistas por serviço, bem como o recurso a <i>dashboards</i> que ilustravam as alterações nos padrões de pedidos para motivar os pares, adaptados a quem se destinavam, em funções de critérios estabelecidos pelos líderes dos grupos.
Andersson, Bååthe, Wikström e Nilsson, 2015 ¹⁵²	A intervenção Value-based healthcare (VBHC) foi implementada em quatro projetos piloto num grande Hospital Universitário na Suécia, durante dois anos, entre 2013 e 2015. A intervenção foi baseada nos três princípios conhecidos, designadamente, a melhoria do valor para os doentes, a organização da prática médica com base nas condições clínicas e em ciclos de cuidados, e a medição de <i>outcomes</i> clínicos e custos, considerando, porém, as características próprias do sistema de saúde sueco.
Gorbenko, Frazee e Lewis, 2016 ¹⁵³	Redesigning Care Delivery with Patient Support Personnel at Accountable Care Organizations (ACO) – As ACO consistem num modelo de pagamento baseado no valor, assente em grupos de prestadores de cuidados, financeiramente responsáveis pela qualidade e custos totais da sua população. Para alcançar os seus objetivos de eficiência, as ACO implementaram várias mudanças, incluindo a reconfiguração da sua força de trabalho, designadamente, o pessoal de apoio aos doentes. Estes profissionais são não-médicos, como coordenadores de cuidados, profissionais de saúde na comunidade e outros, considerados críticos na reestruturação da prestação de cuidados. As ACO fizeram mudanças na colocação, responsabilidade e estrutura do trabalho destes profissionais. Quanto à colocação, foram colocados estrategicamente em unidades hospitalares, clínicas e posições centrais. Quanto às responsabilidades, estas incluíam prestação de cuidados (avaliação de necessidades, <i>coaching</i> e gestão de medicamentos), ajuda na coordenação dos cuidados (agendamento, facilitação no fluxo de informação), ajuda logística no transporte e apoio social e emocional. Quanto à estrutura, fez-se a estratificação de doentes em subgrupos. O estudo foi conduzido em 2014, em 16 ACO distintas, focado nas funções desempenhadas por estes profissionais.
Groves, 2017 ¹⁵⁴	Succession management practices on organizational performance – A gestão da sucessão é definida como os processos formais por via dos quais são identificadas posições de liderança chave e planeadas e executadas atividades de desenvolvimento para os sucessores identificados. O processo de gestão da sucessão inclui tanto atividades de avaliação da liderança para a avaliação do potencial dos profissionais para crescerem na organização, como atividades de desenvolvimento

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
	planificadas para a exploração do potencial dos profissionais para preencher vagas em posições de liderança, como mentoria, <i>coaching</i> , programas internos para o desenvolvimento de liderança executiva, projetos de aprendizagem para a ação baseada em trabalho de equipa, ou rotação de cargos. O estudo foi desenvolvido em duas amostras nacionais e regionais de hospitais norte-americanos.
Gupta <i>et al.</i> , 2017 ¹⁵⁵	High-Value Care Culture Survey (HVCCS) foi desenvolvido para a avaliação da cultura de cuidados de <i>elevado valor</i> em médicos de primeira linha, para utilização por líderes nos cuidados de saúde e em programas de formação, que pretendam identificar espaços para melhoria futura em cuidados baseados no valor e monitorizar o efeito de iniciativas baseadas no valor. O estudo foi aplicado em dois grandes unidades de saúde académicas na Califórnia.
Gupta, Shah, Moriates, Wallingford e Arora, 2017 ¹⁵⁶	The Online Teaching Value in Health Care Learning Network consiste numa rede de aprendizagem virtual <i>online</i> , com o objetivo de disseminar estratégias emergentes na formação de cuidados baseados no valor. Foi lançado em março de 2015 e os seus membros recrutados através de <i>email</i> , oriundos de associações profissionais afiliadas na campanha <i>Choosing Wisely</i> da American Board of Internal Medicine Foundation, entre outras. Incluía formadores de profissionais de saúde e líderes de sistemas de saúde. A rede de aprendizagem tem três componentes: 20 a 30 minutos de discussões interativas em <i>webinar</i> ; um <i>forum</i> de discussão <i>online</i> para facilitar a partilha de ideias; e um repositório <i>online</i> para a disseminação de ferramentas e materiais relacionados com inovações em valor. Alguns dos tópicos abordaram o <i>Interactive Cost-Awareness Resident Exercise (I-CARE)</i> , <i>American College of Physicians High-Value Care Curriculum</i> , <i>Using the Electronic Medical Record to Increase Value in Health Care Delivery</i> , <i>SOAP-V</i> e <i>OR-Surgical Cost Reduction Project (OR-SCORE)</i> .
Hellström, Lifvergren, Gustavsson e Gremyr, 2015 ¹⁵⁷	Improvement knowledge as a management innovation – Conhecimento em melhoria é definido como a combinação de conhecimento de sistemas, de variação, da psicologia e da teoria do conhecimento, complementando o conhecimento <i>profissional</i> tradicional. O estudo reporta-se a uma mudança no Skaraborg Hospital (SkaS), na Suécia, no período entre 2003 e 2011. No SkaS, a iniciativa compreendia, no que refere ao conhecimento de sistemas, <i>Management Control System</i> , <i>Balanced Scorecard</i> , visão partilhada e objetivos comuns, competências em qualidade, <i>coaches</i> em <i>Lean</i> , gestão de processos, lideranças, identificação de processos críticos. No que respeita a conhecimento de variação, abrangia sistemas de medição de processos, <i>Six Sigma</i> e infraestruturas <i>Lean</i> . No conhecimento da psicologia, incluía reuniões de discussão com colegas de trabalho, sindicatos, em redes internas e externas. Na teoria do conhecimento, compreendia espaços permanentes de encontro, facilitadores de melhoria, estudantes de doutoramento nesta área, e aquisição de conhecimento da universidade técnica.
Hellström, Lifvergren e Quist, 2010 ¹⁵⁸	Process management in healthcare foi implementado no Grupo Hospitalar sueco Skaraborg (SkaS), que abrange quatro hospitais. A melhoria de processos tem sido usada desde meados dos anos 90 no sistema de saúde sueco. A gestão de processo emergiu como um conceito de melhoria do desempenho das operações no setor da saúde. Está associado ao movimento da qualidade e à mudança do foco das características do produto (<i>output</i>) para as características do processo, assente na ideia de que toda a organização deve ser vista como um sistema de processos. Baseado nesta ideia, gestão de processos envolve esforços concertados para a definição e mapeamento de processos, identificação e melhoria de bloqueios, e nomeação de <i>proprietários</i> de processos, criando, assim, uma estrutura de gestão para o fluxo de valor entre departamentos.
Johnson <i>et al.</i> , 2016 ¹⁵⁹	Rapid cycle plan-do-study-act (PDSA) quality improvement methodology teve como objetivo reduzir o número de testes desnecessários em dois hospitais pediátricos no Monroe Carell Jr. Children's Hospital, em Vanderbilt. A iniciativa foi implementada entre maio de 2013 e dezembro de 2014. Foi constituída uma equipa multidisciplinar, que trabalhou em conjunto para definir um teste <i>desnecessário</i> . A iniciativa focou-se em três fatores chave: comunicação eficaz entre a equipa primária, conhecimento dos custos de laboratório e a compreensão pelos prestadores da dimensão do problema. A equipa usou um conjunto de intervenções de PDSA de ciclo rápido para determinar a sua eficácia.
Kaplan <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁰	Time-driven activity-based costing (TDABC) permite aos prestadores a medição precisa dos custos de tratamento dos doentes com uma condição médica específica ao longo de um ciclo completo longitudinal de cuidados. Usa duas ferramentas de gestão, designadamente, o mapeamento de processo da engenharia industrial e o custeio baseado nas atividades próprio da contabilidade. As equipas clínicas dirigem a componente do mapeamento de processo, começando por identificar eventos de elevado nível num ciclo de cuidados, e depois descem de nível até às etapas do processo que ocorrem em cada evento. Uma etapa do processo envolve um ou mais recursos clínicos (pessoal e ou equipamento). O desenvolvimento de mapas de processo permite aos clínicos da linha da frente a descrição de todas as etapas processuais clínicas e administrativas envolvidas num ciclo completo de cuidados de um doente, acompanhados dos recursos e tempo consumidos em cada uma. Paralelamente, o pessoal financeiro desenvolve a componente de custo, através da construção de uma taxa de custo de capacidade de dólar por minuto para cada recurso clínico envolvido no ciclo de cuidados. Esta abordagem de custeio foi implementada na Clínica Schön, na Alemanha, um hospital ortopédico privado, no Boston Children's Hospital e no Brigham and Women's Hospital, ambos privados e sem fins lucrativos, nos EUA, e no MD Anderson Cancer Center, do setor público, também nos EUA.
Karlen e McCathie, 2015 ¹⁶¹	Quality Improvement Process Aimed to Deliver Higher Value Physical Therapy for Patients With Low Back Pain foi implementado em doentes tratados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014, nos Fairview Health Services, um sistema de saúde académico no Minnesota, EUA, com sete hospitais. Foram criadas táticas de desenvolvimento e implementação, a partir da formação de adultos e das teorias de gestão da mudança, com vista a aumentar a adesão às melhores práticas entre 130 terapeutas. A equipa de melhoria da qualidade implementou quatro táticas: definição de

