CEFET/RJ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO BASEADO EM VALOR

Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação stricto sensu em Engenharia de Produção, Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Carvalho Castro

Coorientadora: Profª Drª. Thaís Spiegel

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2023

PROPOSTA DE MODELO ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO BASEADA EM VALOR

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Engenharia de Produção do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção.

Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva

Banca examinadora:

_____

Presidente, Professor Dr. Alexandre de Carvalho Castro (CEFET/RJ) (Orientador)

_____

Professora Dra. Thaís Spiegel (UERJ) (Coorientadora)

_____

Professor Dr. Annibal José Roris Rodriguez Scavarda do Carmo (CEFET/RJ)

_____

Professor Dr. Rafael Garcia Barbastefano (CEFET/RJ)

_____

Professor Dr. Luiz Felipe Roris Rodriguez Scavarda do Carmo (PUC-RJ)

_____

Professor Dr. Mario Dal Poz (UERJ)

Rio de Janeiro
Fevereiro de 2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do CEFET/RJ

S586 Silva, Ana Carolina Pereira de Vasconcelos
Proposta de modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor / Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva. — 2023.
153f. + apêndice : il. color. , enc.

Tese (Doutorado) Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, 2023.
Bibliografia : f. 134-153
Orientador: Alexandre de Carvalho Castro
Coorientadora: Thaís Spiegel

1. Câncer – Tratamento. 2. Pacientes. 3. Oncologia. 4. Administração pública. 5. Economia da saúde. I. Castro, Alexandre de Carvalho. (Orient.). II. Spiegel, Thaís. III. Título.

CDD 616.99406

Elaborada pela bibliotecária Tania Mello – CRB/7 nº 5507/04

DEDICATÓRIA

A todos os pacientes que passam pela jornada oncológica, que sejam fortes para enfrentar a doença e viver apesar dela, em cada fase. Aos profissionais de saúde, que sejam capazes tecnicamente e empáticos para confortar a carga psicológica que vem junto da doença física. Aos engenheiros, que possamos trazer soluções de projeto e operações que contribuam com a prática da assistência. Aos projetistas organizacionais e de políticas públicas, que vocês façam bom uso dos seus conhecimentos e acessos para entregar saúde de qualidade à população. A tese e o artefato nela elaborado são dedicados a todos os envolvidos no ciclo de cuidado do paciente oncológico, que poderão se apropriar das partes que lhe cabem para transformar suas realidades.

AGRADECIMENTOS

A jornada acadêmica não é uma decisão fácil, são escolhas de longo prazo que quase diariamente colocam à prova nossa vocação pela docência e pela pesquisa. Mas, o brilho no olho não nos deixa esconder nosso propósito... Felizes aqueles que são cercados por pessoas que valorizam esse brilho, que estão sempre atentos quando a chama está fraquinha e nos ajudam a reacendê-la.

Meu muito obrigada à professora Thaís Spiegel, que tem sido desde o princípio dessa trajetória (desde as salas de aula na graduação de Engenharia na UERJ) inspiração, empatia e acolhimento, que tem aberto portas para a pesquisa em saúde no Brasil, para mim e para tantos do nosso grupo de pesquisa na UERJ. Temos causado mudanças significativas no cenário da saúde, através das nossas pesquisas, projetos e atividades de ensino, que já transformaram mais de 200 organizações e mais de 1500 profissionais de saúde nos últimos 10 anos. Obrigada por me apresentar o mundo acadêmico e o tema, não só dessa pesquisa, mas de tantas outras que temos feito. Estamos colhendo os frutos a cada dia e plantando sementes por onde passamos.

Ao programa de doutorado do CEFET e todas as pessoas envolvidas na formação dos alunos, meu muito obrigada. Aos professores Andreia e Braga, que no meu primeiro período de doutorado, me acolheram e me encantaram falando sobre ciência, ensino e transformação da sociedade. Ao meu orientador Alexandre, que acolheu a mim e a pesquisa diante de tantas turbulências, com uma escuta atenta e empática. Obrigada por ter aceitado embarcar nessa investigação de um tema novo para o programa. Ainda sobre minhas novas redes no doutorado, meu muito obrigada à colega de sala de aula e professora Ana Carla, por estar disponível para ouvir sobre a pesquisa e sobre a jornada acadêmica, por ser inspiração por onde passa e, claro, pelas revisões criteriosas do texto. Sua contribuição foi muito importante para o produto aqui apresentado.

Aos meus amigos do Laboratório de Engenharia e Gestão em Saúde da UERJ, pelas muitas horas de troca, debate, leitura de textos, teste dos modelos. Obrigada por compartilharem comigo sonhos e realizações. Em especial, meu muito obrigada a Bianca Menezes, não só por ler o texto diversas vezes e apoiar muitas das minhas ideias, mas por colocar a mão na massa junto e fazer as coisas acontecerem. Quando conseguimos nos aproximar de novos pesquisadores como você, é uma confirmação de

que não estamos loucos, de que o que fazemos faz algum sentido. O segundo agradecimento vai ao meu amigo de longa data Daniel Bouzon, com quem projeto novas ideias para mudar o mundo há 13 anos. Obrigada principalmente por me ajudar em muitas das análises bibliométricas, que foram fundamentais para o entendimento do campo de pesquisa.

Ao meu companheiro Lucas, que tem acompanhado essa jornada acadêmica com palavras de conforto em todos os momentos, mas especialmente nos momentos mais duros. Meu muito obrigada por tanto acolhimento, paciência e empatia. Sim, temos momentos duros na academia, apesar de romantizarmos a carreira acadêmica sempre que nos perguntam, simplesmente porque amamos nosso propósito. A jornada que enfrentamos juntos na luta contra o câncer se iniciou há poucos meses do fim da tese e mudou tudo, prioridades, perspectivas, deu uma boa reviravolta na nossa vida. E sabe de uma coisa, foi uma prova de que o conhecimento aqui gerado mira em um propósito muito maior que o título acadêmico. Nós que estudamos sistemas de saúde, sempre olhamos com certo distanciamento para a doença, afinal, somos engenheiros e engenheiras. Ter lido mais de 400 textos sobre câncer, estatísticas, números, práticas, organizações se tornaram um ponto no espaço diante do diagnóstico de câncer em alguém que importa para a gente. Essa palavrinha que parecia pequena nos textos tomou uma proporção monstruosa. Ter vivido essa experiência muito de perto me fez ter certeza de que o que eu escrevi aqui nessas páginas podem sim fazer a diferença para muitas pessoas e eu não vou parar até que isso seja uma realidade!

Aos meus pais e avós, que sempre me disseram que estudar mudaria minha vida, vocês estavam certos. Eu achava que era uma mudança financeira... Nesse ponto, eu estava errada (risos). Mas é uma mudança sim, para sempre, da forma de pensar e ver o mundo. E por isso, agradeço a vocês pelas orientações e apoio desde sempre (e lá se vão décadas de estudo). Eu realmente acredito que com toda essa trajetória, hoje sou muito mais capaz (e com um time de reforço que acredita nisso também) de mudar o mundo.

RESUMO

Proposta de modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação stricto-sensu em Engenharia de Produção e Sistemas do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de doutor em Engenharia de Produção.

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade na maioria dos países. A desconexão entre o aumento do número de pacientes com câncer, o aumento dos custos de melhores tratamentos e a restrição do orçamento da saúde são elementos de discussão conhecidos. O debate de valor em saúde tem se colocado como protagonista nas pesquisas e práticas de gestão em saúde globalmente, como uma aposta para melhorar desempenho dos sistemas e reduzir os custos. No entanto, uma solução estrutural e sistêmica para o problema do câncer ainda não é conhecida. É nesse cenário que se insere a contribuição da gestão de operações enquanto corpo teórico para o projeto de soluções. O objetivo da tese é construir um modelo de atenção integral baseado em valor para o paciente oncológico e isso foi possível a partir da aproximação de três corpos teórico, a saber: modelos e estruturas de cuidado ao paciente oncológico, gestão de operações em saúde e saúde baseada em valor. Enquanto método, foram conduzidas 3 revisões sistemáticas da literatura, que permitiram diagnosticar a ausência de um modelo de atenção integral baseado em valor, identificar as práticas de cuidado integral e as premissas de agenda de valor para o contexto oncológico. Além disso, foram conduzidas entrevistas com 17 especialistas em cuidado oncológico, com o intuito de compreender os elementos fundamentais para o projeto de um modelo de atenção integral ao paciente baseado em valor a partir da prática das organizações de saúde. A gestão de operações e suas categorias foram adotadas tanto para apoiar o levantamento das práticas quanto para embasar a construção dos questionários de levantamento com especialistas e do modelo. O produto principal da tese foi, portanto, o modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor, com sua orientação de uso e navegação construído a partir de grupos focais com especialistas em gestão de operações para orientar o projeto de serviços de saúde no contexto da saúde suplementar. O resultado foi validado por especialistas e conta com 8 categorias de operações, 24 decisões e 105 práticas ou caminhos decisórios. Espera-se que o modelo seja adotado como artefato de apoio à tomada de decisão no projeto de um serviço de cuidado integral ao paciente oncológico e ao projeto de políticas públicas nas fases de diagnóstico, projeto de implantação de novas ações e avaliação de resultados.

Palavras-Chave:
Atenção integral ao paciente oncológico; Value-based healthcare; Saúde baseada em valor; Valor para o paciente oncológico; Gestão de operações em saúde.

ABSTRACT

A value-based comprehensive care model proposal for cancer patients

Abstract of THESIS submitted to Programa de Pós-graduação stricto-sensu em Engenharia de Produção e Sistemas - Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca CEFET/RJ as partial fulfillment of the requirements for the degree of DOCTOR in Industrial Engineering

Cancer is the main public health problem in the world and is already among the four main causes of death before the age of 70 in most countries. The disconnect between the increase in the number of cancer patients, the increase in the costs of better treatments and the restriction of the health budget are well-known elements of discussion. The debate on value in health has been a protagonist in research and management practices in health globally, as a bet to improve systems performance and reduce costs. However, a structural and systemic solution to the cancer problem is not yet known. It is in this scenario that the contribution of operations management as a theoretical body for the design of solutions is inserted. The objective of the thesis is to build a model of comprehensive care based on value for the oncological patient, and this was possible from the approximation of three theoretical bodies, namely: models and structures of care for the oncological patient, management of health and health operations. value based. As a method, 3 systematic literature reviews were conducted, which made it possible to diagnose the absence of a value-based comprehensive care model, identify comprehensive care practices and the premises of a value agenda for the oncological context. In addition, interviews were conducted with 17 specialists in cancer care, to understand the fundamental elements for the design of a model of comprehensive care for patients based on value based on the practice of health organizations. Operations management and its categories were adopted both to support the survey of practices and to support the construction of survey questionnaires with experts and the model. The main product of the thesis was, therefore, the value-based model of comprehensive care for cancer patients, with its use and navigation guidance built from focus groups with specialists in operations management. The result was validated by experts and has 8 categories of operations, 24 decisions and 105 practices or decision paths. It is expected that the model will be adopted as an artifact to support decision-making in the design of a comprehensive care service for cancer patients and in the design of public policies in the phases of diagnosis, design of implementation of new actions and evaluation of results.

Keywords:
Comprehensive care for cancer patients; Value-based healthcare; Value-based health; Value for the cancer patient; Healthcare operations management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Metodologia da pesquisa em 3 fases 37
Figura 2 – Síntese das revisões sistemáticas conduzidas 41
Figura 3 – Modelo conceitual ABC para cuidado multidisciplinar do câncer 76
Figura 4 – Componentes da agenda de valor 98
Figura 5 – Modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor 120
Figura 6 – PRISMA da revisão sistemática da literatura 1 166
Figura 7 – PRISMA da revisão sistemática da literatura 2 167
Figura 8 – PRISMA da revisão sistemática da literatura 3 169
Figura 9 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 1 da SCOPUS 172
Figura 10 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave indexadas com 1 ou mais ocorrências na revisão 1 da *Pubmed* 173
Figura 11 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da SCOPUS 174
Figura 12 – Zoom 1 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da SCOPUS 174
Figura 13 – Zoom 2 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da SCOPUS 175
Figura 14 – Zoom 3 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da SCOPUS 176
Figura 15 – Zoom 4 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da SCOPUS 176
Figura 16 – Zoom 7 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da SCOPUS 177
Figura 17 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *Pubmed* 177
Figura 18 – Zoom 1 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na Pubmed da revisão 2 178
Figura 19 – Zoom 2 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na Pubmed da revisão 2 178

Figura 20 – Zoom 3 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na Pubmed da revisão 2 179
Figura 21 – Clusters de coocorrência das palavras-chave dos autores com 3 ou mais ocorrências na SCOPUS 180
Figura 22 – Clusters de coocorrência das palavras-chave dos autores com 2 ou mais ocorrências na Pubmed 181
Figura 23 – Mapa temático da revisão 2 na SCOPUS 193
Figura 24 – Mapa temático da revisão 2 na Pubmed 193
Figura 25 – Mapa temático da Revisão 3 na SCOPUS 200
Figura 26 – Mapa temático da Revisão 3 na *Pubmed* 200
Figura 27 – Correlação entre as categorias de operações no Miro 219
Figura 28 – Práticas relacionadas à categoria de rede e integração no Miro 221
Figura 29 - Práticas relacionadas à categoria de organização no Miro 221
Figura 30 - Práticas relacionadas à categoria de pesquisa e desenvolvimento no Miro 222
Figura 31 - Práticas relacionadas à categoria de tecnologia de processo no Miro 222
Figura 32 - Práticas relacionadas à categoria de programação e acompanhamento do paciente no Miro 223
Figura 33 - Práticas relacionadas à categoria de gestão da informação e sistemas no Miro 223
Figura 34 - Práticas relacionadas à categoria de mensuração e gestão de performance no Miro 224
Figura 35 - Práticas relacionadas à categoria de sistemas de qualidade no Miro 224
Figura 36 – Correlação entre as práticas no Miro 225
Figura 37 - Correlação entre as práticas no Miro (Zoom 1) 225
Figura 38 - Correlação entre as práticas no Miro (Zoom 2) 226

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas para condução da Design Science Research 33
Quadro 2 – Síntese dos objetivos, questões de pesquisa e produtos da tese 51
Quadro 3 – Categorias de cancer center identificadas na literatura 54
Quadro 4 – Práticas de tecnologia de processos e percurso do paciente 57
Quadro 5 – Síntese práticas tecnologia de processos e percurso do paciente 62
Quadro 6 – Práticas de gestão da informação e sistemas 65
Quadro 7 – Síntese das práticas de gestão da informação e sistemas.....66
Quadro 8 – Práticas de programação do cuidado e acompanhamento do paciente.....68
Quadro 9 – Síntese das práticas de programação do cuidado e acompanhamento do paciente.....73
Quadro 10 – Práticas de mensuração da performance e gestão da qualidade 78
Quadro 11 – Síntese das práticas de mensuração da performance e gestão da qualidade 82
Quadro 12 – Práticas de rede e integração 86
Quadro 13 – Síntese das práticas de rede e integração.....87
Quadro 14 – Práticas de organização 88
Quadro 15 – Síntese das práticas de organização.....89
Quadro 16 – Registro da compilação das práticas identificadas na literatura 91
Quadro 17 – Organizações que projetaram estruturas para avaliação de valor.....95
Quadro 18 – Principais temas relacionados a difusão de valor na revisão da literatura 3 101
Quadro 19 – Principais temas relacionados a custos na revisão da literatura 3 102
Quadro 20 – Principais temas relacionados ao numerador da fração de valor na revisão da literatura 3.....104
Quadro 21 – Principais temas relacionados a modelo de cuidado na revisão da literatura 3.....105
Quadro 22 – Síntese das práticas identificadas nas entrevistas 111
Quadro 23 – Notação adotada no modelo 118
Quadro 24 – Práticas da categoria de rede e integração (C1).....121
Quadro 25 – Práticas da categoria de organização (C2).....122

Quadro 26 – Práticas da categoria de pesquisa e desenvolvimento (C3) 123
Quadro 27 – Práticas da categoria de tecnologia de processo (C4).....124
Quadro 28 – Práticas da categoria de programação do cuidado e acompanhamento do paciente (C5).....124
Quadro 29 – Práticas da categoria de gestão da informação e sistemas (C6) 125
Quadro 30 – Práticas da categoria de mensuração e gestão da performance (C7).....126
Quadro 31 – Práticas da categoria de sistemas da qualidade (C8) 127
Quadro 32 – Estratégias de busca preliminares da revisão 1 158
Quadro 33 – Estratégias de busca preliminares da revisão 2 158
Quadro 34 – Estratégias de busca preliminares da revisão 3 159
Quadro 35 – Categorias de classificação dos artigos secionados para leitura do abstract 163
Quadro 36 – Categorias de classificação dos artigos selecionados para leitura na íntegra 164
Quadro 37 – Categorias dos artigos classificados como outros 164
Quadro 38 – Síntese qualitativa da revisão sistemática 1.....201
Quadro 39 – Síntese qualitativa da revisão sistemática 2.....202
Quadro 40 – Síntese qualitativa da revisão sistemática 3.....203
Quadro 41 – Categorias de operações adotadas na tese 209
Quadro 42 – Questionário semiestruturado para levantamento da prática com os especialistas 211
Quadro 43 – Descrição dos especialistas e organizações entrevistados.....213
Quadro 44 – Resultado da sessão 1 de grupo focal 215
Quadro 45 – Resultado da sessão 2 de grupo focal 216
Quadro 46 – Resultado da sessão 3 de grupo focal 217
Quadro 47 – Resultado da sessão 4 de grupo focal 218
Quadro 48 – Resultado da sessão 5 de grupo focal 220
Quadro 49 – Resultado da sessão 6 de grupo focal 220
Quadro 50 – Resultado da sessão 7 de grupo focal 226
Quadro 51 – Resultado da sessão 8 de grupo focal 227

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de parametrização do VOSviewer para as análises das revisões 171
Tabela 2 – Produção anual por base da revisão 1 182
Tabela 3 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 1 na SCOPUS 183
Tabela 4 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 1 na Pubmed 184
Tabela 5 – Países com mais produções da revisão 1 na SCOPUS 184
Tabela 6 – Países com mais produções da revisão 1 na Pubmed 184
Tabela 7 – Artigos com mais citações da revisão 1 na SCOPUS 185
Tabela 8 – 5 autores com mais produtivos da revisão 1 na SCOPUS 185
Tabela 9 – 5 autores com mais produtivos da revisão 1 na Pubmed 185
Tabela 10 – Crescimento das palavras-chave da revisão 1 na SCOPUS 186
Tabela 11 – Crescimento das palavras-chave da revisão 1 na Pubmed.....186
Tabela 12 – Produção anual da revisão 2 187
Tabela 13 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 2 na SCOPUS 188
Tabela 14 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 2 na Pubmed 189
Tabela 15 – Países com mais produções da revisão 2 na SCOPUS 189
Tabela 16 – Países com mais produções da revisão 2 na Pubmed 189
Tabela 17 – Artigos com mais citações da revisão 2 na SCOPUS 190
Tabela 18 – 5 autores com mais produtivos da revisão 2 na SCOPUS 190
Tabela 19 – 5 autores com mais produtivos da revisão 2 na Pubmed 191
Tabela 20 – Crescimento das palavras-chave da revisão 2 na SCOPUS (KeywordGrowth) 191
Tabela 21 – Crescimento das palavras-chave da revisão 2 na Pubmed (KeywordGrowth) 192
Tabela 22 – Produção anual da revisão 3 194
Tabela 23 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 3 na