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
	expectativas na prestação de cuidados, apoio a equipas operacionais e clínicas lideradas pelos pares, promoção de um ambiente de aprendizagem focado na satisfação das necessidades de uma população, e recolha e análise sistemática de dados de resultados.
Keel, Savage, Rafiq e Mazzocato, 2017 ¹⁶²	Time-driven activity-based costing in health care (TDABC) consiste numa ferramenta de custeio, apresentada por Kaplan e Anderson. Dá preferência à <i>aproximação</i> (<i>accuracy</i>) e não à <i>precisão</i> , isto é, o aproximadamente correto ao precisamente errado. A aproximação refere-se a quanto está a estimativa de custo perto do custo real. A precisão refere-se ao número de casas decimais incluídas na estimativa. O TDABC exige menos recursos ao requerer apenas dois parâmetros: a taxa de custo-capacidade e o tempo necessário para desenvolver as atividades na prestação. Consiste numa abordagem, de sete etapas, de micro-custeio adequada a acomodar a complexidade do custeio nas organizações de saúde.
Klaiman, Pracilio, Kimberly, Cecil e Legnini, 2014 ¹⁶³	Clinical Registries são sistemas organizados que utilizam métodos observacionais para coligir dados uniformizados (clínicos e outros) para avaliar resultados específicos de uma população, definida por uma particular doença, condição ou exposição (definição da Agency for Healthcare Research and Quality). Os dados registados têm várias aplicações, como programas de melhoria da qualidade, estratégias para pagamentos baseados no valor e relatórios públicos sobre o desempenho dos prestadores. As tecnologias de informação e comunicação podem melhorar a atualidade e a contenção de custos na recolha, análise e reporte de dados e permitir a ligação dos dados entre locais de prestação, para uma melhor e mais válida compreensão da saúde e dos cuidados de saúde que são prestados. O objetivo deste projeto foi estudar ferramentas e estratégias eficazes no desenho e utilização dos registos clínicos que potenciam a promoção das aplicações acima referidas, em quatro áreas clínicas: cancro, doenças cardiovasculares, maternidade e <i>joint replacement</i> . Os Sistemas avaliados foram, entre outros: <i>Louisiana Cancer Registry, New York State Cancer Registry, Texas Cancer Registry, American College of Cardiology PINNACLE Registry, Society of Thoracic Surgeons National Database, Newfoundland Labrador Provincial Perinatal Program, Better Outcomes Registry and Network of Ontario, Kaiser Permanente National Total Joint Replacement Registry, HealthEast Joint Replacement Registry, Swedish Hip and Knee Arthroplasty Registers</i> , ou <i>Canadian Joint Replacement Registry</i> .
Larsson, Lawyer, Garellick, Lindahl e Lundstrom, 2012 ¹⁶⁴	Disease Registries consistem em registos de doentes que rastreiam resultados numa população de doentes com o mesmo diagnóstico ou que foram sujeitos ao mesmo procedimento. Os autores do estudo entendem estes registos de forma abrangente, isto é, não só como sistemas para a recolha e análise de dados de resultados em saúde, mas também como catalisadores institucionais importantes de esforços para melhorar esses resultados ao longo do tempo. Ao identificar variações nos resultados de uma população, estes registos podem tornar possível o <i>benchmark</i> e a avaliação de desempenho comparativo (e identificação de melhores práticas) ao nível de um particular sistema de saúde, como também ao nível regional, nacional ou mesmo internacional. Foram estudados 13 registos em 5 países em 6 grandes condições médicas ou procedimentos.
Liu, Lu e Guo, 2014 ¹⁶⁵	Social Entrepreneurial Approach of the Case Hospital System permite concetualizar sistemas e processos que são desenhados para alcançar mudança social e gerar mais-valias para suportar atividades que não conseguem gerar rendimento. É considerada crítica na geração de impacto social e na garantia de sustentabilidade financeira. A orientação empreendedora com um foco social é uma ferramenta que permite a equipa líder de proativamente definir uma estratégia para antecipar mudanças ambientais e liderar movimentações sociais que têm implicações políticas. O estudo foi conduzido num sistema de saúde privado em Taiwan.
Maly <i>et al.</i> , 2012 ¹⁶⁶	Collaborative Partner Prioritization Tool foi desenvolvida pelo Lehigh Valley Health Network (LVHN), um grande prestador de serviços de saúde na Pennsylvania, para avaliar e priorizar unidades locais especializadas de enfermagem (<i>skilled nursing facilities</i> – SNF), num esforço para determinar aquelas que se poderiam constituir como melhores colaboradores. As SNF foram avaliadas com base no volume de doentes mútuos, na qualidade dos cuidados prestados e na vontade percecionada em estarem alinhadas com a LVHN. A ferramenta tem também como objetivo o alinhamento de objetivos para cuidados mais adequados aos doentes que partilham e oferecer uma oportunidade partilhada de melhoria da qualidade dos cuidados, de redução de custos e de preparação para as políticas que afetam o setor da saúde.
Manary, Staelin, Kosel, Schulman e Glickman, 2014 ¹⁶⁷	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) – Patient experience – Os <i>scores</i> baseados no HCAHPS (em três áreas: cumprimento, melhoria e consistência) constituem 30% do total de pagamentos por incentivos da iniciativa <i>Medicare's Value-Based Purchasing</i> . Para além das implicações no que se refere a reembolso, os cuidados centrados no doente são cada vez mais vistos como sendo fundamentais no aumento do valor na prestação de cuidados, por melhorarem a qualidade e diminuírem custos. Por esse motivo, os hospitais dos EUA têm redobrado esforços na melhoria da experiência do doente. O estudo incidiu sobre dados de 2012 e surge por ser ainda pouco o trabalho empírico sobre o conhecimento das abordagens que os hospitais estão a usar para melhorar a experiência do doente e se estes investimentos se traduzem efetivamente em melhores <i>scores</i> HCAHPS.
Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson e Thor, 2010 ¹⁶⁸	Lean thinking in healthcare – O <i>lean thinking</i> é baseado na filosofia de produção desenvolvida na Toyota (<i>toyota production system</i> - TPS). O TPS baseia-se num conjunto de práticas (de tipo técnico) que se focam na maximização do valor por cliente. A Toyota assinala o <i>just-in-time</i> (o que é necessário, quando é necessário e no montante necessário) e o <i>jidoka</i> (automatização com um <i>toque humano</i> , que pára o processo quando são detetados problemas de qualidade) como dois aspetos importantes. O estudo foi desenvolvido para compreender como o <i>lean thinking</i> funciona (ou não) na saúde, porquê, como e quando, para o foi conduzida uma revisão realista da literatura sobre aplicações <i>lean</i> na saúde, identificando quatro componentes gerais na sua utilização: métodos para compreender os processos de maneira a identificar e analisar problemas; métodos para organizar os processos mais eficazes e/ou eficientes; métodos para melhorar a deteção do erro,