SCOPUS 195
Tabela 24 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 3 na Pubmed 196
Tabela 25 – Países com mais produções da revisão 3 na SCOPUS 196
Tabela 26 – Países com mais produções da revisão 3 na Pubmed 196
Tabela 27 – Artigos com mais citações da revisão 3 na SCOPUS 197
Tabela 28 – 5 autores mais produtivos da revisão 3 na SCOPUS 198
Tabela 29 – 5 autores mais produtivos da revisão 3 na Pubmed 198
Tabela 30 – Crescimento das palavras-chave da revisão 3 na SCOPUS (KeywordGrowth) 199
Tabela 31 – Crescimento das palavras-chave da revisão 3 na Pubmed (KeywordGrowth) 199
Tabela 32 – Registro da compilação das práticas identificadas na literatura 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACIC – *Assessment of Chronic Illness Care*

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASCO – *American Society of Clinical Oncology*

Co-MSA – *Co-management services agreement*

Conahp – Congresso Nacional de Hospitais Privados

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

CRC – *Colorectal Cancer*

DHI – *Digital health intervention*

EHR – *Electronic health record*

ESMO – *European Society of Medical Oncology*

GMV – *Group medical visit*

ICHOM – *International Consotioum of Health Outcomes Measurement*

INCA – Instituto Nacional do Câncer

INLAGS – Instituto Latino-Americano em Gestão em Saúde

IOCP – *Integrated Oncological Care Pathways*

IPU – *Integrated practice unit*

LEGOS – Laboratório de Engenharia e Gestão em Saúde

MCC – *Multidisciplinary cancer conference*

MCP – Intercountry colaboration indice

MCPAD – Modelo para Captura, Processamento e Análise de Desfechos Clínicos

MSKCC – *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

NCCN – *National Comprehensive Cancer Network*

NCI – *National Cancer Institute*

OCM – *Oncology Care Model*

PDSA – *Plan-Do-Study-Act*

PE – *Patient education*

PP – *Patient portal*

PPVF – *Patient Perspective Value Framework*

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PRO – *Patient-reported outcome*

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

QI – *Quality improvement*

QIS – *Quality index score*

QOPI – *Quality Oncology Practice Initiative*

RHC – Registro Hospitalar de Câncer

SCP – *Intra-country colaboration indice*

SCP – *Survivoship care plan*

SOC – *Standard of care*

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

VBHC – *Value Based Health Care*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **21**

Contexto 21

Situação problema 25

Objetivos 26

Ineditismo da pesquisa 26

Justificativa e relevância do tema 27

Limitações da pesquisa 28

Delimitação da pesquisa 30

Estrutura dos Capítulos 31

1. METODOLOGIA DA PESQUISA **33**

1.1 Conscientização do problema: levantamento e análise da literatura 37

1.1.1 Planejamento da revisão da literatura 38

1.1.2 Condução das revisões da literatura 39

1.1.3 Reporte e disseminação dos resultados 42

1.1.3.1 Análise descritiva do campo de pesquisa 42

1.1.3.2 Análise temática do campo de pesquisa 43

1.2 Sugestão do artefato: levantamento e análise da prática das organizações de saúde 44

1.2.1 Definição do perfil dos especialistas entrevistados 45

1.2.2 Construção do questionário semiestruturado 45

1.2.3 Condução das entrevistas 46

1.2.4 Análise dos resultados das entrevistas 46

1.3 Desenvolvimento e validação do artefato: condução dos grupos focais 47

1.3.1 Preparação do grupo focal 49

1.3.1.1 Determinação dos critérios para a escolha dos participantes 49

1.3.1.2 Proposta de um esquema de condução do grupo focal 49

1.3.1.3 Desenvolvimento de um guia para o moderador 50

1.3.2 Implementação do grupo focal 50

1.3.3 Procedimentos pós-grupo focal 50

1.4 Conclusão: resultados e contribuições do artefato 51

1.5 Objetivos, questões de pesquisa e produtos da tese 51

2. O CUIDADO INTEGRAL DE SAÚDE AO PACIENTE ONCOLÓGICO 53

2.1 As estruturas e modelos de cuidado ao paciente oncológico 53

2.2 As categorias de operações como organizadoras das práticas 56

2.2.1 Tecnologia de processos e percurso do paciente 57

2.2.2 Gestão da informação e sistemas 64

2.2.3 Programação do cuidado e acompanhamento do paciente 68

2.2.4 Mensuração da performance e gestão da qualidade 77

2.2.5 Rede e integração 86

2.2.6 Organização 88

2.3 Contribuições das práticas identificadas na literatura para a concepção do modelo 89

3. VALOR EM SAÚDE PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO 93

3.1 Valor em *value-based healthcare* 93

3.2 Valor para o paciente oncológico 100

3.3 Maturidade das organizações de saúde na incorporação da agenda de valor 106

3.4 Contribuições das premissas da agenda de valor identificadas na literatura para a concepção do modelo 108

4. A REALIDADE DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE QUE PRATICAM CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO 110

4.1 Resultados das entrevistas: tópicos, decisões e práticas de cuidado 110

4.2 Análise dos resultados das entrevistas: convergências e divergências com a literatura 114

4.3 Contribuições das entrevistas para o modelo 116

5. PROPOSIÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO BASEADO EM VALOR: ELEMENTOS DA LITERATURA E DA PRÁTICA 117

5.1 Apresentação do modelo projetado e suas características 117

5.2 Componentes do modelo proposto por categoria de operações 121

5.2.1 Componentes da categoria de Rede e integração 121

5.2.2 Componentes da categoria de Organização 122

5.2.3 Componentes da categoria de Pesquisa e desenvolvimento 123

5.2.4 Componentes da categoria de Tecnologia de processo 123

5.2.5 Componentes de categoria de Programação do cuidado e acompanhamento do paciente 124

5.2.6 Componentes da categoria de Gestão da informação e sistemas 125

5.2.7 Componentes da categoria de Mensuração e gestão da performance 126

5.2.8 Componentes da categoria de Sistema de qualidade 126

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 128

CONSIDERAÇÕES FINAIS 130

REFERÊNCIAS 134

APÊNDICES 154

APÊNDICE A – PLANEJAMENTO DA REVISÃO DA LITERATURA 154

APÊNDICE B – CONDUÇÃO DAS REVISÕES SISTEMÁTICAS DA LITERATURA 157

APÊNDICE C – ANÁLISE DESCRITIVA DO CAMPO DE PESQUISA 170

APÊNDICE D – ANÁLISE TEMÁTICA DO CAMPO DE PESQUISA 207

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO 211

APÊNDICE F – REGISTRO DOS ENTREVISTADOS 213

APÊNDICE G – RESULTADOS DAS SESSÕES DE GRUPO FOCAL PARA CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO MODELO 215

Introdução

Contexto

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade na maioria dos países (BRAY et al., 2018). A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando tanto pelo envelhecimento e crescimento populacional, quanto pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (BRAY et al., 2018). Em todo o mundo, cerca de 19,3 milhões de novos casos de câncer e quase 10 milhões de mortes por câncer ocorreram em 2020 (SUNG et al., 2021). No contexto Brasil, foram estimados 625 mil casos de câncer a cada ano do triênio 2020-2022 e a obesidade está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de 11 dos 19 tipos mais frequentes. Alguns comportamentos não saudáveis como sedentarismo, fumar, consumir bebidas alcoólicas, e manter dieta pobre em vegetais também aumentam o risco de 10 tipos da doença (INCA, 2020).

A desconexão entre o aumento do número de pacientes com câncer, o aumento dos custos de melhores tratamentos e a restrição do orçamento da saúde são elementos conhecidos no contexto do câncer (SAUNDERS, 2019). No entanto, políticas de saúde que se proponha exclusivamente a injetar mais dinheiro para aumentar os recursos nas unidades de saúde (novos hospitais, novos médicos, novos leitos ou novos equipamentos) tendem a reforçar um modelo de gestão que já se mostrou insuficiente (SPIEGEL et al., 2016). Torna-se necessário, então, o projeto de um sistema de saúde que consiga viabilizar o aumento da produtividade (volume de pacientes atendidos nas unidades de saúde) e qualidade (satisfação dos pacientes) da assistência prestada (SAUNDERS, 2019; VIACAVA et al., 2004).

Nesse contexto, a discussão de valor em saúde tem se colocado como protagonista nas pesquisas e práticas de gestão em saúde globalmente. Diversos países têm discutido e experimentado uma transição de modelos de pagamento baseados em volume para aqueles baseados em valor (JOHNSON et al., 2020; LEE, 2017; VAN DEEN; ESRAILIAN; HOMMES, 2015). À medida que o ecossistema de oncologia muda, as partes interessadas

nessa agenda apontam para preocupações com relação à falta de dados de experiência do paciente, o que dificulta os projetos de política de saúde e tomada de decisões clínicas para melhorar o atendimento centrado no paciente. Se evidencia, então, a importância de uma discussão multidisciplinar e seu impacto no cuidado centrado no paciente em um cenário de políticas de saúde em constante mudança (JOHNSON et al., 2020).

Em *Value-Based Health Care* (VBHC), ou saúde baseada em valor, valor é o que importa para o paciente, representado pela fração desfechos sobre custo para entregar esses desfechos (PORTER; TEISBERG, 2006). Esses desfechos, para qualquer condição de saúde, podem ser organizados em uma hierarquia de três camadas – (1) estado de saúde alcançado ou mantido, (2) processo de recuperação e (3) sustentabilidade da saúde, cada uma composta por dois níveis avaliados com métricas específicas (PORTER, 2010). Apesar de mais discutido nos últimos anos (BASCH et al., 2020; CHERKAOUI et al., 2020; GESKO; WORLEY; RINDAL, 2020; YOUNG et al., 2020), o conceito não é novo. Valor já vem sendo discutido em diversos setores da economia como uma alternativa de entregar aquilo que o cliente precisa e, consequentemente, projetar e gerir as organizações com base nos resultados que importam para os clientes (PORTER; TEISBERG, 2006). Mesmo com todos os conceitos já mencionados há décadas, uma solução estrutural e sistêmica para o problema ainda não é conhecida (SAUNDERS, 2019).

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela fiscalização das atividades relativas à assistência de saúde privada, iniciou a discussão de valor em saúde em setembro de 2016, com uma preocupação centrada em custo através da criação de um Grupo Técnico de Modelos de Remuneração (ANS, TISS/2018). Em 2019, uma nova tentativa de mudar a lógica de remuneração foi lançada pela ANS com a proposta de selecionar 10 projetos-piloto de operadoras de planos de saúde fundamentados em experiências que levem em conta os desfechos em saúde (ANS..., 2019). A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) também tem proposto a discussão da VBHC em diversos congressos temáticos. Em 2019, o Congresso Nacional de Hospitais Privados (Conahp) abordou a saúde baseada em valor em suas palestras, discutindo temas como complexidade populacional e gestão das bases de dados, interoperabilidade de sistemas, governança e integração de rede (CONAHP..., 2019). Em 2021, o Conahp trouxe uma sessão de construção do modelo assistencial integrado que gera valor para o paciente e para o sistema (CONAHP, 2021), sendo a única sessão do evento a discutir o tema.

As iniciativas no sistema público são ainda mais escassas. Dentre as poucas ações,

uma delas tem sido conduzida no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Nesse programa, hospitais privados realizam projetos de educação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e assistência especializada voltados ao fortalecimento e à qualificação do SUS em todo o Brasil (PROADI-SUS, 2021a). No contexto desse programa, está inserido o Consórcio Nacional para Mensuração de Desfechos (PROADI-SUS, 2021[b]). De acordo com os organizadores do consórcio, no Brasil, não há um programa de coleta e monitoramento de indicadores padronizado e instituído em todos os hospitais. Por isso, desenvolveram uma iniciativa conduzida pelo Hospital Moinhos de Vento, sob coordenação técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde constroem um painel de indicadores padronizados e a desenvolvem uma ferramenta de coleta e monitoramento de desfechos. No último período, de 2018 a 2020, participaram 15 instituições hospitalares do sistema público e privado (PROADI-SUS, 2021b).

A agenda de VBHC (PORTER; LEE, 2013) encontra-se longe de ser plenamente implementada, tanto pela má interpretação dos conceitos, quanto pela ausência de diretrizes e modelos que orientem a transformação organizacional pela qual os provedores de serviços deverão passar a fim de mudar seus modelos tradicionais de negócios para um orientado a valor (STEINMANN et al., 2020, 2021; STROUGO, 2019). Dados divulgados pela ANS mostraram que em 2018 apenas 4% dos valores pagos aos prestadores de serviços foram realizados por modelos alternativos ao *fee for service* (ANS, TISS/2018), percentual relacionado aos interesses e forças solidificados dos *players* do sistema de saúde, especialmente no contexto suplementar brasileiro.

O que vemos é um sistema que resiste às mudanças do *fee for service*, porque individualmente, esses atores ainda lucram com a ineficiência do sistema. No entanto, essa configuração não garante sustentabilidade no longo prazo. Em 2018, o Instituto Latino-Americano de Gestão em Saúde (INLAGS) promoveu um encontro com 25 especialistas na área de Gestão, Medicina e Engenharia para discutir o tema. O palestrante Clemente Nóbrega apontou que “se a saúde não adotar a visão do valor com foco no desfecho para os usuários, os serviços podem acabar entrando em colapso” e ainda sinalizou que “só haverá revolução em valor da saúde, se todos os agentes envolvidos se alinharem em torno do valor para o paciente” (INLAGS, 2018). Evidencia-se, portanto, que ainda há lacunas importantes para responder às perguntas feitas por Porter (2008): como podemos projetar um sistema de prestação de cuidados de saúde que irá melhorar drasticamente o valor? Quais estruturas,

processos e políticas maximizariam o valor entregue ao paciente e incentivariam a melhoria contínua?

A questão que se coloca para a Engenharia de Produção está relacionada a que caminho seguir, visto que não há um método pré-definido que consiga resolver este objeto de forma sistêmica (SPIEGEL, 2013). Para Spiegel et al. (2016) serão necessárias décadas de projetos da Engenharia de Produção em Saúde para encaminhar estas questões de forma sistêmica. Lacerda et al. (2013) destacam que, no Brasil, a Engenharia de Produção apresenta uma interface significativa com outras áreas do conhecimento, como a Gestão de Operações e, tanto em uma quanto na outra há a preocupação em caracterizar métodos de pesquisa apropriados para as pesquisas na área. Gouvêa da Costa; Pinheiro de Lima (2011) explicitam a distinção entre o conhecimento científico e o conhecimento em Engenharia e pontuam que a Engenharia se preocupa com a utilização do conhecimento científico com o objetivo de projetar e construir artefatos para a solução dos problemas. Pesquisas que se propõem a desenvolver artefatos, com o objetivo de aplicá-los em um contexto organizacional, encontram na *Design Science Research (DSR)* um respaldo metodológico apropriado (DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013). Dessa forma, a tese adota as etapas da DSR, aproximando o ferramental de projeto da Engenharia de Produção dos conceitos da Gestão de operações.

Essa aproximação se dá pela potencial contribuição da Gestão de Operações para a problemática em questão, uma vez que é orientada à concepção de soluções pragmáticas para problemas reais, compreendendo o comportamento atual do sistema e projetando soluções adequadas conceitualmente e aderentes à realidade (SPIEGEL et al., 2016). O que se observa no contexto da saúde é que a gestão de operações já vem sendo adotada (PIANYKH et al., 2020; DENTON, 2013; MCLAUGHLIN; HAYS, 2008), e os pesquisadores vem estudando tópicos oportunos como projeto organizacional, projeto de serviços de saúde, transplante de órgãos (DAI; TAYUR, 2020), o que reforça e legitima sua contribuição.

Sob essa perspectiva, a tese se propõe a investigar modelos, estruturas e práticas de cuidado baseados em valor que possam ser incorporadas em um modelo de operações que entregue atenção integral ao paciente oncológico. Esse modelo poderá ser adotado por pesquisadores e gestores da área, tomadores de decisão e projetistas organizacionais para o desenvolvimento de organizações que precisem aumentar a performance de suas operações e transformar o cuidado do paciente com câncer, adotando a implantação dos elementos da agenda de valor.

Situação problema

É sabido que não existe um modelo de cuidado único que se aplica a todo e qualquer cuidado de saúde, mesmo quando consideramos uma mesma condição de saúde (CAMPBELL et al., 2011; DANIEL; VARGHESE, 2019a; LEE et al., 2012; MANJUNATHAN et al., 2020). O que se observa na realidade das organizações é uma heterogeneidade de práticas e modelo de cuidado, sem definição clara dos resultados que se alcança e se espera alcançar (LEE et al., 2012; SIMONE, 2002).

Assim, pensar em um modelo de cuidado baseado em valor pressupõe não apenas um reprojeto do modelo de negócio, mas uma mudança cultural no interior das organizações, compostas por pessoas formadas para atuar de maneira individual, para tomar decisões somente em relação ao resultado técnico (cirurgia bem-sucedida não necessariamente é aquela que o paciente preferiria) e sem considerar os custos para o sistema ou serviço (SILVA; MALIK, 2019).

Dessa forma, projetar soluções para problemas complexos exige reconhecer as múltiplas faces do problema e recorrer a mais de um corpo teórico para identificar a perspectiva dos atores envolvidos no sistema, tantos quantos sejam possíveis. Três corpos teóricos são adotados no contexto da tese para responder a esse objetivo, de equacionar a razão desfechos e custos no cuidado ao paciente oncológico, foram acessadas no escopo da tese.

O primeiro foram os modelos de atenção integral ao paciente e suas práticas de cuidado. A literatura aponta, dentre diversas características, que esse modelo deve mirar em melhores desfechos e, também, objetivar um cuidado custo-efetivo. Para potencializar a solução, o segundo corpo teórico que foi aproximado ao escopo da tese foi a agenda de valor em saúde, que tem como objetivo explícito propor a operação de sistemas de saúde que ofereçam melhores desfechos e reduza custos. Para conectar os dois corpos de conhecimento, foi adotado um terceiro corpo teórico, o da gestão de operações. A gestão de operações foi utilizada como estrutura metodológica tanto para o levantamento das práticas na literatura quanto para a construção do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor. A integração entre esses corpos teóricos se deu a partir do pragmatismo da *Design Science Research* em estabelecer etapas para a concepção de artefatos que tragam contribuições práticas para as organizações.

Objetivos

O objetivo geral (OG) da tese é propor um modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor. Para alcançar esse objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos (OE):

- OE1: Identificar estruturas, modelos e práticas de atenção integral ao paciente oncológico na literatura, através de revisão sistemática, e na prática, através de entrevistas semiestruturadas com especialistas;
- OE2: Identificar e compreender as abordagens/práticas de VBHC aplicadas ao atendimento oncológico na literatura;
- OE3: Definir quais práticas de VBHC podem contribuir para a atenção integral ao paciente oncológico;
- OE4: Especificar um modelo de operações (propósito, forma, elementos, práticas) de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor.

Ineditismo da pesquisa

O ineditismo da pesquisa se dá , de forma pragmática, pela identificação de um gap na literatura. A condução das revisões evidenciou a ausência de modelos de atenção integral ao paciente oncológico baseados em valor. Na primeira revisão que busca especificamente por modelos dessa natureza, dos 8 artigos selecionados dentre os 19 identificados, nenhum foi capaz de responder completamente à questão de pesquisa. A segunda e a terceira revisão foram conduzidas, então, com o intuito de levantar elementos que pudessem contribuir com a composição da proposta da tese, junto às premissas da agenda de valor e da estrutura metodológica da gestão de operações.

Outro ponto relevante para descrever o ineditismo se dá pela aproximação de três corpos de conhecimento como proposta para a solução do problema descrito, a saber: atenção integral ao paciente oncológico, a agenda de valor em saúde (em VBHC) e gestão de operações em saúde, com a perspectiva de criação de um artefato que possa contribuir com

a prática das organizações. Isoladamente, nenhum deles se mostrou suficiente para equacionar o desbalanço entre aumento da demanda e necessidade de contenção de custos, de forma que a proposta da tese se coloca como um novo caminho a ser percorrido em direção a essa solução. Sobre a aproximação da agenda de valor, um ponto inédito e relevante da tese foi a aderência completa do modelo proposto a todos os pontos da agenda, diferentemente dos demais textos identificados, que discutem aplicações pontuais e isoladas.