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
	transmitir informação a quem resolve os problemas, e prevenir os erros de causarem <i>mal</i> ; métodos para gerir a mudança e resolver os problemas com uma abordagem científica. Cada componente inclui ferramentas e métodos usados de forma combinada.
McLaughlin <i>et al.</i> , 2014 ¹⁶⁹	Time-driven activity-based costing (TDABC) – UCLA é uma metodologia de custeio aproximado (<i>accurate</i>) popular na economia da saúde, que proporciona aos profissionais de saúde dados de custo e de processo válidos e acionáveis, para redesenhar de forma eficaz os cuidados. O TDABC estima, a partir da perspectiva do prestador, o custo de cada recurso usado para tratar a condição médica do doente e combina-o com o tempo utilizado por cada recurso em cada atividade, durante os cuidados prestados ao doente. Todas estas atividades podem ser <i>somadas</i> de forma a medir o custo total de um episódio completo de serviços ou cuidados prestados. Duas equipas da UCLA desenvolveram pilotos (de neurocirurgia e de urologia) do modelo TDABC em linhas de serviço que tinham em curso projetos de reconfiguração dos cuidados e de aumento de valor. Depois da seleção dos pilotos e da criação da equipa TDABC, foram coordenadas as sessões de mapeamento multidisciplinar do processo, os cálculos de capacidade-custo e a integração de modelos, disponibilizados para envolver os prestadores de cuidados em cada fase. Ambos os pilotos começaram pela criação de um mapa macro para representar a sequência global de eventos ao longo de um episódio completo de cuidados.
Millenson, DiGioia, Greenhouse e Swieskowski, 2013 ¹⁷⁰	Patient-Centeredness – University of Pittsburgh Medical Center's Patient-and Family-Centered Care – <i>Patient-Centeredness</i> tornou-se amplamente reconhecida como uma componente da reforma em saúde desde que o IOM a designou como um dos objetivos chave de um novo sistema de saúde de elevado valor do século 21. O estudo inclui o caso de um centro médico académico urbano, o University of Pittsburgh Medical Center, sendo que o <i>patient-and family-centered care methodology and practice</i> se tornou o novo <i>sistema operativo</i> nas sessenta áreas clínicas, usando uma abordagem de seis etapas para envolver os doentes e suas famílias como <i>codesigners</i> dos cuidados <i>ideais</i> . Os princípios da iniciativa incluíam liderança dos médicos, conforto perante a incerteza da inovação, estruturas organizativas que enviam uma mensagem consistente sobre expectativas e melhoria da qualidade como um ciclo constante sem fim.
Myllärniemi, Laihonen, Karppinen e Seppänen, 2012 ¹⁷¹	Knowledge-based value creation (KBVC) management representa uma filosofia de gestão, que reconhece os <i>ativos</i> de conhecimento como motores chave para o aumento do valor e, simultaneamente, assinala o importante papel dos <i>clientes</i> como co-criadores de valor. O desafio da gestão da KBVC assenta na integração e coordenação dos processos de aumento do valor de cada uma das organizações que prestam cuidados. A filosofia subjacente da KBVC ajuda a criar uma imagem das estruturas de conhecimento que permitem e apoiam a tomada de decisão em diferentes níveis do sistema de saúde. O estudo modelou e analisou dados de 2010 e 2011, sobre quatro situações ocorridas nas unidades de laboratório de radiologia do sistema de saúde regional da Finlândia, enquanto exemplos de tomada de decisão e utilização do conhecimento. O estudo analisou os fluxos de conhecimento nestes processos.
Nelson, Taylor e Walsh, 2014 ¹⁷²	Ethical Organizational Culture – o estudo propõe uma transformação cultural prática e deliberada para conduzir os <i>executivos</i> dos cuidados de saúde na criação de uma cultura assente na ética. Os autores descrevem uma estratégia contínua passo-a-passo, que consiste na identificação de falhas da cultura ética, estabelecendo uma <i>task-force</i> ética, clarificando e priorizando os problemas, desenvolvendo estratégia para a mudança, implementando a estratégia e avaliando resultados. Este processo pretende apoiar as organizações no alinhamento das suas ações com a sua missão e valores, de maneira a serem bem-sucedidas em todas as frentes. A transformação da cultura organizacional requer a avaliação inicial da realidade atual na organização e depois trabalhar para definir, comunicar e alcançar o estado desejado. O estudo apresenta um modelo construído sobre esta abordagem e oferece uma estratégia por etapas para construir ou reconstruir uma cultura ética numa organização.
Nilsson, Bååthe, Andersson, Wikström e Sandoff, 2017 ⁴⁷	Value-based healthcare concept (VBHC) 3 foi implementado em quatro pilotos, num grande hospital universitário sueco em 2013, com o objetivo de aumentar o valor para os doentes. As equipas piloto tiveram o apoio de consultores de gestão externos nos primeiros três meses. O processo de implementação começou com o mapeamento de cada grupo de doentes, seguido da definição de métricas de resultados, da recolha e análise de dados e da identificação de fragilidades naquelas métricas. Com base nos resultados destes indicadores, esperava-se que cada equipa implementasse ações para a melhoria da qualidade dos resultados em saúde, com vista ao aumento do valor para os doentes. Para além disso, esperava-se que medissem custos e fizessem <i>benchmark</i> relacionado com os processos de cuidar. Para além de aumentar o valor para os doentes, esta estratégia teve como objetivo alcançar maior custo-efetividade, razão pela qual as melhorias na qualidade deviam ser relacionadas com os custos para prestar esses melhores cuidados. Os princípios do VBHC sugerem também que os cuidados devem ser organizados em torno das condições clínicas dos doentes e nos ciclos completos de cuidados, e que os resultados clínicos devem ser utilizados como a base da melhoria dos cuidados. O VBHC funcionou como um incentivo à iniciação de melhorias relacionadas com processos, indicadores e resultados em saúde dos doentes.
Nilsson e Sandoff, 2015 ¹⁷³	Process management (2) foi implementado em três hospitais suecos e pode ser entendido como uma forma de ligar os processos a uma cadeia lógica juntamente com atividades relacionadas. O objetivo destes processos é organizar as atividades numa sequência lógica e aumentar o valor de cada atividade para os doentes. Envolvendo diferentes departamentos, implica mapeamento e a melhoria das atividades da cadeia, em que cada atividade cria valor que aumenta com o número de atividades desenvolvidas. O objetivo do estudo foi estabelecer um repositório de conhecimento para o desenvolvimento dos processos hospitalares globais.

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
Øvretveit J et al., 2012 ¹⁷⁴	<p>O estudo procurou comparar a implementação de várias inovações organizacionais na gestão em saúde, na Suécia, <i>infra</i>. As características da inovação são definidas como um conjunto de comportamentos, rotinas e formas de trabalhar, juntamente com os sistemas administrativos e tecnológicos, que são ligados entre si para proporcionar ou suportar os cuidados de saúde, implementados de forma planeada e de modo descontinuo em relação às práticas anteriores. São percebidas como novas por um parte de atores chave e direcionadas para a melhoria. Estas inovações não precisam de ser inteiramente novas, mas novas para a organização, o que torna <i>inovação</i> neste sentido um conceito próximo de <i>gestão da mudança</i> e de <i>melhoria da qualidade</i>. A definição de inovação em organização e gestão usada pelos autores foi: uma forma de organização de serviços ou método para avançar com tarefas de gestão, percecionadas como significativamente novas por aqueles que as adotam.</p> <p>Simulation to improve interprofessional working and communications in an Intensive Care Unit at a University hospital consistiu numa melhoria relacionada com a prática profissional.</p> <p>Leadership support and learning programme at a University hospital consistiu numa melhoria relacionada com a prática profissional.</p> <p>Intervention to improve communications and roles in radiotherapy at a University hospital consistiu numa melhoria relacionada com a prática profissional.</p> <p>Hospital no-wait patient pathway and process improvement at a large hospital consistiu numa melhoria dos processos.</p> <p>Hospital hip fracture patient pathway and process improvement at a University hospital consistiu numa melhoria dos processos.</p> <p>Hospital process improvement for emergency pediatric patients at a University hospital consistiu numa melhoria dos processos.</p>
Robbins, Garman, Song e McAlearney, 2012 ¹⁷⁵	<p>O estudo usou um modelo baseado na evidência de práticas de trabalho de elevado desempenho (<i>high-performance work practices</i> – HPWP) como um quadro de análise e comparação de três abordagens para a melhoria, comumente usadas nas organizações de saúde: <i>Lean/Six Sigma</i>, Baldrige e <i>Hardwiring Excellence</i>. Estratégias para a melhoria de processos foram definidas como programas sistemáticos, ao nível organizacional, que são adotados para melhorar a qualidade e/ou eficiência. A expressão <i>adotados</i> refere-se a estratégias que são importadas e não desenvolvidas interna e organicamente. O <i>nível global</i> refere-se a estratégias em relação às quais todos os membros da organização entendem desempenhar um papel direto. A <i>melhoria da qualidade e/ou eficiência</i> refere-se a um entendimento mais específico do que o conceito geral de transformação organizacional, excluindo, assim, esforços ao nível institucional que podem ter um menor efeito direto na qualidade e/ou na eficiência. O modelo é composto de quatro subsistemas: envolver os funcionários, alinhar os líderes, adquirir e desenvolver talento e empoderar a linha da frente.</p> <p>Hardwiring Excellence (or the Studer model or the StuderGroup model) consiste numa abordagem de liderança e gestão, motivada pela filosofia de que as organizações podem criar <i>momentum</i> para a mudança ao envolver a <i>paixão</i> dos seus funcionários e focando-se no negócio central do setor da saúde: servir doentes. Inclui princípios como motivação, retorno, gestão por objetivos, gestão baseada na evidência e aprendizagem organizacional.</p> <p>Six Sigma and Toyota Production Systems' Lean technologies (Lean), originalmente desenvolvidas na indústria, são estratégias para a melhoria dos processos que têm vindo a ser desenvolvidas em saúde.</p> <p>The Baldrige Performance Excellence Program é gerido pelo National Institute of Standards and Technology do US Department of Commerce e promove a gestão da qualidade através da educação e do reconhecimento. Proporciona avaliação e consultoria a organizações na adoção de princípios de gestão da qualidade. Inclui também um prémio anual que reconhece a excelência em sete áreas focais: liderança, planeamento estratégico, foco no cliente, medição, análise e gestão do conhecimento, foco na força de trabalho, foco nas operações e resultados.</p>
Salama, Sullivan, Holzwange, Giambrone, Min e Hentel, 2017 ¹⁷⁶	<p>Clinical imaging rounds (CIR) são um serviço de consultoria inovadora e sustentável baseada nos médicos residentes, permitindo que os radiologistas residentes participem ativa e diretamente no modelo médico assente em equipas. Consiste em quatro sessões de trinta minutos semanais, com os serviços de medicina, no internamento. Os pedidos de referenciação são enviados 24 horas antes, prestando informação sobre as características demográficas do doente, a sua história clínica e estudos específicos ou resultados para revisão. Este envio dava tempo ao residente de radiologista de consultar médicos das subespecialidades antes de reunir com as equipas de medicina. A estrutura e resultados dos CIR são documentados, permitindo que o programa seja desenvolvido noutras instituições para melhorar a formação, os cuidados aos doentes e o papel dos radiologistas na comunidade médica.</p>
Sedrak et al., 2016 ¹⁷⁷	<p>No âmbito da Choosing Wisely campaign, a Society of Hospital Medicine identificou a requisição desnecessária de testes laboratoriais de doentes internados. O estudo foi desenvolvido em 2014, no Hospital da Universidade da Pensilvânia.</p>
Thaker, Ali, Porter, Feeley, Kaplan e Frank, 2016 ¹⁷⁸	<p>Standardized value framework - radar charts foram usados para visualizar e comunicar um leque alargado de resultados dos doentes e de custos, nas três formas de tratamento do cancro da próstata, facilitando a tomada de decisão e a comunicação entre prestadores. Os resultados reportados pelos doentes compreendem os cinquenta domínios do <i>Expanded Prostate Cancer Index Composite</i>, respeitantes a função sexual, incontinência e/ou transtorno urinário, desconforto intestinal e vitalidade, nos doze meses após o tratamento. Os custos foram medidos através de <i>time-driven activity-based costing</i> nos primeiros doze meses do ciclo de cuidados. Os resultados e os custos foram depois colocados num gráfico radar único para cada modalidade de tratamento. Os dados foram retrospectivamente recolhidos do University of Texas MD Anderson Cancer Center.</p>