Além disso, é incorporada ao escopo da tese uma perspectiva prática que emerge da condução das entrevistas com especialistas. Essa abordagem cumpre um papel de reduzir a distância entre teoria e prática evidenciada pelas revisões da literatura, reforçando a importância de um caminho com duas vias, uma no sentido de incorporar elementos que são amplamente discutidos na literatura à prática e outra no sentido de identificar elementos reais que possam ser analisados, sistematizados e levados à literatura como contribuição acadêmica e difusão de conhecimento científico.

A pesquisa se apoia na abordagem metodológica da DSR, que traduz com clareza os anseios dos projetos de Engenharia de elaborar artefatos que interfiram na realidade para melhorá-la. A pesquisa adota procedimentos metodológicos robustos que somados viabilizam a construção dos artefatos transformadores da realidade.

Justificativa e relevância do tema

Dados os já elevados, mas ainda crescentes, números de pacientes com câncer e custos associados ao cuidado, propor um modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor se coloca não somente como uma alternativa para melhores práticas assistenciais no que tange aos desfechos, mas também como uma solução para melhor uso dos recursos no que tange aos custos dos sistemas. Melhorar desfechos exige projetar uma assistência integrada, assertiva e oportuna ao paciente, avaliando de que maneira e em que medida o serviço consegue entregar essas transformações no paciente. Reduzir custos, associados aos desfechos significa executar os processos com maior eficiência. A gestão de operações, alinhada a agenda de VBHC, se coloca, então, como abordagem potente para o alcance desses dois objetivos.

Do ponto de vista social, a tese pretende proporcionar primeiramente impacto

significativo para a população. Em linhas gerais, melhorar os desfechos no cuidado ao paciente oncológico significa melhorar as taxas de sobrevida e significa entregar uma sobrevivência com qualidade de vida. Usar melhor os recursos, por sua vez, significam atender mais pessoas e potencialmente reverter a curva crescente de óbito decorrente do diagnóstico tardio ou do não acesso aos serviços de saúde.

Do ponto de vista da relevância acadêmica, a tese preenche um *gap* que foi identificado na literatura, de forma a incorporar produtos relevantes para a discussão na área. Trata-se de revisões sistemáticas da literatura com análises descritivas e temáticas dos campos de pesquisas, com identificação de *gaps* e apontamentos das contribuições para o projeto de artefatos relevantes para a prática de cuidado integral ao paciente oncológico.

Já sobre a relevância para Engenharia enquanto área responsável por projetar soluções para a sociedade, a tese se coloca como um espaço de aproximação entre ferramentas que nascem tradicionalmente na Engenharia de Produção e os desafios práticas do contexto da saúde, em particular, no cuidado ao paciente oncológico. Além disso, reforça a adoção da *Design Science Research* enquanto abordagem metodológica, fortalecendo o espaço da Engenharia de Produção na área das Ciências de Projeto (*Design Science*), destacando sua capacidade de projeto transformador da sociedade.

Limitações da pesquisa

A principal limitação da pesquisa foi a impossibilidade de implantação das soluções no escopo da tese, dadas as medidas de segurança sanitária que desaconselharam o acesso às unidades de saúde para fins não assistenciais, em decorrência da pandemia de COVID-19, durante os anos de 2019 a 2022.

As escolhas dos elementos de projeto que resultam de experiências pregressas de pesquisa e formação da autora, apesar de inéditos para abordagem do problema, também podem ser apontados como limitações da pesquisa, uma vez que excluem uma infinidade de alternativas metodológicas para abordagem do problema.

Além disso, os critérios de seleção dos artigos da revisão sistemática também apontam para uma limitação da pesquisa, vistas as restrições de capacidade de processamento de todas as informações disponíveis nas bases de dados científicos, cabendo no escopo da

tese uma série de apontamentos de triagem e seleção das referências prevista pelo protocolo PRISMA.

Os recortes temáticos de tipo de organização, apesar de pertinentes ao que se objetiva estudar, representam uma limitação quanto à generalização dos resultados, de forma que somente são aplicáveis a organizações cujas características se assemelham as apresentadas nas escolhas desse estudo. Além disso, um referencial teórico de gestão de operações em saúde foi adotado para construção do modelo, levando-se em consideração suas contribuições em estudos prévios no contexto da saúde. Não foi escopo da tese fazer um levantamento sistemático acerca do tema, sendo, portanto, uma limitação do método.

A escolha e condução dos métodos de construção e validação do modelo carregam subjetividade intrínseca, seja pela formação da autora, seja pelo viés de formação dos especialistas envolvidos, tanto na etapa de entrevistas de levantamento, quanto na de construção e validação do modelo conceitual. Por mais sistemáticos que sejas os métodos de abordagem aos especialistas, a reprodutibilidade dessas fases é especialmente comprometida, visto que as pessoas refletem suas experiências até aquele momento, além de se comportarem de acordo com seus interesses e vieses profissionais naquela relação de cessão de conhecimento. Dessa forma, se os mesmos profissionais fossem envolvidos em uma pesquisa similar em outro momento do tempo, provavelmente não obteríamos as mesmas respostas e interações, de forma que se trata, portanto, de uma limitação da pesquisa quanto à reprodutibilidade dessas fases.

As entrevistas de levantamento, em particular, buscaram uma diversidade de visões a partir de várias organizações e especialistas, mas representam uma amostra e podem, portanto, ter um viés das trajetórias dos entrevistados. Um ponto importante a pontuar é que a atuação desses profissionais de concentra na saúde suplementar, de forma que o modelo resultante reflete esse recorte e não pode, portanto, se aplicado de forma direto aos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

Além disso, não foram entrevistados todos os perfis que fazem parte do cuidado multidisciplinar do paciente oncológico, como nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Essa definição foi consequência do acesso aos profissionais através da parceria com a Fundação e não possui relação com qualquer métrica de importância dada às categorias de profissionais. Além disso, a escolha por uma abordagem através de questionários semiestruturados também é apontada como uma limitação, visto que carrega por premissa subjetividade na condução das entrevistas e nas respostas, apesar de essa subjetividade e

flexibilidade serem também vantagens dessa abordagem. O método qualitativo de análise de conteúdo, adotado por possibilitar espaço para a experiência do pesquisador na análise, também pode ser apontado como limitação, uma vez que exclui métodos computacionais, por exemplo, que têm como vantagem a diminuição de viés.

A respeito do CEP/CONEP para esta fase de entrevistas, a pesquisa se embasou na Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. O Artigo 1 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Ele prevê em parágrafo único, item VII, que não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito. Dessa forma, esse entendimento pode representar uma limitação para publicações futuras, especialmente em áreas de ciências naturais (e não de ciência de projeto), como aponta Lacerda et al. (2013).

Apesar das limitações expostas, a pesquisa permite a concepção de um modelo conceitual que emerge tanto das experiências registradas na literatura quanto de aspectos práticos, expostos por especialistas de organizações de referência no cuidado ao paciente oncológico, de forma a avançar na discussão teórica e aplicada dentro do tema.

Delimitação da pesquisa

Do ponto de visto do escopo, a pesquisa se restringiu a estudar estruturas e modelos de cuidado que conferem atenção integral ao paciente oncológico. Não foram, portanto, de interesse da pesquisa, modelos que objetivam cuidados fragmentados, tampouco relacionados a outras condições de saúde.

Quanto à abordagem para a solução do problema, foi adotada a *Design Science Research* e foram de interesse da pesquisa práticas baseadas em valor. A multimetodologia foi adotada oportunamente em cada etapa da DSR, de forma a apoiar o projeto dos artefatos. Não foram feitas revisões sistemáticas para a definição das etapas metodológicas. Não foram

adotadas como elementos do projeto práticas que não estivessem aderentes à agenda de valor ou que fossem relacionados a qualquer outra abordagem de cuidado ao paciente.

Quanto ao corpo teórico para construção do modelo, adota-se a gestão de operações em saúde como estrutura conceitual. O modelo, assim sendo, adota uma adaptação das categorias propostas pelos autores, de forma a se adequar ao objeto de estudo, não fazendo parte do escopo o uso de todos os conceitos originais propostos pelos autores do campo.

Estrutura dos Capítulos

A tese está estruturada em 8 Capítulos. A introdução traz os elementos de contexto do tema, bem como a descrição da situação problema, dos objetivos da tese, as questões de pesquisa, justificativa, ineditismo, limitações e delimitações da pesquisa. Esse Capítulo cumpre, portanto, o papel de situar o leitor quanto ao tema e o propósito da condução da presente pesquisa.

O Capítulo 1 explicita a metodologia da pesquisa, apresentando a abordagem metodológica e os procedimentos adotados na tese. Possui 5 seções, que trazem as etapas da *Design Science Research* conduzidas na tese. A seção 1.1 aborda a etapa de conscientização do problema, a seção 1.2 aborda a etapa de sugestão do artefato, a seção 1.3 aborda as etapas de desenvolvimento e validação do artefato, a seção 1.4 descreve a etapa de conclusão e a 1.5 traz uma síntese dos objetivos, questões de pesquisa e produtos construídos ao longo do percurso metodológico.

O Capítulo 2 organiza o referencial teórico acerca dos elementos do cuidado integral ao paciente oncológico encontrados nas três revisões da literatura. Dessa forma, primeiramente, na seção 2.1, são descritas as estruturas e modelos de cuidado. Em seguida, na seção 2.2, são apresentadas as práticas de cuidado classificadas nas categorias de operações. Por fim, na seção 2.3, são discutidas as contribuições desse levantamento para a elaboração do modelo.

O Capítulo 3 aborda o referencial teórico referente à agenda de valor em saúde no contexto do atendimento ao paciente oncológico. Dessa forma, parte-se de uma breve descrição de valor no contexto da agenda de VBHC, na seção 3.1, seguindo para a descrição de valor para o paciente oncológico, trazendo a síntese qualitativa dos achados relacionados

ao tema na seção 3.2. Após, discute-se sobre modelos de maturidade na implantação dessa agenda na prática das organizações, na seção 3.3, e encerra-se com uma discussão das contribuições das premissas da agenda de valor para a elaboração do modelo.

O Capítulo 4 expõe os resultados das entrevistas realizadas para compreensão da prática das organizações de saúde. Dessa forma, elenca, na seção 4.1, os resultados das entrevistas, seguido, na seção 4.2, da análise desses resultados comparados à literatura. Por fim, na seção 4.3, são discutidas as contribuições das entrevistas na elaboração do modelo.

O Capítulo 5 apresenta o modelo de atenção integral ao paciente oncológico, abordando as premissas da agenda de valor adotadas. Assim, primeiro apresenta o modelo e suas características, na seção 5.1. Em seguida, são detalhadas as componentes do modelo para cada categoria de operações, na seção 5.2.

O capítulo seguinte traz a discussão dos resultados da tese, apontando para cada resultado preliminar e elencando suas contribuições para a literatura e para a sociedade. O último capítulo, de considerações finais, apresenta os objetivos alcançados e traça um escopo de trabalhos futuros para a pesquisa. Por fim, são apresentadas as referências utilizadas para condução da pesquisa e os apêndices, que representam os detalhamentos do percurso metodológico e apoiam/embasam a apresentação dos resultados expostos ao longo da tese.

1. Metodologia da pesquisa

O enquadramento metodológico da pesquisa não deve ser compreendido como um ato burocrático, mas sim representar uma escolha que permita responder ao problema formulado, uma avaliação pela comunidade científica e a evidenciação dos procedimentos que geraram os resultados (LACERDA et al., 2013). O registro desses passos conduzidos na pesquisa não podem ser dificultadores para sua condução, mas procedimentos necessários para assegurar a imparcialidade, o rigor na condução do trabalho e a confiabilidade dos resultados (DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013).

Nesse sentido, pesquisas que se propõem a desenvolver artefatos, com o objetivo de aplicá-los em um contexto organizacional, encontram na *Design Science Research* um respaldo metodológico apropriado (DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013). O conhecimento gerado a partir dos fundamentos da *Design Science* contribui para o avanço no desenvolvimento da pesquisa com base em conhecimento do Tipo 2 (*Mode* 2), que é entendido como um conhecimento multidisciplinar, diferentemente do conhecimento do Tipo 1 (*Mode* 1) que é, essencialmente, acadêmico e aplicado a uma única disciplina (GIBBONS et al., 1994). As pesquisas orientadas a esse tipo de conhecimento do Tipo 2 estão preocupadas em resolver problemas complexos relevantes, que consideram o contexto em que seus resultados serão aplicados (BURGOYNE; JAMES, 2005). Por consequência, o conhecimento desenvolvido pela *Design Science Research* não é descritivo-explicativo, ele é prescritivo. A *Design Science* é responsável, então, por conceber e validar sistemas que ainda não existem, seja criando, recombinando, alterando produtos/processos/softwares/ métodos para melhorar as situações existentes (LACERDA et al., 2013).

Do ponto de vista metodológico, são definidas etapas para condução da *Design Science Research* (DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013), que contemplam as fases de conscientização, sugestão, desenvolvimento, avaliação e conclusão, conforme detalhamento no Quadro 1.

Quadro 1 – Etapas para condução da *Design Science Research*

Etapa de condução	**Saídas da DSR**	**Pontos a explicitar**

Conscientização	Proposta	Evidenciar a situação problemática; Explicitar o ambiente externo e seus principais pontos de interação com o artefato; Explicitar os atores que se interessam pelo artefato;
Sugestão	Tentativa	Explicitar as premissas e requisitos para a construção do artefato; Registrar as tentativas de desenvolvimento do artefato;
Desenvolvimento	Artefato	Justificar as escolhas das ferramentas para desenvolvimento do artefato; Explicitar os componentes do artefato;
Avaliação	Medidas de desempenho	Explicitar os mecanismos de avaliação do artefato; Explicitar as partes envolvidas na avaliação qualitativa do artefato;
Conclusão	Resultados	Sintetizar os resultados, as principais aprendizagens e contribuições do artefato.

Fonte: adaptado de Dresch; Lacerda; Miguel (2015); Lacerda et al. (2013)

A etapa de ‘Conscientização’ diz respeito à compreensão da problemática envolvida. O principal resultado é a definição e a formalização do problema a ser solucionado, suas fronteiras e as soluções satisfatórias necessárias. A “classe de problemas” define-se como a organização de um conjunto de problemas identificados nessa fase, práticos ou teóricos, que contenha artefatos avaliados, ou não, úteis para a ação nas organizações (LACERDA et al., 2013).

Uma vez definidos os artefatos, pode-se tipificá-los em Constructos, Modelos, Métodos e Instanciações. Um modelo é um conjunto de proposições ou declarações que expressam as relações entre os constructos. Na *Design Science*, a preocupação é a utilidade de modelos, que embora tenda a ser impreciso sobre detalhes, precisa sempre capturar a estrutura da realidade para ser uma representação útil. O método é um conjunto de passos (um algoritmo ou orientação) usado para executar uma tarefa, e podem ser ligados aos modelos, nos quais as etapas do método podem utilizar partes do modelo como uma entrada que o compõe. Além disso, os métodos são, muitas vezes, utilizados para traduzir um modelo ou representação em um curso para resolução de um problema. Os métodos podem ser representados graficamente ou encapsulados em heurísticas e algoritmos específicos (DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013).

A etapa de ‘Sugestão’ está vinculada às atividades de desenvolver uma, ou mais, alternativas de artefato para a solução dos problemas. Por consequência, o resultado da Sugestão é o conjunto de possíveis artefatos e a escolha de um, ou mais, para serem desenvolvidos (MANSON, 2006). O ‘Desenvolvimento’ corresponde ao processo de

constituição do artefato em si (MANSON, 2006). É nesse momento que o pesquisador constrói o ambiente interno do artefato, uma vez que os objetivos e o ambiente externo foram caracterizados na Conscientização. Assim sendo, o principal resultado do Desenvolvimento é o artefato em estado funcional (LACERDA et al., 2013).

A ‘Avaliação’ é definida como o processo de verificação do comportamento do artefato no ambiente para o qual foi projetado, em relação às soluções que se propôs alcançar. Os modelos são avaliados em termos de sua fidelidade com os fenômenos do mundo real, completude, nível de detalhe, robustez e consistência interna. Os métodos devem ser avaliados considerando a operacionalidade (a capacidade de executar a tarefa pretendida ou a capacidade das pessoas utilizarem o método, se não é algorítmica), eficiência, generalidade, e facilidade de uso. A ‘Conclusão’ consiste na formalização geral do processo e sua comunicação às comunidades acadêmica e de profissionais (LACERDA et al., 2013).

Admite-se a utilização de métodos mistos de pesquisa sob o enfoque da *Design Science*, ou seja, para o projeto de artefatos (DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013). Dados os desafios de projeto propostos na tese, adota-se a multimetodologia com a aplicação de mais do que um método ou metodologia sobre uma situação problemática (MINGERS, 2000; MINGERS; ROSENHEAD, 2001).

Para Mingers; Rosenhead (2001) os métodos altamente matemáticos de análise de situações-problema envoltos em tecnicismos opacos, inflexíveis e excessivamente ambiciosos, não são mais considerados aceitáveis para resolver problemas do mundo real, cercado por mudanças e incertezas. Em seu lugar, surge um paradigma alternativo, com um conjunto de metodologias formais que visam não produzir soluções 'ótimas', mas facilitar um processo de tomada de decisão enriquecido. São os chamados métodos *'low-tech'* transparentes e participativos, que auxiliam na formulação e reformulação da solução de problemas em um mundo incerto (MINGERS; ROSENHEAD, 2001).

A pesquisa é conduzida em 3 fases metodológicas, a saber: o levantamento e análise da literatura, para conscientização do problema, o levantamento e análise da prática das organizações de saúde, para condução da sugestão do artefato, e a condução dos grupos focais, para desenvolvimento e validação do artefato.

A primeira fase, de levantamento e análise da literatura, teve como objetivo compreender o campo de pesquisa e identificar as práticas de cuidado integral ao paciente oncológico e as premissas de valor em saúde para o contexto do cuidado ao paciente oncológico, atendendo aos objetivos de pesquisa 1 e 2. Na primeira fase foi adotada como

metodologia a Revisão Sistemática da Literatura, contemplando as etapas de planejamento da revisão, condução da revisão com base do protocolo PRISMA e o reporte e disseminação dos resultados, conforme proposto por Tranfield; Denyer; Smart (2003). Foram conduzidas três revisões da literatura, descritas oportunamente na seção 1.1. A etapa de reporte e disseminação dos resultados das revisões contempla a análise descritiva do campo e a análise temática. Para a análise descritiva, foi adotada como metodologia a Análise Bibliométrica, usando como ferramentas do *VOSViewer* e o *Bibliometrix* em R, com resultados descritos no Apêndice C. Para a análise temática, foi adotada como metodologia a Análise de Conteúdo combinada às categorias de operações da Gestão de Operações em Saúde, cujos resultados estão descritos em dois capítulos, um referente às práticas, modelos e estruturas de atenção ao paciente oncológico (Capítulo 2) e outro referente às premissas da agenda de valor em saúde (Capítulo 3). Além do entendimento sobre o campo de pesquisa, foi possível identificar lacunas, que embasaram a condução da segunda fase, de levantamento da prática, como metodologia complementar ao projeto de soluções para problemas do mundo real.

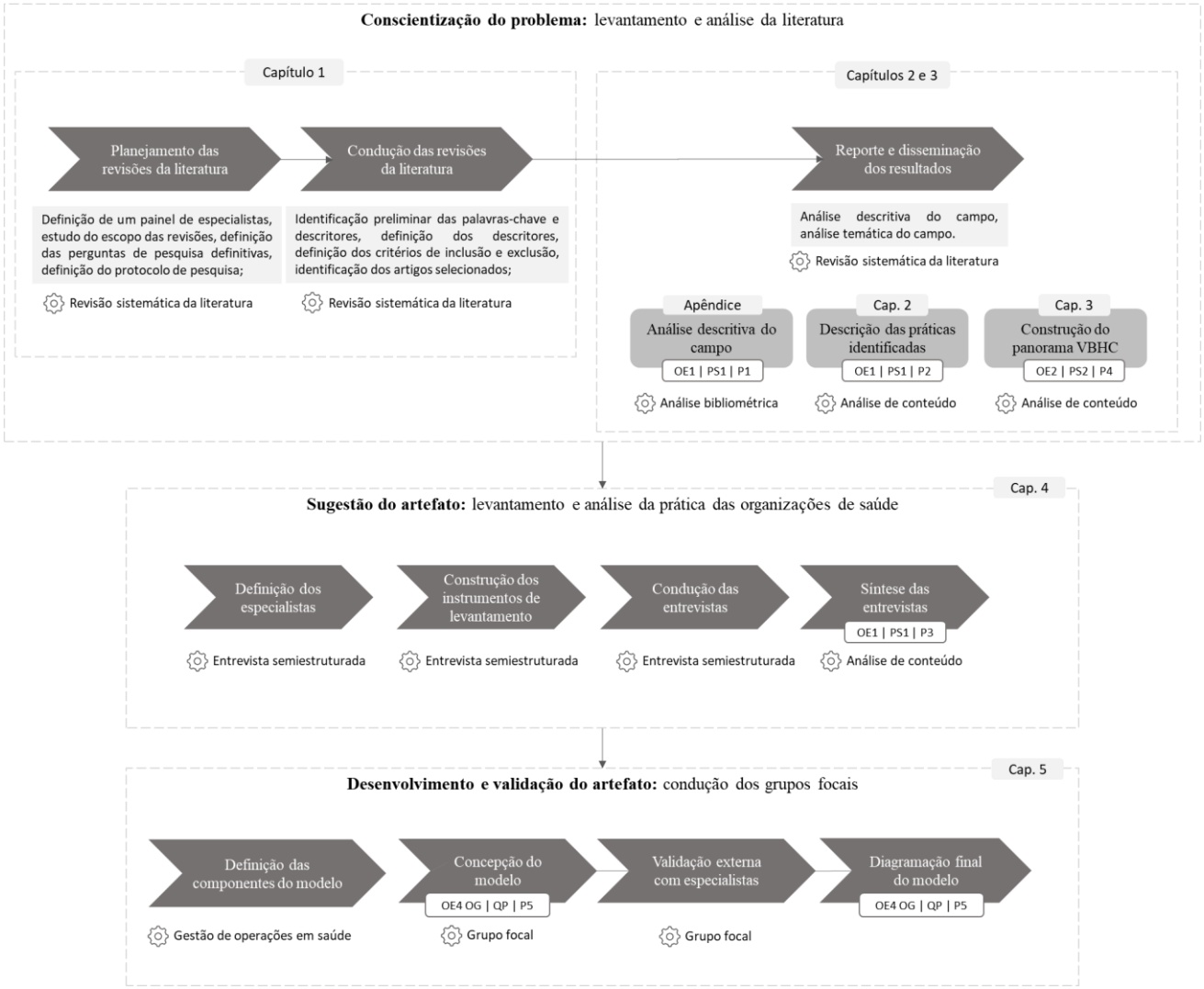
A segunda fase teve como objetivo compreender as soluções de atenção integral ao paciente oncológico adotadas pelas organizações de saúde, de forma a preencher as lacunas identificadas na literatura e permitir uma construção do modelo conceitual. Nesta fase de levantamento e análise da prática, foram adotadas como metodologias as Entrevistas semiestruturadas e a Análise de Conteúdo. Para a elaboração dos questionários na etapa de Entrevistas Semiestruturadas, foram adotadas as categorias de operações da Gestão de Operações em Saúde, bem como os temas que emergiram da etapa de levantamento e análise da literatura.

A terceira fase, de construção e validação do modelo conceitual de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor, teve como objetivo conceber um modelo que fosse embasado nas premissas da literatura, mas que também fosse factível e implantável, respeitando as condições de contornos da realidade das organizações de saúde. Nesta fase, foi adotado como metodologia o Grupo Focal, utilizado em pesquisas qualitativas com o objetivo de coletar dados através da interação do grupo. Ainda nessa fase, emergiram da discussão do grupo de especialistas as primeiras fases para implantação do modelo em um projeto piloto e este produto também foi representado na tese. A fase de conclusão proposta pela DSR foi conduzida a partir da discussão dos resultados, apresentada no Capítulo 6.

Dessa forma, em cada fase foram adotadas metodologias específicas para se alcançar os objetivos definidos, conforme detalhamento na Figura 1. Nas seções 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 são

dispostos os detalhes referentes à cada uma dessas fases. A seção 1.5 traz uma síntese dos objetivos, questões de pesquisa e produtos da tese.

Figura 1 – Metodologia da pesquisa em 3 fases



Fonte: A autora (2023).

1.1 Conscientização do problema: levantamento e análise da literatura

A fase de conscientização do problema deve garantir a compreensão completa do problema, buscando o máximo de informações possíveis sobre suas causas, contexto e comportamento. Para tal, foram conduzidas três revisões sistemáticas da literatura.

A revisão da literatura é uma metodologia específica para localizar estudos existentes, selecionar e avaliar contribuições, analisar e sintetizar dados, e reportar as evidências de forma a se extrair conclusões que permitam entender o que é e o que não é conhecido naquele campo de pesquisa (DENYER; TRANFIELD, 2009). Pode ser adotada tanto para mapear os assuntos abordados em um campo de pesquisa quanto para especificar a questão de pesquisa que visa desenvolver conhecimento específico em um assunto (TRANFIELD; DENYER; SMART, 2003). É conduzida através da aplicação de métodos explícitos e sistematizados (SAMPAIO; MANCINI, 2007), de forma replicável, científica, transparente e capaz de reduzir viés (DENYER; TRANFIELD, 2009; O'DEA et al., 2021). Além disso, permite identificar lacunas existentes na literatura atual e a posicionar novas atividades de pesquisa (BUDGEN; BRERETON, 2006; O'DEA et al., 2021).

Para acadêmicos, o processo de revisão sistemática aumenta o rigor metodológico. Para praticantes e gestores, a revisão sistemática ajuda a desenvolver uma base de conhecimento confiável, acumulando conhecimento de um gama de estudos. Ao fazê-lo, o pesquisador é capaz de desenvolver um "campo testado e regras tecnológicas fundamentadas" (VAN AKEN, 2005). Nesse sentido, pode ser vista no centro de uma abordagem "pragmática" de pesquisas em gestão, que visa servir tanto apoiar comunidades acadêmicas e profissionais (TRANFIELD; DENYER; SMART, 2003).

A presente revisão sistemática adota os 3 estágios propostos por Tranfield; Denyer; Smart (2003), a saber: planejamento da revisão, a condução da revisão e o reporte e disseminação dos resultados. Cada estágio contempla um conjunto de passos, que foram oportunamente descritos nas subseções 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.3.

1.1.1 Planejamento da revisão da literatura

As revisões de gestão são muitas vezes consideradas um processo de exploração, descoberta e desenvolvimento. Portanto, é considerado inaceitável planejar detalhadamente as atividades de revisão de literatura. Uma abordagem mais flexível pode tornar explícito o que o pesquisador pretende fazer *a priori*, mas pode ser modificada ao longo do estudo. O

objetivo é, portanto, produzir um protocolo que não comprometa a capacidade do pesquisador de ser criativo no processo de revisão de literatura, ao mesmo tempo em que garante que as revisões sejam menos abertas ao viés do pesquisador do que as revisões narrativas mais tradicionais (TRANFIELD; DENYER; SMART, 2003).

Dessa forma, atendendo ao proposto por Denyer; Tranfield (2009) e Tranfield; Denyer; Smart (2003) foram conduzidas as etapas de: (1) definição de um painel de especialistas, (2) estudo do escopo das revisões, (3) definição da pergunta de pesquisa definitiva, (4) definição do protocolo de pesquisa e (5) definição das bases de dados para a revisão. A descrição dessas etapas está disposta no Apêndice A.

A questão de pesquisa que foi definida para a condução da presente pesquisa foi: como construir um Modelo de Atenção Integral ao Paciente Oncológico baseado em valor? Dela, se desdobram perguntas secundárias (PS) que orientaram a condução das revisões e a organização dos capítulos 2 e 3 da tese, a saber:

- PS1: Quais são as referências e/ou práticas de atenção integral ao paciente oncológico?
- PS2: Quais são as abordagens de VBHC aplicadas ao cuidado ao paciente oncológico?
- PS3: Há práticas/aplicações de VBHC em pacientes oncológicos que possam contribuir para um modelo de atenção integral ao paciente oncológico?

1.1.2 Condução das revisões da literatura

Para a condução das revisões, atendendo ao proposto por Denyer; Tranfield (2009) e Tranfield; Denyer; Smart (2003), foram executadas as etapas de: (1) identificação preliminar das palavras-chave e descritores, (2) definição dos descritores mais pertinentes, (3) definição dos critérios de inclusão e exclusão, (4) identificação dos artigos nos quais as revisões são baseadas. A descrição detalhada dessas etapas está oportunamente disposta no Apêndice B.

A primeira RSL teve como objetivo investigar se já havia evidência de algum modelo de atenção integral para o paciente oncológico baseado em valor. Essa revisão permitiu constatar a ausência de um modelo com tais características, apontando, portanto, para um *gap* na literatura e evidenciando, assim, o ineditismo da proposta da tese. Diante desse *gap* e, no sentido de ampliar as buscas para preencher a lacuna identificada, foram conduzidas

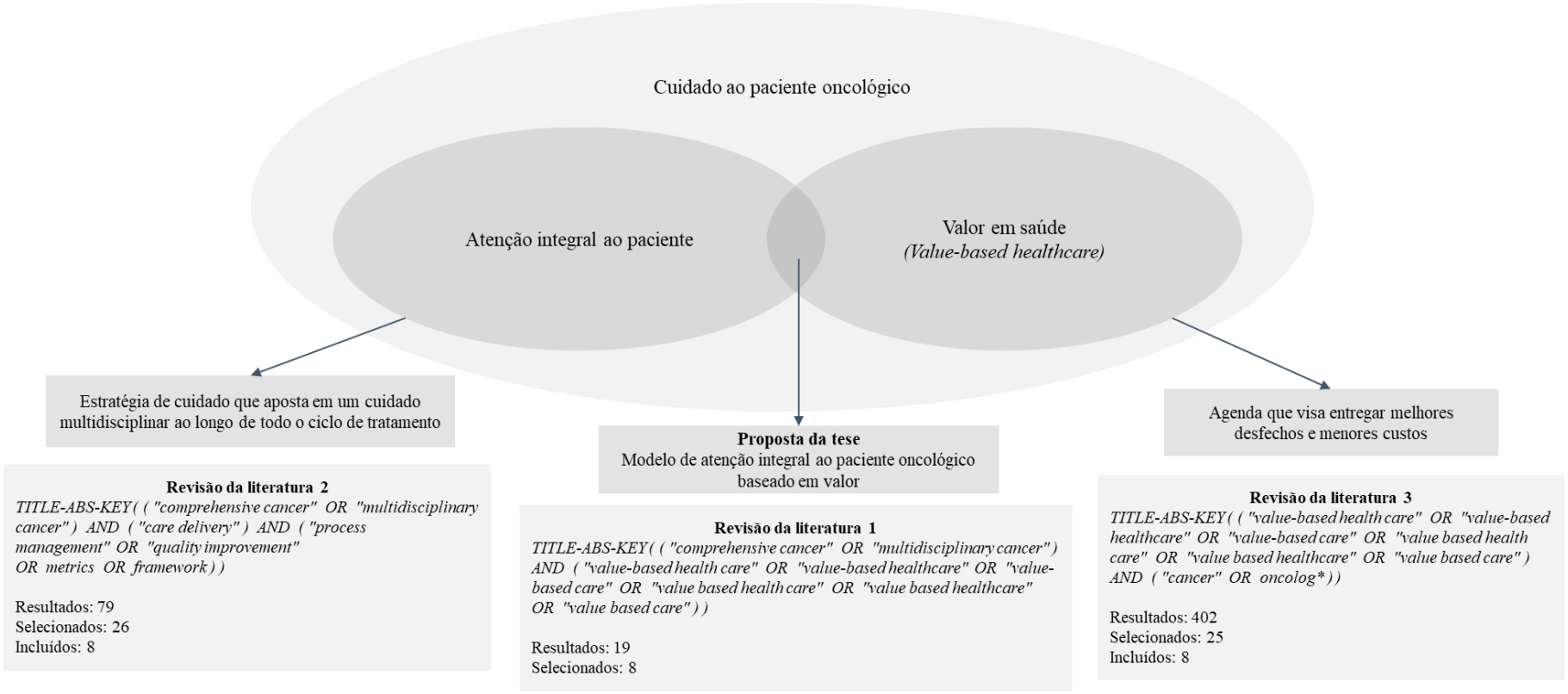
duas revisões adicionais, uma em direção às práticas de atenção integral e outra em direção aos elementos de valor em saúde, ambas no contexto do cuidado ao paciente oncológico.

A segunda revisão avaliou as estruturas e os modelos de atenção integral ao paciente oncológico. A terceira revisão levantou práticas de valor em saúde ao paciente oncológico que pudessem ser aplicadas ao modelo construído na tese. Além disso, como ganho secundário, viabilizou a construção de um panorama sobre o assunto, apontando os principais temas abordados na agenda de valor em saúde para o paciente oncológico.

A partir das três revisões, foi possível identificar práticas de atenção integral ao paciente oncológico, que foram descritas e sintetizadas no Capítulo 2. A revisão 3 permitiu entendimento sobre a agenda de valor em saúde no contexto oncológico, resultados descritos no Capítulo 3. As revisões trouxeram também entendimento do campo de pesquisa para a condução das etapas subsequentes, de entrevistas aos especialistas e de concepção do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor.

Uma síntese das revisões conduzidas está representada na Figura 2, que apresenta um diagrama de Venn com a relação entre as três revisões conduzidas. Importante destacar que na área de interseção representada no diagrama se encontra a proposta da tese. A Figura 2 traz os descritores adotados e o total de resultados de cada revisão. O detalhamento da adoção do Protocolo PRISMA está disponível no Apêndice B.

Figura 2 – Síntese das revisões sistemáticas conduzidas



Fonte: A autora (2023).

1.1.3 Reporte e disseminação dos resultados

Para Denyer; Tranfield (2009) e Tranfield; Denyer; Smart (2003), o reporte e disseminação de resultados podem ser dividido em dois tipos: análise descritiva e análise temática do campo. A análise descritiva do campo de pesquisa tem como objetivo apontar como o campo está dividido, quais são os volumes de publicação por ano, os autores que mais publicam, quais as principais contribuições dos países, quais as categorias temáticas, os gêneros das pesquisas, as disciplinas envolvidas, dentro outros aspectos. A análise temática por sua vez apresenta a classificação dos principais temas abordados no campo, das principais abordagens dos estudos, quais são os focos principais, se há consenso na literatura acerca de um determinado tema, quais são os temas emergentes. As categorias de tabulação devem ser escolhidas e apresentadas pelo pesquisador para rastreabilidade.

1.1.3.1 Análise descritiva do campo de pesquisa

As análises no escopo da tese foram conduzidas através de duas ferramentas, o *VOSViewer* e o *Bibliometrix* em R. O *VOSViewer* tem como funcionalidade a construção e visualização de mapas bibliométricos e está disponível gratuitamente para a comunidade de pesquisa bibliométrica. Pode ser usado para construir mapas de autores ou periódicos com base em dados de cocitação ou para construir mapas de palavras-chave com base em dados de coocorrência (VAN ECK; WALTMAN, 2010). No escopo dessa tese, o *VOSViewer* foi adotado para analisar as correlações temáticas através de coocorrências das palavras-chave. Para essas análises, foram selecionadas palavras-chave definidas pelos autores, pois refletem mais apropriadamente o conteúdo de seus estudos do que as palavras-chave indexadas escolhidas pelos provedores de conteúdo com base em vocabulários publicamente disponíveis.

O pacote *Bibliometrix* é uma biblioteca do software R que fornece um conjunto de ferramentas para pesquisa quantitativa em bibliometria e cienciometria. A bibliometria é a aplicação de análises e estatísticas quantitativas a publicações como artigos de periódicos e suas respectivas contagens de citações. A avaliação quantitativa dos dados de publicação e citação é também usada em quase todos os campos científicos para avaliar o crescimento, a

maturidade, os principais autores, os mapas conceituais e intelectuais, as tendências de uma comunidade científica (ARIA, 2017). No âmbito da tese, o pacote *Bibliometrix*, acessado em RStudio, foi adotado para os resultados das buscas na base *SCOPUS* e *Pubmed*, conforme versão do pacote[1] de 10 de maio de 2021. Dentre as diversas funções disponíveis no pacote, foram definidas para a tese as seguintes: *biblioAnalysis*, *KeywordGrowth* e *thematicMap*, sendo esse último adotado somente para as revisões 2 e 3, dados os volumes mais expressivos de resultados.

Para entendimento do gênero das pesquisas, foi conduzida uma classificação qualitativa para cada uma das três revisões conduzidas nessa tese para os textos selecionados para leitura na íntegra, com o objetivo de compreender a intenção e abordagem dos artigos selecionados. Os resultados dessa análise descritiva do campo de pesquisa estão oportunamente dispostos no Apêndice C.

1.1.3.2 Análise temática do campo de pesquisa

A análise de conteúdo foi adotada enquanto metodologia para a análise temática das revisões, com o objetivo de classificar o conteúdo em temas ou categorias que auxiliam na compreensão dos artigos selecionados (SILVA; FOSSÁ, 2015). Essa metodologia abrange um conjunto de etapas que visam conferir significação e interpretação ao conteúdo (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2000; BARDIN, 2011; CRESWELL; POTH, 2016; DE SOUZA MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011; FLICK, 2008; SILVA; FOSSÁ, 2015). Importante destacar que ela considera a intencionalidade do pesquisador que a desenvolve (BARDIN, 2011; WEBER, 1990), já que tem um caráter social, pois é adotada com o intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social (BAUER; GASKELL, 2017).

Apesar da diversidade de referências, as etapas propostas convergem e se observa uma aproximação terminológica entre elas (SILVA; FOSSÁ, 2015). Dessa forma, optou-se por adotar na tese as etapas da técnica propostas por Bardin (2011), por conta do pragmatismo na aplicação das fases de análise, a saber: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foram feitas as devidas adaptações para

[1] Disponível em: https://cran.r-project.org/web/packages/*Bibliometrix*/*Bibliometrix*.pdf.

o escopo e propósito da pesquisa, considerando as categorias de operações de (HAYES; UPTON; PISANO, 2008) como premissa em algumas das etapas da análise. O detalhamento de cada fase está disposto no Apêndice D. Os resultados dessa análise estão dispostos nos capítulos 2 e 3 da tese.

Em particular para a revisão 3, sobre valor em saúde para o contexto do cuidado ao paciente oncológico, foi feita uma classificação temática a partir da leitura dos resumos para construção de um panorama agregado sobre os principais temas. Dessa forma, e a partir das definições da agenda de valor, foram definidas 4 categorias: Desfecho, Custo, Difusão da Agenda de valor, Modelos de cuidado. Dentro delas, houve uma subdivisão em níveis de maturidade de cada um desses assuntos. O detalhamento das categorias e resultados foram apresentados no Capítulo 3.