Autor(es) e Ano	Descrição da Intervenção
Umbdenstock, Joshi e Seidman, 2011 ¹⁷⁹	Hospital of the Future é a designação dada à visão que os hospitais devem procurar alcançar, num contexto financeiro atual, focando os seus esforços em iniciativas de desempenho que tenham retorno agora e que os posicionem para serem bem-sucedidos a longo prazo. Foram estes os motivos que inspiraram a American Hospital Association's Board Committee on Performance Improvement a centrarem o seu projeto inicial no <i>hospital do futuro</i> .
Valentijn, Biermann e Bruijnzeels, 2011 ¹⁸⁰	Value-based integrated (renal) care consiste nos resultados alcançados pelos doentes e na sua experiência de cuidados em combinação com a quantia gasta na prestação de serviços acessíveis, abrangentes e coordenados a uma população definida. Estes serviços de cuidados integrados são considerados uma estratégia vital para melhorar os valores do Triple Aim para pessoas com doença renal crónica. Na ausência de conhecimento sobre como e por que funcionam estes serviços, desenvolveu-se o Rainbow Model of Integrated Care (RMIC) para compreender a natureza complexa e multidimensional dos cuidados integrados. A RMIC teoriza sobre como os esforços em cuidados integrados (clínicos, profissionais, organizacionais e sistémicos) atuam em diferentes níveis e podem ser definidos a partir das diferentes perspetivas dos múltiplos atores (doentes, profissionais, gestores e decisores políticos), facilitando o diálogo interdisciplinar.
Van Citters et al., 2014 ¹⁸¹	Pathway for High-value, Patient-centered Total Joint Arthroplasty – O estudo pretendia desenvolver um <i>pathway</i> de cuidados médicos generalizáveis para a artroplastia total da anca, usando contributos de <i>stakeholders</i> clínicos, académicos e dos doentes, bem como identificar processos ao nível do sistema e do doente para providenciar cuidados seguros, efetivos, eficientes e centrados nos doentes, sujeitos à artroplastia total da anca. O <i>pathway</i> iniciava-se na consulta pré-cirúrgica e continuava ao longo do primeiro ano de acompanhamento pós-operatório. A abordagem incluía a identificação de hospitais com elevado desempenho, usando dados disponíveis e opinião de peritos, entrevistas semiestruturadas com as equipas interdisciplinares, esboço do <i>pathway</i> de cuidados e consolidação do painel de <i>stakeholders</i> . O <i>pathway</i> incluía 40 sugestões de processos para a melhoria dos cuidados, 37 técnicas para a redução do desperdício e 55 técnicas para melhorar a comunicação. Os temas centrais incluíam a standardização e a melhoria do processo, a colaboração e comunicação interdisciplinar e o envolvimento e educação dos doentes e duas famílias.
Waring e Bishop, 2010 ¹⁸²	Lean Thinking within a hospital operating department – O estudo centra-se na reconfiguração de duas listas cirúrgicas (vascular e artroscopia) num hospital, entre 2008 e 2009. Foram identificados projetos de reconfiguração que eram explicitamente baseados na filosofia <i>lean</i> ou TPS. Contudo, havia variações nos projetos, o que suscitou a atenção nas diferentes formas em como o <i>Lean</i> pode ser traduzido na prática clínica. O <i>Lean</i> ilustra a intenção dos decisores políticos em reordenar a prática clínico através da introdução de filosofias e técnicas gestionárias: envolve uma avaliação sistemática do processo de trabalho atual para determinar evidência do seu desperdício e ineficiências; para aumentar a produtividade e eficiência em linha com a nova evidência, as normas e práticas de trabalho existentes precisam de ser reconfiguradas; a implementação do <i>Lean</i> assenta em lideranças efetivas para promover o <i>ethos</i> e os valores do <i>lean thinking</i> e para assegurar que as práticas atualmente existentes são apropriadamente avaliadas e reconfiguradas.
Zygourakis et al., 2017 ¹⁸³	OR Surgical Cost Reduction (OR SCORE) project teve como objetivo estudar a associação entre proporcionar aos cirurgiões retorno individualizado sobre custos e os custos de consumo de material cirúrgico na sala operatória, num único sistema de saúde, constituído por vários hospitais urbanos. Durante o ano de 2015, cada cirurgião recebeu <i>scorecards</i> mensais standardizados, mostrando o custo direto mediano em consumo de material cirúrgico, para cada tipo de procedimento realizado no mês anterior, comparado com a sua <i>baseline</i> e com todos os cirurgiões na instituição que desenvolviam o mesmo procedimento. Todos os departamentos cirúrgicos elegíveis recebiam um incentivo financeiro se alcançassem uma redução de custos de 5%.

Anexo 5. Carta de compromisso

Carta de Compromisso, de base à Contratualização Interna, entre o Conselho de Administração do Centro Hospitalar, e a Área _____

Preâmbulo

O Centro Hospitalar (CH) é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica e eficiência, assumindo-se como instituição de referência.

O CH tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A atividade do CH assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente.

O CH pauta a sua atividade pelos valores da competência técnica, ética profissional, segurança e conforto para o doente, responsabilidade e transparência, cultura de serviço centrada no doente, melhoria contínua da qualidade, cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, atividade orientada para resultados, trabalho em equipa/multidisciplinar e multiprofissional e boas condições de trabalho.