1.2 Sugestão do artefato: levantamento e análise da prática das organizações de saúde

A etapa de sugestão tem como objetivo registrar todas as tentativas de desenvolvimento do artefato, bem com verificar as implicações de sua aplicação. Para tal, foram conduzidas entrevistas com especialistas para levantamento das possibilidades de artefatos (constructos, modelos e métodos), bem como suas possíveis aplicabilidades na prática das organizações de saúde. O acesso a especialistas e representantes de hospitais de referência em cuidado oncológico foi viabilizado pela parceria de projeto entre o Laboratório de Engenharia e Gestão em Saúde (LEGOS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde a autora da tese é pesquisadora, e a Fundação do Câncer Ary Frauzino, sob o número de contrato 005497/2021.

A partir dessa etapa foi possível compreender as práticas de atenção integral do paciente oncológico a partir das experiências e conhecimentos desses especialistas, identificar as soluções adotadas por organizações de saúde de referência em atendimento oncológico no Brasil, além de discutir as implicações práticas da implantação do modelo que foi se configurando ao longo das etapas da pesquisa. Do ponto de vista da DSR, essa validação intermediária (ao longo da construção do artefato) é importante para o amadurecimento e viabilidade de implantação/uso na prática do artefato.

1.2.1 Definição do perfil dos especialistas entrevistados

Foram entrevistados profissionais de referência no contexto do cuidado ao paciente oncológico do sistema suplementar brasileiro. A parceria entre as partes viabilizou agendamento em tempo oportuno para a tese e sem que custos fossem incorridos para pesquisa. Para selecionar a amostra de 17 especialistas, foram necessários alinhamentos com a Fundação do Câncer para a identificação de profissionais que representassem organizações diversas do sistema de saúde (ONGs, Fundações e hospitais de referência) de forma que refletir uma visão completa do sistema de saúde.

Além disso, a amostra buscou contemplar profissionais de diversas áreas de atuação, para que fosse possível promover uma discussão mais ampla e uma perspectiva de diferentes pontos do ciclo de cuidado. Também foram priorizados profissionais em posições relevantes nas organizações com cargos de representatividade nas organizações onde atual (Direção, Presidência, Coordenação). O último critério de seleção foi a disponibilidade para participação no projeto, de forma que era fundamental ter acesso ao profissional dentro do cronograma previsto para a execução das entrevistas no escopo da pesquisa.

Os 17 especialistas foram entrevistados ao longo dos meses de abril, maio e junho de 2021, com entrevistas de duração de 1 hora a 1 hora e meia. O detalhamento acerca do perfil dos entrevistados está disponível no Apêndice F.

1.2.2 Construção do questionário semiestruturado

Para a condução das entrevistas foi adotado enquanto instrumento o questionário semiestruturado, que, de acordo com Silva; Fossá (2015) proporciona ao entrevistador melhor entendimento e captação da perspectiva dos entrevistados.

O entendimento acerca de práticas de cuidado viabilizado pela literatura foi um primeiro passo, mas também foram revisitadas as categorias de operações pré-estabelecidas e seus significados, para que fossem elaborados os tópicos de interesse. Foi feita uma aplicação teste do questionário com um dos especialistas em saúde, interlocutor do projeto supracitado, para validação e ajustes do instrumento. O questionário final, ajustado e aplicado nas 17 entrevistas, contemplando a categoria e o objetivo de pesquisa ao qual os tópicos de

interesse estão vinculados está disposto no Apêndice E.

1.2.3 Condução das entrevistas

As entrevistas foram conduzidas remotamente, através da plataforma gratuita *Google Meet*, utilizando-se o questionário semiestruturado. Os registros foram compilados em planilha em *Excel* contendo o nome do entrevistado, data e hora da entrevista e os tópicos de interesse contidos no questionário para posterior análise de conteúdo. Vale pontuar que, por se tratar de um questionário semiestruturado, não foram buscados dados uniformes dos entrevistados. Dessa forma, as perguntas foram adotadas como um roteiro básico para que, a partir das respostas, pudessem ser identificadas as práticas de cuidado.

Durante a condução das entrevistas, foi respeitada a experiência do entrevistado, de forma que, em alguns casos, algumas perguntas não foram respondidas e outras foram mais detalhadamente exploradas. Em algumas das entrevistas, foram feitos registros contínuos e posteriormente as respostas foram alocadas em cada campo da planilha síntese, para respeitar a dinâmica da interlocução com o entrevistado. O objetivo definido foi a identificação de práticas de cuidado associadas a cada uma das categorias de operações pré-estabelecidas como interesse da tese e como recorte condutor das entrevistas.

Vale apontar que as entrevistas foram conduzidas em etapa de pesquisa posterior ao levantamento da literatura, de forma que a autora já possuía familiaridade com os temas abordados, o que facilitou a condução das perguntas, interlocução com os entrevistados e posterior categorização dos resultados identificados.

1.2.4 Análise dos resultados das entrevistas

A análise de conteúdo foi adotada como técnica para analisar o que foi dito nas entrevistas buscando classificar o conteúdo em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015). Os detalhes metodológicos da análise de conteúdo estão descritos na seção de análise temática da literatura, não sendo necessária sua repetição aqui. Por isso, serão descritos os elementos

específicos para a condução dessa etapa de análise do conteúdo das entrevistas.

Na primeira fase, de pré-análise, efetua-se a organização do material a ser investigado para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Nessa fase foi conduzida a leitura flutuante dos registros das entrevistas, com uma revisão do material a partir das anotações da autora, que conduziu as entrevistas, e dos três especialistas que participaram como apoiadores das entrevistas. Posteriormente, partiu-se para a definição dos relatos que poderiam contribuir com a pesquisa. Entendeu-se que todas as 17 entrevistas deveriam compor o escopo de análise de conteúdo dada a completude e pertinência dos registros. O objetivo da análise traçado foi a identificação de práticas de cuidado associadas a cada uma das categorias de operações pré-estabelecidas.

A segunda fase, de exploração do material, consistiu na construção da codificação, identificando-se no texto as unidades de registros, a definição das regras de contagem e agregação das informações em categorias simbólicas. A identificação das unidades de registro teve como base as práticas previamente identificadas na literatura. No entanto, as entrevistas trouxeram novos elementos, que foram devidamente contabilizados. Dessa forma, dentro de cada tópico, quando práticas similares ou concorrentes eram identificadas, uma nova unidade de registro era delimitada para posterior contagem. As etapas de categorização intermediária e final foram conduzidas a partir das categorias de operações e tópicos de interesse estabelecidos para que fosse preservada a estrutura de apresentação dos resultados adotada também na síntese da literatura e posteriormente adotada na construção do modelo proposto na tese.

A terceira fase, de inferência e interpretação, consiste no tratamento dos resultados e comparação com o referencial teórico. Nessa fase, foi construída uma tabela síntese das práticas identificadas nas entrevistas e estas foram compradas com a literatura tanto do ponto de vista da completude quanto das convergências e divergências. Os resultados foram apresentados no Capítulo 4.

1.3 Desenvolvimento e validação do artefato: condução dos grupos focais

Para a concepção e validação foi adotado o grupo focal, ao longo dos meses de julho, agosto e setembro de 2021. Os grupos focais podem ser adotados como métodos para o

desenvolvimento e avaliação dos artefatos, uma vez que garantem uma discussão mais profunda e colaborativa em relação aos artefatos desenvolvidos pela pesquisa. Também auxiliam na análise crítica dos resultados obtidos e permitem identificação de novas possibilidades com o intuito de encontrar melhores soluções para os problemas em estudo (CASTRO, 2013; DRESCH; LACERDA; MIGUEL, 2015; LACERDA et al., 2013).

Trata-se de uma metodologia bastante utilizada em pesquisas qualitativas que permite a um pequeno número de participantes, guiados por um moderador, alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento de um tema a ser estudado (CASTRO, 2013; DE ANTONI et al., 2001; DEBUS, 1994; MUNARETTO; CORRÊA; CARNEIRO DA CUNHA, 2013;). Observa-se que pesquisas na área da saúde, especialmente na enfermagem, adotam o grupo focal como ume metodologia que traz ganhos significativos para a prática (BACKES et al., 2011; LERVOLINO; PELICIONI, 2001; RESSEL et al., 2008).

Quando comparado a outros métodos, como o método Delphi, o grupo focal apresenta uma série de vantagens especialmente no que tange à eficiência no levantamento de informações de um grupo, à potência da dinâmica em grupo que ocorre de forma sinérgica, auxiliando a formação de argumentos e reflexões e ao baixo custo de condução (MUNARETTO; CORRÊA; CARNEIRO DA CUNHA, 2013).

A técnica consiste em reunir um grupo de pessoas, preferencialmente especialistas, para que o pesquisador possa entender o que elas pensam a respeito de determinado assunto ou fenômeno (KRUGER; CASEY, 2000). A discussão deve ser conduzida por um pesquisador ou moderador treinado, o qual traz consigo uma lista, previamente preparada, dos tópicos a serem discutidos e permite que os participantes respondam às perguntas propostas com suas próprias palavras. Não existe um consenso sobre essa quantidade ideal de participantes, passando por indicações que vão de quatro até doze pessoas (HAIR et al., 2005; KRUGER; CASEY, 2000). Bloor (2001) afirma que o importante é que esses grupos tenham tamanho adequado conforme a disponibilidade de participantes e do pesquisador, levando em consideração a quantidade de pessoas que o pesquisador julgar adequada para a discussão proposta. Ademais, é interessante que os participantes sejam semelhantes entre si (MUNARETTO; CORRÊA; CARNEIRO DA CUNHA, 2013).

No escopo da tese, o grupo focal foi adotado em dois momentos: na concepção do modelo e em sua validação (conceitual e de usabilidade). As fases de trabalho para o grupo focal conduzidas na tese seguiram as técnicas de obtenção de dados em pesquisas exploratórias propostas por Greenbaum (1998), a saber: preparação do grupo focal,

implementação do grupo e procedimentos pós-grupo focal, explanados nas seções 1.3.1, 1.3.2 e 1.3.3.

1.3.1 Preparação do grupo focal

Foi conduzida a elaboração da proposta do grupo focal pela moderadora. Os grupos focais tiveram dois objetivos no escopo da tese: (1) conceber o modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor; (2) realizar a validação conceitual e de usabilidade do modelo, a partir da experiência dos participantes dos grupos. O objetivo da validação foi medir o comportamento do artefato na solução do problema e avaliar como ele se comportaria em um contexto real.

1.3.1.1 Determinação dos critérios para a escolha dos participantes

Para concepção (grupo focal 1), foram definidos especialistas aptos em gestão de operações com ao menos 1 ano de experiência em pesquisa na área. Foram convidados os pesquisadores do Laboratório de Engenharia e Gestão em Saúde (LEGOS/UERJ), onde a moderadora, autora da tese, atua como pesquisadora. Aceitaram o convite para participação desse grupo focal 2 mestrandos e 1 doutora em Engenharia de Produção. Dessa forma, participaram a pesquisadora (moderadora) e 3 especialistas em gestão de operações em saúde.

Para a validação (grupo focal 2), o critério adotado foi experiência em oncológico e formação médica há pelo menos 5 anos. Foram convidados os profissionais da Fundação do Câncer Ary Frauzino envolvidos na parceria com o LEGOS/UERJ e 3 dos convidados aceitaram participar do grupo focal de validação. Participaram do grupo focal de validação a pesquisadora (moderadora), 2 observadores especialistas em gestão de operações em saúde (mestrandos em Engenharia de Produção) e 3 especialistas em cuidado ao paciente oncológico (médicos).

1.3.1.2 Proposta de um esquema de condução do grupo focal

A condução dos grupos focais se deu através de videochamada com os participantes pela plataforma gratuita *Google Meet*. As anotações foram repositadas em planilha compartilhada com os membros. Os pontos-chave das discussões foram oportunamente dispostos no capítulo 5.

1.3.1.3 Desenvolvimento de um guia para o moderador

O documento mestre, apresentando os passos das sessões do grupo focal e os temas das sessões, foi elaborado pela moderadora. Cada fase, composta por mais de uma sessão, possuía um tema central, a saber: definição das componentes do modelo, correlação entre as decisões do modelo, usabilidade e diagramação do modelo. As sessões foram estruturadas em cinco momentos: abertura da sessão, apresentação do tema central de discussão, debate, síntese e encerramento da sessão. Cada sessão foi planejada para duração de 1h30 a 2h e cada tema central demandou uma quantidade específica de sessões.

1.3.2 Implementação do grupo focal

Para condução do grupo focal, a moderadora reuniu os participantes, coordenou as interações entre eles, conduziu os grupos e suas respectivas discussões e concluiu o processo dentro do tempo proposto. Os pontos delimitados no documento mestre foram abordados na condução das reuniões do grupo focal e os resultados das sessões foram descritos detalhadamente no Apêndice G.

1.3.3 Procedimentos pós-grupo focal

Foram organizados os relatos após a consecução do grupo focal, os resultados foram revisados e os produtos estão oportunamente registrados no escopo da tese, na elaboração do capítulo 5.

1.4 Conclusão: resultados e contribuições do artefato

Nessa etapa de conclusão, foram discutidos os resultados apresentados na fase de desenvolvimento e validação do artefato. Cada produto da tese, que inclui o artefato, foi apresentado, discutindo-se suas contribuições, fundamentalmente, para o contexto acadêmico/literatura e para a sociedade, no Capítulo de discussão dos resultados da tese.

1.5 Objetivos, questões de pesquisa e produtos da tese

A DSR foi adotada para a elaboração de um artefato que fosse capaz de transformar a prática organizacional no contexto oncológico. Para atender a esse objetivo, a pesquisa gerou produtos intermediários que podem ser acessados individualmente ou simultaneamente em pesquisas futuras. Além disso, é importante explicitar o encadeamento da geração desses produtos para a composição do artefato final da tese.

Para evidenciar esse alinhamento entre os objetivos da tese, as questões de pesquisa e os produtos construídos, e facilitar sua localização ao longo do texto, foi construído um quadro síntese apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Síntese dos objetivos, questões de pesquisa e produtos da tese

Objetivo	Questão de pesquisa	Principais produtos
OE1: Identificar estruturas, modelos e práticas de atenção integral ao paciente oncológico na literatura, através de revisão sistemática, e na prática, através de entrevistas semiestruturadas com especialistas;	PS1: Quais são as referências e/ou práticas de atenção integral ao paciente oncológico?	Análise descritiva do campo de pesquisa (Apêndice C); Análise temática do campo: Descrição das estruturas, modelos de cuidado e práticas identificadas na literatura, classificadas nas categorias de operações (Capítulo 2); Síntese das entrevistas com especialistas (Capítulo 4);
OE2: Identificar e compreender as abordagens/práticas de VBHC aplicadas ao atendimento oncológico na literatura;	PS2: Quais são as abordagens de VBHC aplicadas ao cuidado ao paciente oncológico?	Síntese das abordagens de valor em saúde no contexto do cuidado ao paciente oncológico (Capítulo 3);

Objetivo	Questão de pesquisa	Principais produtos
OE3: Definir quais práticas de VBHC podem contribuir para a atenção integral ao paciente oncológico;	PS3: Há práticas / aplicações de VBHC em pacientes oncológicos que possam contribuir para um modelo de atenção integral ao paciente oncológico?	
OE4 | OG: Especificar um modelo de operações (propósito, forma, elementos, práticas) de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor.	QP: Como construir um Modelo de Atenção Integral ao Paciente Oncológico baseado em valor?	Construção do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor (Capítulo 5).

Fonte: A autora (2023).

2. O cuidado integral de saúde ao paciente oncológico

Este capítulo apresenta os resultados das revisões da literatura no que tange ao cuidado integral ao paciente oncológico. Dessa forma, concentra-se, principalmente, nos elementos que se referem às estruturas do cuidado ao paciente oncológico, os modelos de cuidado destacados pela literatura bem como as práticas de cuidado, classificadas oportunamente em categorias de operações, resultantes das 3 revisões da literatura.

2.1 As estruturas e modelos de cuidado ao paciente oncológico

Nessa seção, entende-se enquanto estruturas de cuidado as configurações organizacionais e redes de cuidado projetadas para garantir o atendimento ao paciente oncológico. Foram identificadas apenas duas referências que se propõem a classificar esses tipos de estruturas. Os demais autores, mencionados nessa seção, partem de uma dessas classificações para descrever algum aspecto do cuidado, mas não tem como objetivo explícito caracterizar essas estruturas. São explicitadas aqui, portanto, as classificações realizadas por Simone (2002), uma referência antiga, mas cujas classificações são usualmente adotadas na literatura e na prática, e pelo NCI (2020), com uma classificação mais recente e que também segue amplamente adotada. Vale observar que, apesar de características comuns entre algumas das classificações, não se trata de definições intercambiáveis, conforme explicitado no Quadro *3*. Vale observar previamente que serão adotados ao longo da seção de maneira indiscriminada os termos ‘centro de câncer’ e seu equivalente em língua inglesa ‘*cancer center*’.

Sobre as estruturas de cuidado mais comuns, de acordo com Simone (2002), mais de 90% dos cuidados oncológicos são prestados na rede de serviços de saúde tradicional, onde os pacientes podem receber os melhores cuidados disponíveis. Os pacientes podem, então, ser tratados em redes fragmentadas compostas por atendimentos ambulatoriais, centros de diagnóstico, hospitais e os demais equipamentos de saúde para cuidado da doença, que podem, inclusive, estar mais convenientemente localizados (SIMONE, 2002).

No entanto, nenhuma dessas vantagens descreve um centro de câncer (ou *cancer center*), que deve fornecer um espectro mais amplo de serviços ao paciente para garantir essa

designação. Um centro de câncer é uma organização formal diversificada, com especialistas complementares que atuam no problema do câncer juntos e simultaneamente, em vez de sequencialmente. O centro de câncer deve ter uma autoridade central suficiente para concentrar esforços e organizar recursos para a realização eficiente e sinérgica de seus objetivos no atendimento ao paciente e/ou pesquisa e deve permitir e catalisar um alto nível de resultados focados na eliminação do câncer (SIMONE, 2002).

Para Simone (2002), qualquer prática, grupo de laboratório ou centro de câncer visa beneficiar seus membros e pacientes, mas o grau de centralidade *("centerness")* depende do grau em que os pacientes são de fato a missão maior da instituição, do alcance regional do centro de câncer, da compreensão coletiva da natureza e controle do câncer naquela população e como ele pode ser controlado e do envolvimento da população como um todo, tanto dos pacientes com câncer quanto da população em geral.

As variações de estrutura de centros de câncer encontradas na literatura quanto ao foco e objetivo estão representadas no Quadro *3*.

Quadro 3 – Categorias de *cancer center* identificadas na literatura

Autor	**Tipo**	**Definição**
(Simone, 2002)	Centro de câncer acadêmico *(Academic cancer center)*	Deve conter programas substanciais em pesquisa básica e clínica do câncer, educação e treinamento.
(Simone, 2002)	Centro de câncer comunitário *(Community cancer center)*	Pode ser organizado em um sistema hospitalar ou grupo de prática oncológica multiespecialidade. Se comprometidos com a organização necessária e com a manutenção dos mais altos padrões de atendimento, eles podem ter uma influência positiva na qualidade do atendimento além do próprio centro, atingindo toda a instituição e região geográfica mais ampla.
(Simone, 2002)	Centro de câncer pediátrico *(Pediatric cancer center)*	Deve conter o mesmo descrito acima para centros oncológicos acadêmicos e comunitários, com algumas diferenças devido às necessidades pediátricas especiais e ao menor volume de pacientes oncológicos.
(NCI, 2020)	Centro de câncer *Cancer center*	Reconhecidos por sua liderança científica, recursos e a profundidade e amplitude de suas pesquisas básicas, clínicas e / ou de prevenção, controle do câncer e ciências populacionais.
(NCI, 2020)	Centro de câncer integral (tradução própria) *Comprehensive cancer canter*	Também reconhecida por sua liderança e recursos, além de demonstrar uma maior profundidade e amplitude de pesquisa, bem como pesquisa transdisciplinar substancial que faz a ponte entre essas áreas científicas.
(NCI, 2020)	Centro de câncer de laboratorial *Laboratory cancer center*	Focado principalmente em pesquisa laboratorial e muitas vezes conduzindo tradução pré-clínica enquanto trabalha em colaboração com outras instituições para aplicar essas descobertas laboratoriais a novos e melhores tratamentos.

Fonte: A autora (2023).

Um ponto importante acerca do uso do termo "centro de câncer" é que o termo não é registrado nem protegido por direito autoral, ou seja, qualquer instituição ou grupo pode se autodenominar um centro de câncer *(cancer center)* ou centro de câncer integral *(comprehensive cancer center)*, independentemente de suas qualificações. Além disso, o centro de câncer pode ser organizado apenas para servir como uma ferramenta competitiva ou um meio de aumentar a participação no mercado, ao invés de um mecanismo de reunir pessoas e recursos para atacar o problema do câncer de forma sinérgica (SIMONE, 2002). Quando se observa a classificação e qualificação feita pelo NCI (2020), a mesma fragilidade é apontada, uma vez que a qualificação se dá, centralmente, pelo potencial e atuação em pesquisa do *cancer center*, não contemplando uma avaliação da capacidade de assistência e medição das entregas daquela unidade de saúde.

Nesse sentido, o escopo exato de um *cancer center* ainda é um ponto de discussão, tanto na literatura quanto na prática, como ficou evidenciado no levantamento através das entrevistas (ver Capítulo 4), uma vez que sua amplitude depende de condicionantes externas como interesses políticos, pressões pela rede de *stakeholders*, custo-benefício dos serviços para o prestador gestor do *cancer center*, dentre outros fatores.

Vale apontar no contexto dessa discussão um estudo realizado por Campbell et al. (2011), que buscou compreender e comparar 8 centros de câncer e, para isso, foi aplicado um questionário tradicionalmente usado para avaliação do atendimento a doenças crônicas – *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC). Os questionários apontaram para alguns aspectos relevantes na descrição e funcionamento dos centros de câncer, a saber: organização do sistema de saúde, projeto do sistema de entrega do cuidado, apoio à decisão, sistemas de informação clínica, apoio à autogestão e vínculos comunitários (CAMPBELL et al., 2011).

Sobre os modelos de cuidado identificados na literatura, entende-se que, para além das estruturas do cuidado, eles representam de que maneira os recursos estão organizados dentro das estruturas para conseguir entregar o serviço ao paciente. Para Lee et al. (2012), os modelos de cuidado representam um conceito multidimensional que define: como os serviços de saúde são prestados, determinam quais funções são necessárias, quem tem autoridade de decisão e de que tipo estabelece relações de papel com o paciente ou família dentro da equipe. Um ponto importante a se elucidar, nesse contexto, é que não existe um modelo de cuidado único que se aplica a todo e qualquer cuidado de saúde, mesmo quando se considera uma mesma condição de saúde.

Na linha de qualificar os modelos de cuidado, apenas dois artigos foram identificados a partir da revisão da literatura. No primeiro deles, Campbell et al. (2011) identificaram que vários modelos de atendimento são utilizados de forma consistente em vários graus pelos centros de câncer e os principais componentes de atendimento deveriam incluir: quem fornece serviços, como a população de sobreviventes é diferenciada, modelos segmentados ou integrados e modelos consultivos ou de transição. O segundo artigo, de Lee et al. (2012), teve como objetivo levantar os modelos de cuidado adotados na prática e o fizeram através de entrevistas a profissionais de ambulatórios oncológicos. Assim, identificaram 18 modelos de cuidado, dentre os quais apenas 4 atendiam aos critérios de completude para implantação em um *comprehensive cancer center,* ou seja, contemplavam colaboração interprofissional, cuidado centrado no paciente e continuidade do cuidado, a saber: *patient centered care model*, *shared care model*, *chronic care model*, *case management model* (LEE et al., 2012).

No primeiro deles, o *patient centered care model*, o foco é a qualidade do cuidado ao paciente, mas não é um modelo sensível aos tempos de atravessamento do paciente. Os resultados desse tipo de modelo são principalmente desfechos clínicos, redução de custos e satisfação do paciente. O segundo modelo, o *shared care model*, foca em uma transição perfeita entre os atendimentos do paciente e depende, portanto, fortemente de uma coordenação do cuidado. Os principais resultados esperados são melhores desfechos clínicos (tempo de permanência, taxa de readmissão, número de exames), melhores resultados dos processos, redução de custos e melhor comunicação entre os processos. O terceiro, *chronic care model,* foca em qualidade da assistência através da trajetória do cuidado, entendendo o câncer como doença crônica. Os principais resultados esperados são interação com diversos provedores do cuidado, qualidade da assistência, satisfação do paciente e controle da doença. O último, *case management model*, foca em qualidade da assistência e continuidade do cuidado. Os resultados esperados são satisfação do paciente, melhor qualidade de vida, mudanças de comportamento da equipe e melhor custo-efetividade do cuidado (LEE et al., 2012).

2.2 As categorias de operações como organizadoras das práticas

Essa seção tem como objetivo descrever as práticas de cuidado ao paciente oncológico identificadas na literatura, organizadas em categorias de operações (HAYES;

UPTON; PISANO, 2008). A literatura de operações sugere recortar as operações em categorias, ou seja, grupos de tomadas de decisão em operações para gerir o funcionamento de um sistema produtivo (SPIEGEL, 2013). No contexto da saúde, a gestão de operações já vem sendo amplamente adotada (PIANYKH et al., 2020; DENTON, 2013; MCLAUGHLIN; HAYS, 2008), e os pesquisadores vem estudando tópicos oportunos como projeto organizacional, projeto de serviços de saúde, transplante de órgãos (DAI; TAYUR, 2020).

De Vasconcelos Silva; Spiegel; Assad (2018) adotaram uma adaptação das categorias de Hayes; Upton; Pisano (2008) para o projeto de operações em saúde por sua completude em abordar os aspectos organizacionais quando comparados a outros autores na área. Reservadas as diferenças entre os objetos de estudo, a adaptação das categorias de Hayes; Upton; Pisano (2008) para a saúde reforça a utilidade e aplicabilidade dessa proposta, de forma que foram o ponto de partida para a categorização das práticas de cuidado no escopo da tese. As categorias selecionadas foram 'Tecnologia de processo e percurso do paciente', 'Gestão da informação e sistemas', 'Programação do cuidado e acompanhamento do paciente', 'Mensuração da performance e gestão da qualidade', 'Rede e Integração' e 'Organização' e são utilizadas nas seções 2.2.1, 2.2.2, 2.3.3, 2.3.4, 2.2.5 e 2.2.6 para organizar as práticas de cuidado ao paciente oncológico emergentes das revisões da literatura.

2.2.1 Tecnologia de processos e percurso do paciente

O Quadro 4 apresenta as práticas relacionadas a processos e percursos do paciente representados na literatura, apontando o autor que cita a prática, em ordem do mais recente para o mais antigo, a descrição da prática e o respectivo benefício. Em seguida, é apresentado o Quadro 5, que representa a síntese das práticas identificadas e seus autores correspondentes. Na sequência, são detalhadas algumas práticas que se destacaram ao longo da revisão na íntegra dos textos.

Quadro 4 – Práticas de tecnologia de processos e percurso do paciente

Autor	Prática	Descrição	Benefício	Revisão
(MANJUNATHAN et al., 2020)	Fluxo clínico de trabalho *Clinic workflow*	Fluxos clínicos de trabalho dentro das instituições e especialidades.	Reduz o custo, o tempo de atravessamento dos pacientes e a desconexão entre os fluxos de trabalho da clínica e as	3

Autor	Prática	Descrição	Benefício	Revisão
			necessidades do paciente.	
(OSTBY et al., 2020)	Política de consulta e diretrizes para imagem *Consultation policy and imaging guidelines*	Iniciativa focada em melhoria da qualidade através da padronização do cuidado	Diminui significativamente a utilização desnecessária de tomografia e reduz o tempo no setor de emergência de pacientes de oncologia ginecológica.	3
(BROOKS et al., 2019)	Percurso padronizado para a prática ou grupo de práticas *Practice or group practice pathways*	Ferramentas para padronização dos processos de atendimento do paciente.	Empoderam planos de tratamento de câncer baseados em evidências. Reduzem custos e garantem a entrega de cuidados baseados em evidências.	1
(CHAWLA et al., 2019)	Percursos de cuidado padronizados *Care Pathways*	Padrões de cuidado desenvolvidos, em grande parte, a partir de *guidelines* e revisões sistemáticas da literatura.	Fornece melhoria da qualidade do atendimento, reduz a variabilidade desnecessária e estabelece opções de tratamento baseadas em evidências, viabiliza custos mais baixos.	3
(DANIEL & VARGHESE, 2018)	Cuidado paliativo *Palliative care*	Podem ser combinados com atendimento oncológico padrão ou como o foco principal do atendimento. A comunicação ao paciente e família deve ser feita pelo médico da melhor maneira possível, levando o contexto cultural em consideração.	Viabiliza melhores resultados para o paciente e o cuidador, reduz o tratamento caro desnecessário para o paciente. O envolvimento anterior de cuidados paliativos também leva a um encaminhamento mais apropriado e à redução do uso de cuidados intensivos.	2
(ABRAHAMS et al., 2017)	Diretrizes para prática clínica ou padrões de cuidado *Clinical guidelines or standard of care (SOC)*	Recomendações ou diretrizes construídas a partir de revisão sistemática de evidências. As diretrizes são normalmente baseadas em, ou incorporam o SOC, que são tratamentos aceitos por especialistas médicos como adequados para uma determinada doença e que é amplamente utilizado	Otimizar o atendimento ao paciente e avaliar os benefícios e malefícios das opções de cuidados alternativos.	3

Autor	Prática	Descrição	Benefício	Revisão
		pelos profissionais de saúde.		
(ABRAHAMS et al., 2017)	Percursos clínicos *Clinical pathways*	Embora os percursos clínicos padronizados sejam baseados nas diretrizes de prática e SOC, podem ser vistos mais como ferramentas práticas e eficientes de apoio à decisão que propagam diretrizes e decisões diretas de tratamento para populações específicas de pacientes.	Podem ajudar os pacientes a acessar o cuidado ideal, mantendo os médicos informados sobre a rápida evolução da ciência, auxiliando na tomada de decisão baseada em evidências e reduzindo variabilidade desnecessária. No entanto, também podem impedir acesso a tratamentos oncológicos inovadores, reduzir autonomia e, talvez o mais importante, pode limitar a escolha e preferência do paciente.	3
(VALUCK et al., 2017)	Percursos clínicos *Clinical pathways*	Padrões de percurso utilizados como alternativa eficiente para a medição ou acompanhamento de um processo específico para uma condição de saúde.	São facilmente atualizados e disseminados para abordar as evidências em evolução, seu uso pode ajudar a garantir a seleção apropriada da terapia considerando os incentivos financeiros.	2
(BOSSERMAN, 2016)	Percursos baseados em evidência *Evidence-based pathways*	Planos de tratamento individuais padronizados e modificáveis.	Permite tomada de decisão em tempo real integrada aos pontos de atendimento para fornecer atendimento de qualidade ao câncer, com resultados clínicos e financeiros consistentes. Melhora o atendimento e, frequentemente, reduz custos.	3
(GARCIA et al., 2016)	Plano de cuidados de sobrevivência *Survivoship care plan (SCP)*	Consistem em resumos detalhados de tratamentos, recomendações abrangentes de vigilância e cuidados de acompanhamento, links para serviços de apoio e informações de promoção da saúde. Idealmente, eles são adaptados para atender às necessidades e características exclusivas dos pacientes e são compartilhados com seus prestadores de	Melhora dos resultados do paciente (conhecimento, preocupações emocionais e necessidades não atendidas). Aumentam a conscientização sobre os cuidados e o contato com os prestadores de cuidados primários.	2

Autor	Prática	Descrição	Benefício	Revisão
		cuidados primários.		
(BUNNELL et al., 2014)	Tempos de atravessamento do paciente pelas etapas do cuidado	Definição de tempos de atravessamento do paciente pelas etapas do cuidado para câncer de mama.	Reduz variabilidade do tempo entre as etapas do cuidado e identifica fontes de variabilidade que impactam na melhoria da qualidade do serviço oferecido.	2
(PARTRIDGE et al., 2014)	Cuidado paliativo *Palliative care*	São definidos pela OMS como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias enfrentando os problemas associados com doenças potencialmente fatais.	Prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espiritual.	2
(PARTRIDGE et al., 2014)	Modelo conceitual para integração de cuidados paliativos *Conceptual model for integration of palliative and supportive care*	Modelo para a prestação integrada e simultânea de cuidados paliativos com cuidados oncológicos padrão, dada a natureza mutável das necessidades dos pacientes com câncer.	Integra cuidados paliativos no início do curso da doença e ao longo da trajetória de cuidado, estendendo-se à sobrevivência de longo prazo, bem como aos cuidados de fim de vida. Permite não só a identificação e gestão dos sintomas e preocupações atuais, mas também o acompanhamento e a reavaliação contínua de problemas persistentes ou novos ao longo do tempo.	2
(VAN HOEVE et al., 2014)	Percurso multidisciplinar para cuidado ao câncer de mama *Multidisciplinary breast cancer pathway*	Definição dos processos de cuidados individuais coerentes e lógicos pelos quais o paciente com um tumor específico deve passar desde a primeira necessidade de cuidados até a sobrevivência ou a morte.	Leva à estruturação de serviços de saúde para melhorar a conformidade com as diretrizes baseadas em evidências ou medicina baseada em evidências.	2
(VAN HOEVE et al., 2014)	Percursos integrados de cuidados oncológicos *Integrated Oncological Care Pathways (IOCP)*	Este modelo é baseado em princípios de gestão de processos bem como em diretrizes nacionais (baseadas em evidências). Elementos centrais do modelo *IOCP* são ‘processo’, ‘organização’ e ‘planejamento’.	Reduz a variabilidade do cuidado, reduz os tempos de espera e processamento e melhora a qualidade do atendimento.	2

Autor	Prática	Descrição	Benefício	Revisão
(ROMANUS et al., 2009a)	Diretrizes para prática do cuidado do câncer colorretal *NCCN Colorectal Cancer Guidelines*	Padrão de prática para cuidado do câncer colorretal.	Orienta melhores práticas para cuidado do câncer com possibilidade de rastreio da aderência através do *NCCN Colorectal Cancer (CRC) Outcomes Database.*	2
(BROWMAN et al., 1995)	Modelo conceitual para construção de *guidelines*	Modelo desenvolvido sistematicamente para auxiliar nas decisões do médico e do paciente sobre cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas.	Cria evidência das variações substanciais inexplicáveis e inadequadas nos padrões de prática clínica; identifica as limitações de recursos que podem reduzir as possibilidades de prestação de cuidados de saúde de alta qualidade; e, mitiga a dificuldade que os médicos têm em assimilar evidências científicas em rápida evolução em suas práticas.	2

Fonte: A autora (2023).

Quadro 5 – Síntese práticas tecnologia de processos e percurso do paciente

Prática	Revisão	(MANJUNATHAN et al., 2020)	(OSTBY et al., 2020)	(BROOKS et al., 2019)	(CHAWLA et al., 2019)	(DANIEL & VARGHESE, 2018)	(ABRAHAMS et al., 2017)	(VALUCK et al., 2017)	(BOSSERMAN, 2016)	(GARCIA et al., 2016)	(BUNNELL et al., 2014)	(PARTRIDGE et al., 2014)	(PARTRIDGE et al., 2014)	(VAN HOEVE et al., 2014)	(ROMANUS et al., 2009a)	(BROWMAN et al., 1995)
Percurso padronizado *Pathways*	1			X	X		X	X	X					X		
Diretrizes clínicas *Clinical Guidelines*	3		X				X								X	X
Cuidado paliativo *Palliative care*	2					X						X				
Fluxo clínico de trabalho *Clinic workflow*	3	X														
Plano de cuidados de sobrevivência *Survivoship care plan (SCP)*	2									X						
Tempos de atravessamento do paciente pelas etapas do cuidado	2										X					

Fonte: A autora (2023).

A discussão do papel dos *guidelines* como apoio a tomada de decisão não é recente. Browman et al. (1995) já discutia os desafios para implantação dessas práticas, motivados pelo crescente volume de dados e evidências e pela dificuldade em considerar todos os determinantes para a tomada de decisão. Observavam resistência na adoção desses *guidelines,* principalmente por conta das preocupações dos médicos sobre como eles próprios seriam afetados, enquanto o verdadeiro propósito das diretrizes de prática deveria ser melhorar os resultados para os pacientes (BROWMAN et al., 1995). Olhando, retrospectivamente, vemos que as organizações ainda se deparam com desafios similares, apesar das evidências e constatações na qualidade da assistência aos pacientes (ABRAHAMS et al., 2017; OSTBY et al., 2020).

Ainda sobre estratégias de processos para melhorar a qualidade da assistência, mais recentemente vemos que as padronizações das vias de atendimento (ou *pathways*) estão sendo promovidas para auxiliar a tomada de decisão clínica, para reduzir a variabilidade do cuidado, os tempos de espera e processamento e melhorar a qualidade do atendimento (VAN HOEVE et al., 2014; BOSSERMAN, 2016; VALUCK et al., 2017; ABRAHAMS et al., 2017; CHAWLA et al., 2019; BROOKS et al., 2019). Essas vias de atendimento também são conhecidas como vias clínicas, vias críticas, vias integradas, jornadas do paciente ou mapas de atendimento. O objetivo é permitir à estruturação de serviços de saúde melhorar a conformidade com as diretrizes baseadas em evidências (*guidelines*) ou medicina baseada em evidências. No entanto, como toda mudança de paradigma, implementar esses caminhos de cuidado em uma organização é uma intervenção complexa (VAN HOEVE et al., 2014).

Uma estratégia relacionada aos *guidelines* e *pathways*, também identificada na literatura, é a definição de tempos padrão para percurso do paciente. Essa definição visa reduzir a variabilidade do tempo entre as etapas do cuidado e identifica fontes de variabilidade que impactam na melhoria da qualidade do serviço oferecido (BUNNELL et al., 2014). No sentido de testar as aplicações e benefícios dos *pathways*, Van Hoeve et al. (2014) estabelecem e adotam um caminho padrão para o cuidado do paciente com câncer de mama e, além dos benefícios da padronização do percurso e da inclusão de marcadores temporais entre as etapas do cuidado, conseguem evidenciar que a implementação de um atendimento multidisciplinar como prática em três hospitais melhorou o atendimento aos pacientes. No escopo da tese, uma discussão mais detalhada acerca dessa prática está apresentada na seção 3.4.3.

Sobre as etapas que devem ser contempladas ao longo do cuidado, duas foram

identificadas como pontos de atenção: o cuidado paliativo e o cuidado aos sobreviventes ao câncer. Como já apontado por Lee et al. (2012), não há consenso sobre o melhor modelo de cuidado ao paciente oncológico, tampouco qual estrutura de cuidado confere melhores resultados. No entanto, sobre alguns elementos desse percurso, o que essa revisão evidencia é que o cuidado paliativo merece atenção quando se pretende entregar um cuidado integral ao paciente, devendo ser integrada ao cuidado desde o início (DANIEL & VARGHESE, 2018; PARTRIDGE et al., 2014). Nesse sentido, Partridge et al. (2014) propõem um modelo de maturidade na incorporação do cuidado paliativo no atendimento padrão ao paciente com câncer, em que ao invés de ser tratamento como estrutura de cuidado anexa ao tratamento, ele é visto como componente fundamental desse tratamento, de maneira integrada e indissociável. Dessa forma, é possível integrar os cuidados paliativos no início do curso da doença e ao longo da trajetória de cuidado, estendendo-se à sobrevivência de longo prazo, bem como aos cuidados de fim de vida. Essa preocupação com o planejamento dos cuidados aos sobreviventes também é colocada por Garcia et al. (2016), que defendem que essa prática melhora os resultados do paciente (conhecimento, preocupações emocionais e necessidades não atendidas) e aumentam a conscientização sobre os cuidados e o contato com os prestadores de cuidados primários.