O CH é composto por seis hospitais, investindo na integração e concentração de serviços assistenciais e de apoio logístico dispersos pelas várias unidades hospitalares. A atual estrutura organizativa do CH introduziu o conceito de “Área Funcional”, na senda duma gestão matricial, com a criação nos polos hospitalares de estruturas intermédias de gestão que, estando integradas no Centro Hospitalar, têm autonomia e competências delegadas, com um determinado nível de responsabilização e que serão avaliadas segundo os resultados e o desempenho de acordo com os objetivos negociados. A descentralização e o reforço de competências nos polos hospitalares, dotando-os de maior capacidade operacional, contribuirão para uma maior eficiência operacional do CH.

A presente Carta de Compromisso enquadra-se na Cláusula 21ª, nº 1 e 2, do Contrato-Programa 2017-2019, e na introdução efetiva de um modelo gestor que coloca em prática os princípios referidos e constitui a base da contratualização interna estabelecida entre o Conselho de Administração (CA) do CH e cada Área.

Numa fase de reorganização do CH e do carácter experimental da contratualização interna, este documento exprime, fundamentalmente, um acordo de intenções e um compromisso na melhoria dos processos, no sentido da aproximação contínua aos resultados desejáveis, compreendidas, porém, as limitações funcionais e os constrangimentos externos das partes, tanto da Área, como do CA, mas responsabilizando-se todos, de todo o modo, numa melhor articulação e comunicação, na consolidação de parcerias internas e na revisão conjunta dos processos.

Assim, o CH, representado pelo seu Conselho de Administração, doravante designado por CA, constituído por _____, estabelecem a presente Carta de Compromisso, que se pauta pelos princípios seguintes.

1. Objeto

A presente Carta de Compromisso define os termos e princípios do processo de contratualização interna com a Área, assentando, sempre que possível, em documentos de compromisso equivalente estabelecidos entre a Área e as suas Especialidades.

2. Âmbito

A. A presente Carta de Compromisso define os objetivos a atingir, durante o seu período de vigência, pela Área, expressando um exercício de desagregação para o interior da organização dos compromissos assumidos externamente pelo CH, no âmbito do Contrato-Programa.

B. São definidos, igualmente, objetivos adicionais, negociados entre o CA e a Área, tendentes ao cumprimento da missão e objetivos estratégicos do CH.

C. A presente Carta de Compromisso define, ainda, os procedimentos de monitorização, acompanhamento e avaliação do desempenho assistencial.

3. Atividade de gestão

A Área assume autonomia funcional, na medida da que lhe tiver sido atribuída, sobre a utilização dos recursos colocados no âmbito da sua esfera decisória, regendo-se pelos princípios da eficiência, da sustentabilidade e da otimização de recursos.

4. Atividade assistencial

A. A atividade assistencial prestada pela Área, no âmbito da presente Carta de Compromisso, rege-se pelos princípios plasmados no Regulamento Interno do CH e no Plano de Ação da Área.

B. Os objetivos assistenciais a atingir pela Área, definidos para as suas grandes áreas de produção, encontram-se no Anexo I, enquanto parte integrante da presente Carta de Compromisso, e constituem a atividade assistencial mínima que a Área deverá alcançar, de modo a não comprometer o cumprimento do Contrato-Programa.

C. No âmbito da sua autonomia técnica e funcional, a Área deverá, sempre que necessário, ajustar a sua atividade assistencial de modo a alcançar as metas definidas em sede de contratualização interna, salvaguardados, porém, os valores mínimos inscritos no Anexo I.

D. Com vista à sustentabilidade da organização, o Anexo I contemplará, sempre que possível, igualmente informação que permite à Área conhecer e acompanhar a valorização da atividade desenvolvida.

5. Avaliação do desempenho assistencial

A. O modelo de avaliação do desempenho assistencial tem como finalidade constituir-se como um instrumento orientador das decisões e do esforço individual e coletivo no sentido da concretização dos objetivos assumidos externamente pelo CH e internamente entre o CA e a Área.

B. O modelo de avaliação do desempenho assistencial, definido no Anexo II, enquanto parte integrante da presente Carta de Compromisso, tem por base a metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC), dos *Key Performance Indicators* (KPI) e da Gestão Matricial e assenta no cumprimento de objetivos estratégicos para a concretização da missão do CH na criação de valor em Saúde, nas perspetivas:

- i. Da Capacidade Organizacional;
- ii. Dos Processos Internos;
- iii. Dos Utentes/*Stakeholders*;
- iv. Financeira e
- v. Do Relacionamento Inter-institucional [sic].

C. Para além dos indicadores contratualizados externamente, no âmbito do Contrato-Programa, o modelo inclui KPI, que podem ou não coincidir com os primeiros. Incorpora, ainda, indicadores previstos nos Termos de Referência para Contratualização Hospitalar no SNS, associados a incentivos ou penalizações para o CH, e indicadores correspondentes a Medidas de Intervenção Estratégica (MIE) da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo.

D. O modelo inclui, ainda, indicadores negociados especificamente entre o CH e a Área, não constantes necessariamente do Contrato-Programa, traduzidos ou não em KPI da Área ou da Especialidade.

E. Cada Área e cada Especialidade podem ter KPI e outros indicadores internos próprios.

F. Cada uma das cinco perspetivas do BSC tem um peso relativo no desempenho global, revisto anualmente, consoante os objetivos estratégicos definidos pelo CA.

G. Os KPI têm, por regra, um peso relativo superior aos restantes indicadores.

H. O BI de cada indicador encontra-se no Anexo III, enquanto parte integrante da presente Carta de Compromisso.

6. Índice de Desempenho Global

A. O índice de desempenho global totaliza a percentagem obtida em cada uma das perspetivas do BSC, considerando a ponderação definida, face às metas contratualizadas e constantes do Anexo II, enquanto parte integrante da presente Carta de Compromisso.

B. O score real de cada indicador é calculado através da seguinte fórmula: $\text{score real} = \text{Valor realizado} / \text{Valor objetivo} \times \text{Peso perspetiva} \times \text{Peso Indicador}$.

C. Dado o carácter experimental e pedagógico do modelo de contratualização interna no CH, os pesos dos indicadores e perspetivas para cada Área não serão definidos durante o primeiro ano de vigência da presente Carta de Compromisso. A sua definição acontecerá futuramente, em função da aprendizagem que se fará destes processos.

7. Modelo de Incentivos

O modelo de avaliação do desempenho assistencial servirá de base a um plano de incentivos institucionais, a definir em conjunto com a Área, no prazo de seis meses sobre a assinatura da presente Carta de Compromisso.

8. Iniciativas estratégicas

Para o cumprimento dos resultados a atingir, negociados com o CA e constantes dos Anexos I e II, a Área compromete-se a executar as iniciativas estratégicas previstas no seu Plano de Ação, entre outras, que entenda relevantes.