2.2.2 Gestão da informação e sistemas

O Quadro 6 apresenta as práticas de gestão da informação e sistemas representados na literatura, apontando o autor que cita a prática em ordem do mais recente para o mais antigo, a descrição da prática e o respectivo benefício. Em seguida, é apresentado o Quadro 7, que representa a síntese das práticas identificadas e seus autores correspondentes. Na sequência, são detalhadas algumas práticas que se destacaram ao longo da revisão na íntegra dos textos.

Quadro 6 – Práticas de gestão da informação e sistemas

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
(MIETTINEN; TENHUNEN, 2020)	Intervenções digitais em saúde *Digital health interventions (DHIs)*	Uso de mecanismos digitais no cuidado ao paciente.	Para os pacientes, melhora a sobrevida e a qualidade de vida, além de reduzir os custos de viagem até a unidade. Para os provedores, melhora a coordenação do cuidado, a alocação dos recursos e reduz as restrições de tempo de trabalho.	3
(PENEDO et al., 2020)	Telessaúde, telemedicina e tele-oncologia *eHealth*	Uso de dispositivos móveis e sem fio (computadores, tablets e smartphones) com aplicativos de saúde que suportam o atendimento ao paciente, educação e pesquisa.	Pode ser usado para vincular *patient-reported outcomes* (PROs) a cuidados clínicos de câncer, para gerenciar a carga de sintomas em pacientes com câncer e em sobreviventes de câncer após o tratamento. Permite integrar o atendimento remoto ao cuidado tradicional e melhorar a prestação de cuidados centrados no paciente.	2
(MCCLEARY et al., 2018) (MAYER et al., 2015)	Registros eletrônicos de saúde *Electronic health records (EHRs)*	Método padrão de armazenamento e comunicação de informações de saúde para os sistemas de saúde.	N/A.	2
(MCCLEARY et al., 2018)	Portal do paciente *Patient portals (PPs)*	Banco de dados seguro baseado na Web permitindo o acesso do paciente à sua saúde e informações sobre doenças embutidas em um EHR, gerido por organizações de cuidados de saúde e acessíveis através da Internet.	Aumenta o acesso do paciente à saúde, estende opções de comunicação (além de chamadas telefônicas, visitas presenciais, cartas ou e-mails), pode reduzir a ansiedade do paciente, aumenta a satisfação do paciente e sua retenção ao cuidado, aumenta a adesão aos planos de cuidados, melhora os resultados clínicos, e facilita a pesquisa em saúde da população por meio da coleta de informações completas de saúde pessoal e familiar.	2

Fonte: A autora (2023).

Quadro 7 – Síntese das práticas de gestão da informação e sistemas

Prática	Revisão	(MIETTINEN; TENHUNEN, 2020)	(PENEDO et al., 2020)	(MCCLEARY et al., 2018)	(MAYER et al., 2015)
Registros eletrônicos de saúde *Electronic health records (EHRs)*	2			X	X
Intervenções digitais em saúde *Digital health interventions (DHIs)*	3	X			
Telessaúde, telemedicina e tele-oncologia *eHealth*	2		X		
Portal do paciente *Patient portals (PPs)*	2			X	

Fonte: A autora (2023).

Os sistemas de informação são a base para a coleta, armazenagem e análise das informações. Para possibilitar a mensuração de resultados e custos centrados no paciente ao longo do seu percurso no sistema é necessária uma plataforma de tecnologia da informação que permita a integração entre os pontos da rede de serviços (SILVA; MALIK, 2019). No entanto, a maioria dos sistemas de TI de hospitais foram projetados para rastrear cuidados médicos e faturamento de pacientes e são inadequados para identificar pacientes que precisam de cuidados ou para obter dados de registros médicos para gerar resumos de tratamento e planos de atendimento ao paciente, ou seja, para suportar uma assistência adequada e oportuna (BUNNELL et al., 2014).

Não foram identificados autores nas revisões da literatura que pontuassem características estratégicas dos sistemas de informação no contexto do cuidado ao câncer, para além do que apontaram MCcleary et al. (2018) e Mayer et al. (2015) sobre a necessidade de registros eletrônicos de saúde padronizados. A prática, por outro lado, aponta uma série de características desses sistemas, como necessidade de parametrização dos prontuários com campos obrigatórios específicos ao cuidado ao câncer, definição de indicadores específicos,

rastreamento do cuidado do paciente ao longo da linha de cuidado, entre outros. Esses pontos são abordados com mais detalhe no Capítulo 5, em que os resultados das entrevistas são descritos.

Sobre os avanços tecnológicos no atendimento ao paciente, o uso de *eHealth*, mencionado por Penedo et al. (2020) foi destaque como o início de uma nova era de atendimento oncológico centrado no paciente, que vai além do modelo tradicional de atendimento presencial, permitindo avaliações e intervenções em tempo real, dinâmicas e assistidas por tecnologia. A *eHealth* tem o potencial de melhorar a prestação de cuidados oncológicos por meio de uma melhor comunicação entre paciente e provedor, avaliação e gerenciamento aprimorados de sintomas e envolvimento otimizado do paciente em todo o *continuum* de cuidados do câncer (PENEDO et al., 2020). Para os autores, o desenvolvimento e implementação de abordagens pragmáticas de prestação de cuidados centradas no paciente em todo o *continuum* de cuidados são cruciais, uma vez que permitirão uma melhor gestão da população em crescimento de sobreviventes de câncer e dos resultados em nível de sistema (por exemplo, visitas a departamentos de emergência, readmissões hospitalares, tempo de permanência no hospital e satisfação com o tratamento). Para constatar os benefícios dessa tecnologia, Penedo et al. (2020) fizeram uma revisão da literatura nos últimos 10 anos, registrando os desfechos da adoção do *eHealth* em 3 situações: para conseguir associar os desfechos reportados pelo paciente ao cuidado clínico, para gerenciar os sintomas de pacientes em tratamento e para acompanhamento dos sobreviventes após o tratamento. Dentre os diversos benefícios observados, estão aumento da adesão aos tratamentos, controle de dor, adesão aos questionários de avaliação de desfechos e melhora do bem-estar ao paciente sobrevivente.

Ainda sob a ótica dos cuidados centrados no paciente, MCcleary et al. (2018) propõem o uso de portais dos pacientes (PP) como um canal de acesso às informações do seu cuidado, mas também identificam um conjunto de dificuldades dos pacientes no acesso e uso do portal. Em uma pesquisa, quase metade dos respondentes relatou não se inscrever no portal devido à dificuldade de concluir as etapas necessárias para ativar uma conta, falta de acesso ao computador ou desconhecimento de como usar um computador e preocupação com a troca de informações médicas pela Internet (MCCLEARY et al., 2018). Apesar das dificuldades, quase dois terços dos pacientes relataram disposição para comunicar-se via computador, indicando um nível de conforto com comunicação através de uma modalidade como o PP existente. Além dos benefícios do maior acesso do paciente às informações de

saúde, os PPs no hospital em estudo foram projetados para reduzir os custos do atendimento, estender opções de comunicação, potencialmente reduzir a ansiedade, aumentar a satisfação do paciente e a retenção de clientes, aumentar a adesão aos planos de cuidados e melhorar os resultados clínicos (MCCLEARY et al., 2018).

2.2.3 Programação do cuidado e acompanhamento do paciente

O Quadro 8 apresenta as práticas de programação do cuidado e acompanhamento do paciente representados na literatura, apontando o autor que cita a prática em ordem do mais recente para o mais antigo, a descrição da prática e o respectivo benefício. Em seguida, é apresentado o Quadro 9, que representa a síntese das práticas identificadas e seus autores correspondentes. Na sequência, são detalhadas algumas práticas que se destacaram ao longo da revisão na íntegra dos textos.

Quadro 8 – Práticas de programação do cuidado e acompanhamento do paciente

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
(CORTER et al., 2019)	Cuidado multidisciplinar *Multidisciplinary care*	A abordagem varia desde práticas estruturadas como as conferências programadas até processos informais de atendimento multidisciplinar, que incluem avaliação multidisciplinar, encaminhamentos entre especialistas para opiniões, e discussões *ad hoc*, como 'consultas de corredor' entre os serviços de saúde profissionais.	Apoia a interação entre os profissionais de saúde, aumenta o atendimento em concordância com as diretrizes, fornece uma plataforma para educação profissional e oportunidades para identificar pacientes elegíveis para ensaios clínicos. Para os pacientes, o cuidado multidisciplinar reduz o tempo de intervenção e está associado à melhora da sobrevida.	2
(CORTER et al., 2019)	Conferências multidisciplinares sobre câncer *Multidisciplinary cancer conferences (MCCs)*	Reuniões programadas regularmente com discussão prospectiva de testes / tratamentos diagnósticos apropriados para	Permite decisões baseadas em evidências, melhores decisões clínicas, melhor qualidade do tratamento, atendimento mais coordenado, mais pacientes em ensaios clínicos, melhor pontualidade do	2

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
		pacientes.	atendimento, maior sobrevida do paciente, mais envolvimento do paciente, mais pacientes com estadiamento.	
(CORTER et al., 2019)	Padrões para conferências multicisciplinares de câncer *Multidisciplinary Cancer Conference Standards*	Os padrões desenvolvidos com base na revisão e compilação de evidências internacionais e diretrizes de melhores práticas no tratamento multidisciplinar do câncer de mama por meio do uso de MCCs.	Servem para orientar a implementação e operação dos MCCs, incluindo sua função, formato, composição da equipe, funções e responsabilidades, termos de referência e casos de pacientes a serem apresentados.	2
(CORTER et al., 2019)	Clínica multidisciplinar *Multidisciplinary clinics*	As clínicas multidisciplinares permitem que o paciente consulte de 2 a 3 profissionais de saúde de diferentes especialidades simultaneamente.	Apoia a interação profissional de saúde, aumenta o atendimento em concordância com as diretrizes.	2
(DANIEL; VARGHESE, 2019a)	Equipe multidisciplinar e quadro de discussão do tumor *Multidisciplinary team or tumour board*	Reuniões onde casos individuais podem ser discutidos.	A estratégia de tirar a decisão do médico exclusivamente e levar ao time multidisciplinar melhora desfecho e em alguns países é uma prática definida por lei.	2
(ROCQUE et al., 2019a)	Tomada de decisão compartilhada *Shared decision making*	Decisão compartilhada entre os pacientes e os oncologistas a respeito do tratamento da doença	Oferece novas perspectivas sobre o que é importante para os pacientes e fornece um impulso importante para alavancar as preferências e valores do paciente na tomada de decisões.	2
(THOMPSON-LASTAD et al., 2019)	Modelo de visita médica em grupo *Group medical visit (GMV) model*	Também conhecido como consultas médicas compartilhadas, combinam cuidados médicos, oferecendo educação em saúde e interação entre pares.	Aumenta o acesso a cuidados integrativos especializados. São projetados para lidar com as barreiras ao recebimento de oncologia integrativa durante o tratamento ativo do câncer. As barreiras incluem longos tempos de espera, impedimentos geográfico e financeiro.	2
(WANG; MALAYIL LINCOLN;	Colaboração multidisciplinar *Multidisciplinary*	Colaboração multidisciplinar entre radiologistas e	Reduções bem-sucedidas na utilização inadequada de imagens, particularmente	3

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
CHEN, 2019)	*collaboration*	médicos de referência.	em regiões com populações vulneráveis.	
(WILLIAMS et al., 2019a)	Equipes multidisciplinares *Multidisciplinary teams*	Equipes compostas por cirurgiões, radiologistas, patologistas, oncologistas, especialistas em cuidados paliativos e outros médicos profissionais.	Concentração dos conhecimentos no sentido de melhorar o cuidado do paciente com câncer.	3
(MISRA-HEBERT et al., 2018a)	Tomada de decisão compartilhada *Shared decision-making*	Estratégias para permitir que os pacientes entendam que tem a opção de tomar decisão.	Melhorar o conhecimento do paciente e envolvimento na tomada de decisão e a interação com um provedor.	3
(MISRA-HEBERT et al., 2018b)	Modelos de cuidado baseados em equipe *Team-based care models*	Redefinição das funções dos médicos assistentes e auxiliares de enfermagem licenciados para grupos de médicos em diversos locais de prática de cuidado.	Mudanças na qualidade do atendimento, bem como a experiência do paciente e do provedor.	3
(ZHU, 2018)	Modelo de ciclo de cuidado completo *Full cycle of care model*	Engloba pacientes internados, ambulatoriais, de reabilitação, bem como cuidados de suporte, como cuidados paliativos e suporte nutricional.	Surgem como partes importantes da prática baseada em valores para pacientes oncológicos.	3
(SPATZ et al., 2017)	Tomada de decisão compartilhada *Shared decision making*	Práticas de integração da decisão do paciente no cuidado. Reconhecida como uma das estratégias para alcançar o *triple-aim* e apoiar os cuidados baseados em valor.	Coloca o paciente no centro do cuidado e a tomada de decisão compartilhada garante o cuidado que o paciente quer, aumenta a segurança do paciente, melhora o atendimento e reduz os custos.	3
(CIPOLAT MIS et al., 2015)	Educação do paciente *Patient education (PE)*	Não há consenso sobre a definição, mas inclui um conjunto de atividades e experiências envolvendo o paciente. No entanto, se reconhece 3 fases nas últimas décadas: maior envolvimento do paciente na organização, maior	Permite superar barreiras importantes, como a falta de conscientização e habilidades adequadas do paciente durante seu tratamento.	2

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
		engajamento do paciente na tomada de decisão e inclusão do papel do cuidador nos cuidados às doenças crônicas, como o câncer.		
(BUNNELL et al., 2014)	Equipe multidisciplinar *Multidisciplinary team*	Equipe multidisciplinar composta, muitas vezes, por oncologistas médicos, cirúrgicos e radioterapeuta. Outros participantes incluem especialistas em exames de imagem, patologistas, cirurgiões reconstrutivos, enfermeiras, farmacêuticos e vários profissionais de saúde aliados.	Melhora a pontualidade do atendimento e reduz variabilidade na coordenação do cuidado.	2
(MIDDLETON et al., 2014)	Revisão patológica por uma segunda opinião *Second-opinion pathologic review*	Prática de segunda revisão da análise patológica externa do paciente por um segundo subespecialista.	Melhora os resultados clínicos, fornecendo aos pacientes planos de tratamento baseados em evidências para seus diagnósticos patológicos precisos. Permite que médicos tenham um diagnóstico preciso e informações de estadiamento antes das conferências de planejamento multidisciplinar que estabelecem o curso de tratamento que um paciente receberá.	3
(GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013)	Equipe multidisciplinar *Multidisciplinary team*	Equipes multidisciplinares que tratam pacientes com problemas de saúde complexos, como câncer.	Tem se tornado cada vez mais o componente central na prestação de cuidados e em muitos métodos de melhoria da qualidade.	2
(UENO et al., 2010)	Cuidado multidisciplinar do câncer *Multidisciplinary cancer care*	Tratamento de câncer prestado por representantes de uma variedade de profissões e funções trabalhando em conjunto.	Encurta o curso da doença, aumenta a adesão do paciente ao tratamento recomendado, impulsiona a moral e a compreensão do paciente, torna mais fácil formular e implementar	2

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
			planos de tratamento ideais, acalma os medos dos pacientes e cuidadores e ajuda na inscrição dos pacientes em ensaios clínicos. Também pode reduzir significativamente o potencial de erros médicos, aumentando a comunicação e a compreensão entre médicos, enfermeiras, outros cuidadores, equipe de apoio e o paciente, melhorando assim os resultados médicos. Além disso, tem o potencial de aumentar a satisfação no trabalho e o bem-estar psicológico de quem presta o atendimento.	

Fonte: A autora (2023).

Quadro 9 – Síntese das práticas de programação do cuidado e acompanhamento do paciente

Prática	Revisão	(CORTER et al., 2019)	(DANIEL; VARGHESE, 2019a)	(ROCQUE et al., 2019a)	(THOMPSON-LASTAD et al.. 2019)	(WANG; MALAYIL LINCOLN; CHEN, 2019)	(WILLIAMS et al., 2019)	(MISRA-HEBERT et al., 2018a)	(MISRA-HEBERT et al., 2018b)	(ZHU, 2018)	(SPATZ et al., 2017)	(CIPOLAT MIS et al., 2015)	(BUNNELL et al., 2014)	(MIDDLETON et al., 2014)	(GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013)	(UENO et al., 2010)
Cuidado multidisciplinar *Multidisciplinary care*	2	X														X
Conferências multidisciplinares sobre câncer *Multidisciplinary cancer conferences (MCCs)*	2	X														
Padrões para conferências multicisciplinares de câncer *Multidisciplinary Cancer Conference Standards*	2	X														
Clínica multidisciplinar *Multidisciplinary clinics*	2	X														
Equipe multidisciplinar e quadro de discussão do tumor *Multidisciplinary team or tumour board*	2		X				X						X		X	

Prática	Revisão	(CORTER et al., 2019)	(DANIEL; VARGHESE, 2019a)	(ROCQUE et al., 2019a)	(THOMPSON-LASTAD et al.. 2019)	(WANG; MALAYIL LINCOLN; CHEN, 2019)	(WILLIAMS et al., 2019)	(MISRA-HEBERT et al., 2018a)	(MISRA-HEBERT et al., 2018b)	(ZHU, 2018)	(SPATZ et al., 2017)	(CIPOLAT MIS et al., 2015)	(BUNNELL et al., 2014)	(MIDDLETON et al., 2014)	(GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013)	(UENO et al., 2010)
Tomada de decisão compartilhada *Shared decision making*	2			X				X			X					
Modelo de visita médica em grupo *Group medical visit (GMV) model*	2				X											
Colaboração multidisciplinar *Multidisciplinary collaboration*	3					X										
Modelos de cuidado baseados em equipe *Team-based care models*	3							X								
Modelo de ciclo de cuidado completo *Full cycle of care model*	3									X						
Educação do paciente *Patient education (PE)*	2											X				
Revisão patológica por uma segunda opinião *Second-opinion pathologic review*	3													X		

Fonte: A autora (2023).

Apesar de ser um consenso que o cuidado multidisciplinar melhora, dentre outros fatores, a qualidade da assistência (DANIEL; VARGHESE, 2019; GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013, UENO et al., 2010; THOMPSON-LASTAD et al., 2019; BUNNELL et al., 2014; CORTER et al., 2019), pouco se avalia sobre como essas práticas se apresentam na realidade das organizações e qual a visão da equipe sobre suas funções e resultados (CORTER et al., 2019) e esse tipo de cuidado sinérgico é muitas vezes difícil de se colocar em prática (UENO et al., 2010).

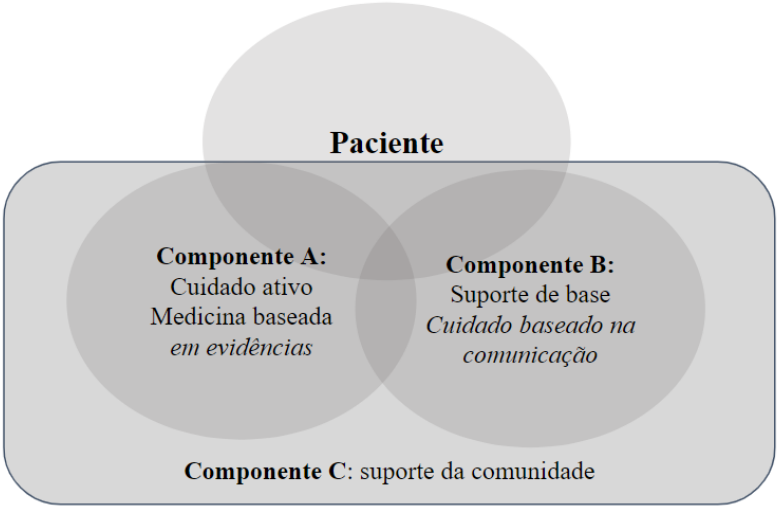
Tanto a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) quanto a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) endossam medidas de qualidade dependentes do tempo para modalidades de tratamento específicas. Um modelo de atendimento multidisciplinar eficaz requer, portanto, processos padronizados e transferências coordenadas para garantir atendimento oportuno. As práticas apontadas na seção de tecnologia de processos podem contribuir nesse sentido, como os *guidelines*, *pathways* e determinações de tempos padrão para atravessamento do paciente, descritos na seção 3.4.1.