9. Projetos de formação, investigação e desenvolvimento

A. A Área compromete-se a desenvolver projetos de formação, investigação e desenvolvimento.

B. A Área deverá estar articulada com o Centro de Investigação na identificação e acompanhamento das atividades desenvolvidas no âmbito dos projetos referidos.

C. Em articulação com o Centro de Investigação, a Área compromete-se a enviar ao CA informação sobre artigos científicos e outras publicações, até ao final do mês de fevereiro do ano seguinte ao transato, designadamente, título, autores, primeiro autor da instituição, autores da instituição, revista científica, PMID (Nº Identificação Único utilizado pela Pubmed), Fator de Impacto da Publicação.

10. Plano de investimentos

A. No caso de não estar já concluído no momento de assinatura da presente Carta de Compromisso, e a ela anexa (Anexo IV), a Área compromete-se a definir um plano de investimentos valorizado e priorizado, para aprovação pelo CA, no prazo de 20 dias sobre a assinatura da presente Carta de Compromisso, com base em diferentes níveis de prioridade e necessidade.

B. O plano de investimentos deve apresentar-se valorizado e priorizado, sendo que a priorização deve integrar as necessidades expressas por cada especialidade e unidade.

C. Face ao plano de investimentos apresentado pela Área, e de acordo com a priorização definida, o CA procurará manter o nível de substituição, remodelação e inovação compatível dentro do orçamento vigente em cada um dos três anos económicos subsequentes.

11. Modelo de monitorização e acompanhamento

A. Para cada indicador, e na ausência de definição pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, deverá ser construído um Bilhete de Identidade, que permita a comparabilidade dentro e fora da instituição, e definindo:

- i. Código de indicador;
- ii. Período aplicável;
- iii. Objetivo;
- iv. Descrição;
- v. Unidade de medida;
- vi. Frequência de monitorização;
- vii. Fonte dos dados/Base da monitorização;
- viii. Responsável pela monitorização;

- ix. Fórmula;
- x. Variáveis e respetiva definição, fonte de informação e unidade de medida;
- xi. Outras observações.

B. Para efeitos de monitorização das atividades abrangidas pela presente Carta de Compromisso, a Área compromete-se a:

- i. Monitorizar a todo o tempo, internamente, os indicadores definidos nos mapas anexos à presente Carta de Compromisso, com recurso à informação existente nas ferramentas de gestão disponíveis, designadamente o TBCA;
- ii. Reportar ao CA até ao dia 15 de cada mês (com respeito às atividades realizadas do mês anterior), e sempre que necessário a uma atuação em tempo útil, desvios das metas contratualizadas que possam implicar o seu incumprimento, apresentando a respetiva justificação e proposta de medidas corretivas;
- iii. Sempre que for caso disso, reportar ao CA a impossibilidade de monitorizar os indicadores definidos nos mapas anexos à presente Carta de Compromisso, apresentando a respetiva justificação (que será utilizada no processo de melhoria dos sistemas de informação) e, sempre que possível, proposta de monitorização alternativa;
- iv. Reunir internamente, com os Responsáveis de Especialidade, pelo menos, uma vez por mês, e com as Chefias Médicas, de Enfermagem e de Técnicos, pelo menos uma vez por trimestre, para discussão do cumprimento até ao momento das metas estabelecidas e de outros assuntos que tenham por pertinentes.

C. Para efeitos de acompanhamento das atividades abrangidas pela presente Carta de Compromisso, o CA compromete-se a discutir com a Área o cumprimento até ao momento das metas estabelecidas e de outros assuntos que tenha por pertinentes, reunindo, para o efeito, pelo menos, uma vez por trimestre com a Área.

D. O CA pode, a todo o tempo, ouvida a Área, introduzir medidas corretivas, tendentes ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidas na presente Carta de Compromisso, bem como pode a Área, ouvidas as suas Especialidades, aplicar o mesmo procedimento.

12. Registo

A. A Área compromete-se a manter o registo atual e integral das atividades realizadas, abrangidas pela presente Carta de Compromisso, permitindo a monitorização e acompanhamento do cumprimento dos objetivos e metas estabelecidas.

B. Na impossibilidade de registo informático, a Área compromete-se a informar o Planeamento e Controlo de Gestão dos casos em que tal sucede, apresentando sugestões de melhores circuitos de informação e procedimentos de registo, com vista a uma cabal monitorização e acompanhamento das atividades e metas definidas e à melhoria dos sistemas de informação.

13. Compromissos do CA

O CA, no âmbito da presente Carta de Compromisso, compromete-se a:

- a) Disponibilizar, em tempo útil, toda a informação necessária ao cumprimento do estipulado na presente Carta de Compromisso pela Área;
- b) Prestar, em tempo útil, todos os esclarecimentos solicitados pela Área, no âmbito das suas funções;
- c) Facilitar a comunicação e articulação entre a Área e outros serviços internos ou externos ao CH, no âmbito das atividades abrangidas pela presente Carta de Compromisso;
- d) Disponibilizar à Área serviços de apoio à contratualização interna;
- e) Assegurar, na medida das suas competências e disponibilidades, os recursos e meios necessários ao cumprimento pelas Áreas e suas Especialidades dos objetivos e metas contratualizados externa e internamente.

14. Compromissos da Área

A Área, no âmbito da presente Carta de Compromisso, compromete-se a:

- a) Comunicar e fazer conhecer aos Responsáveis de Especialidade e restantes elementos da Área o conteúdo da presente Carta de Compromisso, motivando e envolvendo todos no seu cumprimento;
- b) Disponibilizar, em tempo útil, toda a informação solicitada pelo CA, respeitante às atividades abrangidas pela presente Carta de Compromisso;
- c) Prestar, em tempo útil, todos os esclarecimentos solicitados pelo CA, respeitantes às atividades abrangidas pela presente Carta de Compromisso;
- d) Respeitar os prazos estipulados na presente Carta de Compromisso;
- e) Comunicar, imediatamente, ao CA, todas as ocorrências que possam implicar o incumprimento da presente Carta de Compromisso;
- f) Aplicar as medidas corretivas que entenda necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas definidas na presente Carta de Compromisso, envolvendo, para o efeito, todos os elementos da Área;
- g) Na impossibilidade de definir metas, por constrangimentos ao nível da informação disponível e dos sistemas de informação, melhorar continuamente os processos assistenciais e respetivo registo;
- h) Apresentar, para aprovação pelo CA, o Regulamento Interno da Área, no prazo de 120 dias sobre a assinatura da presente Carta de Compromisso;
- i) Apresentar, para aprovação pelo CA, o Plano de Comunicação Interna da Área, no prazo de 60 dias sobre a assinatura da presente Carta de Compromisso.

15. Gestão partilhada de recursos do SNS

A. Em alinhamento com a Cláusula 7ª, n.º 2, do Contrato-Programa 2017-2019, sempre que aplicável, a Área compromete-se a disponibilizar na Plataforma GPRSNS a informação sobre a capacidade interna instalada que possa ser disponibilizada para responder a outras instituições do SNS.

B. A Área deve, ainda, consultar a Plataforma GPRSNS antes de equacionar o recurso a entidades externas para a realização de atividades que não estejam asseguradas por recursos internos.

16. Articulação com a rede de cuidados de saúde primários

Em alinhamento com a Cláusula 10ª do Contrato-Programa 2017-2019, a Área deve estabelecer mecanismos de comunicação e de articulação com os ACES, tendo em vista assegurar a coordenação das respetivas atividades, designadamente e sempre que aplicável:

- a) Assegurar o acesso aos serviços da Área pelos utentes inscritos nos ACES;
- b) Garantir o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta;
- c) Assegurar aos utentes inscritos nos ACES o acesso aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, de acordo com a capacidade instalada no Hospital, no âmbito da GPRSNS;
- d) Diligenciar no sentido de evitar a utilização inadequada dos serviços hospitalares, nomeadamente, no âmbito das urgências, consultas e internamentos evitáveis;
- e) Garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes, através de meios informáticos nomeadamente do sistema SIGA e PDS, sempre que possível;
- f) Referenciar para os ACES os utentes que devem ser acompanhados ao nível dos cuidados de saúde primários, em proximidade.

17. Vigência

A presente Carta de Compromisso é trianual, tem início na data da sua assinatura e vigora até ao final do ano civil de 2019.

18. Revisão

A. A presente Carta de Compromisso pode ser revista a todo o tempo, em face de circunstâncias internas ou externas ao CH ou à Área, que motivem a alteração dos objetivos, metas e ponderações definidas, ou sempre que se verifiquem alterações estratégicas que alterem os pressupostos sobre os quais foi definido a presente Carta de Compromisso.

B. As propostas de revisão podem ser apresentadas pela Área, devidamente fundamentadas, ou pelo CA.

C. A presente Carta de Compromisso é, em todo o caso, revista anualmente e acompanhada dos respetivos aditamentos.

Centro Hospitalar, (data)

O Conselho de Administração do CH, (assinaturas)

ANEXO I. COMPROMISSO ASSISTENCIAL

ANEXO II. KEY PERFORMANCE INDICATORS *BALANCED SCORECARD*

ANEXO III. BI DOS INDICADORES

ANEXO IV. PLANO DE INVESTIMENTOS

Anexo 6. Inquérito sobre a narrativa da *grounded theory*

No âmbito de um Projeto de Doutoramento, e no decurso da implementação da Contratualização Interna no CH, observou-se um conjunto de fenómenos que constituem a *anatomia* desse processo. Esses fenómenos são descritos seguidamente, pelo que solicitamos, no final, a expressão da sua concordância ou discordância perante os aspetos apresentados. É possível que não se reveja em todos os fenómenos, pelo que pedimos que avalie a descrição na sua globalidade.

Componentes informais:

- A. Observa-se a importância do **buy-in (ou acolhimento) da contratualização interna (CI) pelas lideranças intermédias e operacionais**. No âmago deste fenómeno de *buy-in* está, através da CI, *poder tratar as pessoas*, motivo também pelo qual os profissionais se sentem mobilizados pela melhoria das condições de trabalho e pela mudança e inovação organizacional. Por outro lado, poder tratar as pessoas permite aos profissionais o crescimento profissional e o orgulho institucional que valorizam.
- B. Realizado este *buy-in*, observa-se a possibilidade de ocorrer um fenómeno de **apropriação pelas lideranças intermédias e operacionais da CI**, isto é, de a assumirem como sua. Para isso, é vital o *reflexo na CI do que é importante para os profissionais*, o que é conseguido com a adaptação do discurso à linguagem que é por eles reconhecida, bem como com o envolvimento das lideranças intermédias e operacionais na procura de soluções (estas integradas na CI).
- C. Observa-se também a possibilidade de um **disengagement das lideranças intermédias e operacionais**, quando o *trabalho que é importante para os profissionais não é refletido na CI*, o que é, por um lado, alimentado por um discurso centrado na produção e nos custos e pelo sentimento de despreferência e não envolvimento. Por outro lado, gera desmotivação.
- D. Contribuem para esse *disengagement* dois fenómenos, sendo um deles o **descrédito da CI**, criado principalmente pelo *cinismo institucional*, que, por sua vez, é alimentado por erros na comunicação da própria CI.
- E. O segundo é o **descrédito das lideranças**, assumindo grande relevância neste aspeto o *incumprimento de promessas*, alimentado por um sentimento de não ser dado seguimento a pedidos apresentados pelos profissionais, o que reforça descréditos mútuos na competência técnica.
- F. Relacionado com o descrédito das lideranças, observa-se a **confiança nas lideranças**, sendo muito importante o sentimento de *reconhecimento e respeito das lideranças intermédias e operacionais por parte das lideranças de topo*, reforçado por uma postura humilde das lideranças de topo.

Encontra-se como explicação para os fenómenos informais acima descritos a **IDENTIDADE ORGANIZACIONAL**, grandemente promovida por uma *articulação e coordenação, isto é, compreendendo a cadeia de valor interna*. Para tal, são determinantes o sentimento de corresponsabilização entre as lideranças intermédias e operacionais e as lideranças de topo e o de coesão interna.

Componentes formais:

- A. Observa-se a existência de **unidades territoriais**, sendo a *gestão de serviço* o principal elemento deste fenómeno, fomentado pelo sentimento de bilateralidade, bem como pela falta de apoio entre os próprios órgãos de suporte. As Áreas tendem a trabalhar separadamente, observando-se o que designámos de **isolamento funcional**.
- B. Observou-se ainda o que designámos de **desperdício de gestão**, que explica uma *gestão de hábitos*, promovida, por um lado, por uma certa dispersão de planeamento e que provoca, por outro, o não acompanhamento das atividades.
- C. Observou-se, finalmente, **impreparação**, que explica o *défi ce de liderança* igualmente observado, reforçado pelo défi ce de competências de gestão, para o que também contribui a falta de informação à navegação.
- D. A **preparação**, igualmente observada, explica que os *profissionais compreendam a cadeia de valor de que o hospital faz parte*, para o que é necessário tempo para a aprendizagem. Compreender a cadeia de valor de que fazem parte fará com que possam igualmente compreender a filosofia e a mecânica da CI.

Encontrou-se como explicador para o conjunto destes fenómenos mais formais a **COOPERAÇÃO INTERNA**, que explica a importância do *diálogo, proximidade e trabalho conjunto*, grandemente impulsionados pela existência de uma rede de apoio interna e pela honestidade e conforto perante o erro.

Indique, de 1 a 7, o grau da sua concordância, na globalidade, perante os fenómenos descritos, sendo 1 totalmente discordante e 7 totalmente concordante.

1	2	3	4	5	6	7