Nesse sentido, foram identificados 4 intervalos de tempo como indicadores-chave de desempenho para o atendimento multidisciplinar: acesso de novo paciente, consulta inicial à primeira cirurgia definitiva, última cirurgia definitiva para início da quimioterapia e tempo para terapia de radiação. Atrasos desnecessários no atendimento impõem uma carga psicológica nos pacientes e suas famílias e aumenta o risco de resultados inferiores ao ideal (BUNNELL et al., 2014). Essa definição de tempos padrão é intimamente relacionada e deve ser projetada conjuntamente aos registros eletrônicos de saúde, mencionados na seção 3.4.2, na prática identificada por Mayer et al. (2015) e MCcleary et al. (2018).

No intuito de compreender como esse cuidado multidisciplinar ocorre na prática das organizações, Corter et al. (2019) avaliam através de questionários com profissionais da saúde os tipos mais recorrentes de cuidado multidisciplinar no Canadá e quais são as funções de uma dessas práticas percebidas por esses profissionais. Mais de 90% dos entrevistados identificaram as Conferências Multidisciplinares como prática reconhecida de cuidado multidisciplinar. Mais de 60% identificaram as reuniões e as avaliações multidisciplinares como prática e apenas 30% reconhecem as consultas multidisciplinares como uma prática aplicável de cuidado multidisciplinar. Dentre as principais funções do cuidado multidisciplinar, as mais citadas foram a possibilidade de discussão do diagnóstico e do tratamento, contribuição para a aderência aos tempos de cuidado, contribuição para auditoria da qualidade e contribuição para pesquisas clínicas.

Na linha de descrever as componentes necessárias ao cuidado multidisciplinar, Ueno et al. (2010), propõem um modelo de cuidado multidisciplinar que pode ser visto a partir de três componentes: cuidado ativo (A), suporte de base (B) e suporte da comunidade (C), conforme representado na Figura 3. O objetivo da componente A é prover um cuidado baseado em evidências e permitir um consenso sobre o melhor tratamento, principalmente quando não há *guidelines* definidos para o cuidado. O objetivo do componente B é aproximar o paciente do cuidado, melhorando a comunicação, a escuta, a assistência e consequentemente a satisfação sobre o cuidado. O objetivo do componente C é prover estrutura para a operação dos componentes A e B, delimitando políticas sociais e econômica que afetam o cuidado ao paciente oncológico, garantindo qualidade da assistência prestada (UENO et al., 2010).

Figura 3 – Modelo conceitual ABC para cuidado multidisciplinar do câncer



Fonte: Adaptado de Ueno et al. (2010)

A integração da equipe é vista como importante tanto para facilitar os processos quanto para garantir um desempenho eficaz (CORTER et al., 2019; MARKS; MATHIEU; ZACCARO, 2001). Essa afirmativa pontua, portanto, a forte correlação entre essa prática, classificada no escopo da tese como uma prática para programação do cuidado e acompanhamento do paciente, com as práticas apontadas na categoria de tecnologia de processos e percurso do paciente.

Alguns fatores são destacados como fatores-chave para o sucesso de uma equipe multidisciplinar (GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013), a saber: respeitar experiências profissionais diferentes e compreender que a diversidade muitas vezes pode complicar, em um primeiro momento, os processos críticos de grupo, como comunicação e construção de consenso, mas traz soluções mais completas ao paciente; garantir um clima de equipe para inovação, ou seja, um percepção compartilhada de como um grupo pode inovar é positivo para o desempenho da equipe; entender que a liderança deve ser demonstrada por meio do comportamento, ou seja, comunicar as metas e valores para a equipe e organizando a equipe para garantir o progresso; estar pronto para a mudança, ou seja, entender a percepção do time sobre a necessidade de mudança organizacional constante (GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013).

O *MD Anderson*, um *cancer center* de referência nos Estados Unidos, está organizado em torno de unidades de prática integradas desde 1992, com especialistas e subespecialistas em várias disciplinas médicas, prestando atendimento a pacientes em centros de atendimento multidisciplinares (MIDDLETON et al., 2014). Patologistas com experiência em subespecialidades são membros essenciais de cada equipe de atendimento multidisciplinar. Dessa forma, conseguem obter o diagnóstico correto e o plano de tratamento na visita inicial, fundamental para o resultado de cada paciente (MIDDLETON et al., 2014).

2.2.4 Mensuração da performance e gestão da qualidade

O Quadro 10 apresenta as práticas de mensuração da performance e gestão da qualidade representados na literatura, apontando o autor que cita a prática em ordem do mais recente para o mais antigo, a descrição da prática e o respectivo benefício. Ao final da seção, é apresentado o Quadro 11, que representa a síntese das práticas identificadas e seus autores correspondentes. Na sequência, são detalhadas algumas práticas que se destacaram ao longo da revisão na íntegra dos textos.

Quadro 10 – Práticas de mensuração da performance e gestão da qualidade

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
(DAS et al., 2020)	Melhoria da qualidade *Quality improvement (QI) initiatives*	Disciplina que engloba estratégias e ferramentas para identificar oportunidades de intervenção e melhorias.	Reduz o erro médico e aumenta a eficiência do atendimento por meio da metodologia *Plan-Do-Study-Act.*	3
(DAS et al., 2020)	Pesquisa em serviços de saúde *Health Services Research*	Campo de estudo multidisciplinar que busca identificar a maneira mais eficaz de organizar, fornecer e financiar os cuidados de saúde.	Maximiza a qualidade e o valor dos cuidados tanto a nível individual como populacional. Identificação de lacunas no atendimento ou áreas de melhoria e apoio no desenvolvimento de intervenções destinadas a melhorar o atendimento geral.	3
(SHUNG; BYRNE, 2020)	Inteligência artificial *Artificial intelligence*	Automação da entrada de dados para medidas de qualidade.	Melhora da experiência do provedor, diminuição da carga de documentação, melhora da qualidade da colonoscopia ao detectar pólipos adenomatosos e diminuição dos custos associados aos procedimentos.	3
(BROWN et al., 2019)	Pontuação do índice de qualidade *Quality index score (QIS)*	Índice desenvolvido a partir de 5 indicadores de desfecho *(outcome)*	Define valor como QIS hospitalar dividido pela média das despesas hospitalares. Permite comparar os centros de alto valor (quintil superior) com centros de baixo valor (quintil inferior).	2
(ELSAID et al., 2019)	Metodologias de melhoria contínua *Continuous improvement methodologies*	Inclui a metodologia *Plan-Do-Study-Act (PDSA)*, mapas de fluxo de processos, com análises de tempo, identificação de oportunidades de melhoria, análise de causa raíz por diagrama causa-efeito e desenvolvimento de soluções pelos times multidisciplinares.	Permite redução do atraso na administração de quimioterapia em 3 afiliados clínicas.	3
(ROMANUS et al., 2009b)	Análise de aderência aos guidelines *NCCN Guideline Concordance*	Faixas de concordância aos *guidelines* em percentual.	Medição da concordância com os cuidados direcionados às diretrizes e a avaliação da adesão às medidas de qualidade.	2
(DUBOIS; WESTRICH,	*Frameworks* para aferição de valor	Estruturas que auxiliam pacientes, médicos e	Dado o potencial de tais estruturas de impactar na	2

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
2019)	nos cuidados de saúde	pagadores enquanto avaliam o valor relativo dos tratamentos e serviços de saúde.	tomada de decisão do pagador e fornecedor, bem como no acesso do paciente aos tratamentos necessários, é fundamental avaliar se as estruturas existentes estão à altura do desafio de medir o valor com precisão e informar com segurança as decisões de saúde. Cada estrutura tem pontos fortes e limitações, todas têm oportunidades claras de melhorias e nenhuma está totalmente amadurecida e pronta para apoiar a tomada de decisões em saúde.	
(DIVI et al., 2018a)	Modelo A3	Ferramenta usada para melhoria do tempo de atravessamento do paciente.	Redução de tempo de atraso na avaliação dentária e extração dos dentes, nas consultas de oncologia por radiação e por envolvimento inadequado do paciente.	1
(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	*Framework* de Dodabendian	Define três tipos de medidas de qualidade: estrutura, processo e resultados.	Embora todos os tipos de medidas sejam relevantes para o tratamento do câncer, a maioria das medidas disponíveis concentra-se nos processos porque são mais fáceis de desenvolver, implementar e interpretar.	2
(MARTIN et al., 2015)	Conjunto padrão de resultados de saúde multidimensionais centrados no paciente *Multidimensional patient-centered health outcomes*	Conjunto de padrões recomendado que representa quem deve ser rastreado, o que deve ser medido e em que pontos de tempo, e quais dados são necessários para fazer comparações significativas.	Medir, relatar e comparar resultados idênticos em tratamentos e centros de tratamento fornecerá aos pacientes e provedores informações para tomar decisões de tratamento informadas.	1
(MAYER et al., 2015)	Diretrizes de prática clínica, métricas de qualidade e projetos de melhoria de desempenho *Clinical practice guidelines, quality metrics, and performance improvement projects*	São as principais ferramentas do movimento nacional para melhorar e assegurar cuidados oncológicos de qualidade.	Cada um desses instrumentos de avaliação se destina a avaliar a qualidade de uma perspectiva única, incluindo o provedor individual, a prática / hospital e o sistema de saúde.	2
(MAYER et al., 2015)	Iniciativa de Prática Oncológica de	Uma ferramenta desenvolvida para medir a qualidade do	Maneiras mais eficazes de disseminar recomendações de diretrizes e melhores	2

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
	Qualidade *Quality Oncology Practice Initiative (QOPI)*	tratamento do câncer e avaliar a adesão às diretrizes nas práticas acadêmicas e comunitárias.	métodos de avaliação de cuidados de sobrevivência de qualidade em todo o país.	
(MAYER et al., 2015)	Estrutura, processos, desfechos clínicos, custos e desfechos reportados pelo paciente *Structure, process, clinical outcome, cost, patient-reported outcome*.	Estrutura: mede as configurações nas quais os médicos praticam recursos e estrutura organizacional. Processos: mede a entrega em circunstâncias definidas (triagem, avaliação psicossocial, planejamento de cuidados); Desfechos clínicos: mede a saúde pessoal e o estado funcional como consequência da interação com o sistema de cuidados à saúde; Custo: mede os recursos necessários para fornecer cuidados e o efeito sobre o paciente, família e pagadores; Desfecho reportado pelo paciente: mede os recursos necessários para fornecer cuidados e o efeito sobre o paciente, família e pagadores.	Identifica a infraestrutura central necessária para atendimento de alta qualidade, encoraja cuidados baseados em evidências, permite a avaliação de vários pontos de cuidado, permite que as partes pesem os valores relativos de opções de tratamento quando combinado com medidas de resultado, integra a voz do paciente nas decisões médicas.	2
(ROCQUE et al., 2019b)	Quadro conceitual: *Conceptual framework: Donabedian's domain of healthcare quality*	Qualidade estrutural: refere-se aos ambientes nos quais o cuidado ocorre, incluindo a adequação de instalações e equipamentos, qualificações e organização da equipe médica e viabilidade fiscal; Qualidade do processo: refere-se à adequação e pontualidade do atendimento e a entrega das melhores práticas ou intervenções baseadas em evidências; Qualidade do resultado: é medida em termos de recuperação, restauração da função e sobrevivência	Melhoria da qualidade e valor nos resultados da prestação de cuidados de saúde.	2

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
		após a administração de cuidados médicos e reflete os resultados da assistência prestada.		
(ROCQUE et al., 2019b)	Modelos de cuidado baseado em valor *Value-based care-delivery models*	Relação entre a qualidade da assistência prestada ao paciente e o custo da prestação dessa assistência.	Adequação aos novos métodos de reembolso e possibilidade de medição de desfechos e custos.	2
(ROCQUE et al., 2019b)	Metodologia *Lean*	Oferece um kit de ferramentas robusto para dar suporte ao gerenciamento *Lean*, com uma mistura confusa de terminologia em japonês e inglês, como *catchball, gemba e kaizans.*	A ênfase na redução de resíduos é particularmente adequada para melhorar os resultados econômicos e de experiência do paciente, o que, secundariamente, pode resultar em melhores resultados de saúde. O *Lean* possui componentes operacionais e de gerenciamento, embora o sucesso dependa da adoção de ambos.	2
(VALUCK et al., 2017)	Oportunidades de medição transversal de alta prioridade para tratamento do câncer *High-Priority Cross-Cutting Measurement Opportunities for Cancer Care*	Medidas estruturais, avaliação e gestão, medidas de segurança, medidas de resultados clínicos, medidas de resultados relatados pelo paciente.	Reduzir a alta variabilidade na prestação de cuidados; oportunidades para melhores planejamentos do cuidado, coordenação e gestão centrada no paciente; e redução de custos significativa.	2
(BUNNELL et al., 2014)	Métricas de referência para melhorar a pontualidade no cuidado do câncer de mama *Baseline measures to improve timeliness of Breast Cancer Care*	Métricas criadas a partir de um conjunto de dados para avaliar a pontualidade e variabilidade dos tempos entre as etapas do cuidado.	Esses indicadores auxiliam na avaliação da qualidade da coordenação do cuidado às pacientes com câncer de mama.	2
(ROMANUS et al., 2009a)	Medidas de qualidade ASCO/NCCN *ASCO/NCCN Quality Measures*	Definição de um conjunto básico de medidas de qualidade.	Permite medição e monitoramento da qualidade do atendimento.	2

Fonte: A autora (2023).

Quadro 11 – Síntese das práticas de mensuração da performance e gestão da qualidade

Prática	Revisão	(DAS et al., 2020)	(SHUNG; BYRNE, 2020)	(ELSAID et al., 2019)	(ROMANUS et al., 2009b)	(DUBOIS; WESTRICH, 2019)	(DIVI et al., 2018)	(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	(MARTIN et al., 2015)	(MAYER et al., 2015)	(ROCQUE et al., 2019b)	(VALUCK et al., 2017)	(BUNNELL et al., 2014)	(ROMANUS et al., 2009a)
Iniciativas de melhoria da qualidade *Quality improvement (QI) initiatives*	3	X												
Pesquisa em serviços de saúde *Health Services Research*	3	X												
Inteligência artificial *Artificial intelligence*	3		X											
Metodologias de melhoria contínua *Continuous improvement methodologies*	3			X										
Análise de aderência aos guidelines *NCCN Guideline Concordance*	2				X									
Frameworks para aferição de valor nos cuidados de saúde	2					X								
Modelo A3	1						X							
Framework de Dodabendian	2							X						

Prática	Revisão	(DAS et al., 2020)	(SHUNG; BYRNE, 2020)	(ELSAID et al., 2019)	(ROMANUS et al., 2009b)	(DUBOIS; WESTRICH, 2019)	(DIVI et al., 2018)	(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	(MARTIN et al., 2015)	(MAYER et al., 2015)	(ROCQUE et al., 2019b)	(VALUCK et al., 2017)	(BUNNELL et al., 2014)	(ROMANUS et al., 2009a)
Conjunto padrão de resultados de saúde multidimensionais centrados no paciente *Multidimensional patient-centered health outcomes*	1								X					
Diretrizes de prática clínica, métricas de qualidade e projetos de melhoria de desempenho *Clinical practice guidelines, quality metrics, and performance improvement projects*	2									X				
Iniciativa de Prática Oncológica de Qualidade *Quality Oncology Practice Initiative (QOPI)*	2									X				
Estrutura, processos, desfechos clínicos, custos e desfechos reportados pelo paciente *Structure, process, clinical outcome, cost, patient-reported outcome.*	2									X				
Quadro conceitual *Conceptual framework: Donabedian's domain of healthcare quality*	2										X			

Prática	Revisão	(DAS et al., 2020)	(SHUNG; BYRNE, 2020)	(ELSAID et al., 2019)	(ROMANUS et al., 2009b)	(DUBOIS; WESTRICH, 2019)	(DIVI et al., 2018)	(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	(MARTIN et al., 2015)	(MAYER et al., 2015)	(ROCQUE et al., 2019b)	(VALUCK et al., 2017)	(BUNNELL et al., 2014)	(ROMANUS et al., 2009a)
Modelos de cuidado baseado em valor *Value-based care-delivery models*	2										X			
Metodologia *Lean*	2										X			
Oportunidades de medição transversal de alta prioridade para tratamento do câncer *High-Priority Cross-Cutting Measurement Opportunities for Cancer Care*	2											X		
Métricas de referência para melhorar a pontualidade no cuidado do câncer de mama *Baseline measures to improve timeliness of Breast Cancer Care*	2												X	
Medidas de qualidade ASCO/NCCN *Quality Measures*	2													X

Fonte: A autora (2023).

À medida que o ecossistema de oncologia muda de cuidados baseados em serviços para resultados e cuidados baseados em valor, as partes interessadas explicitam preocupações sobre a falta de dados dos resultados (JOHNSON et al., 2020). Se não se mede qualidade, identificar lacunas no desempenho e avaliar até que ponto os esforços de melhoria atenuam essas lacunas se torna inviável. Embora todos os tipos de medidas de desempenho sejam relevantes para o cuidado do câncer, a maioria das medidas disponíveis se concentra em processos porque são mais fáceis de desenvolver, implementar e interpretar (GANZ; HASSETT; MILLER, 2016).

A medição da qualidade tem sido cada vez mais importante em cuidados de saúde, inclusive com reembolsos de cuidados de saúde frequentemente vinculado ao desempenho nas medidas de qualidade (ROCQUE et al., 2019b). Os métodos de melhoria da qualidade têm sido apontados como estratégias para redução dos erros médicos e aumento da eficiência na prestação do cuidado (DAS et al., 2020) e para redução dos atrasos na administração de medicações no cuidado ao paciente oncológico (ELSAID et al., 2019). Ferramentas *do Lean* também tem sido adotadas para melhoria da qualidade (ROCQUE et al., 2019b; DIVI et al., 2018).

Quanto ao desafio de aferição de desfechos, o *International Consotioum of Health Outcomes Measurement* (ICHOM) vem desenvolvendo uma série de protocolos de aferição de desfechos para um conjunto de condições de saúde. Martin et al. (2015) apresentam uma dessas construções especificamente para o contexto do paciente com câncer de próstata. No contexto da agenda de valor, embora os *frameworks* para medição de valor sejam ferramentas potenciais que podem ser consideradas para a tomada de decisões em saúde (DUBOIS; WESTRICH, 2019) junto aos modelos de cuidado baseados em valor (ROCQUE et al., 2019b), nenhuma delas deve ser a única para essas decisões, considerando suas limitações (DUBOIS; WESTRICH, 2019).

Para Brown et al. (2019), os relacionamentos complexos entre os indicadores de qualidade são um grande motivo pelo qual muitos não conseguiram avaliar valor com precisão e se concentraram em um resultado único para a melhoria da qualidade.

2.2.5 Rede e integração

O Quadro 12 apresenta as práticas de rede e integração representados na literatura, apontando o autor que cita a prática em ordem do mais recente para o mais antigo, a descrição da prática e o respectivo benefício. Ao final da seção, é apresentado o Quadro 13, que representa a síntese das práticas identificadas e seus autores correspondentes. Na sequência, são detalhadas algumas práticas que se destacaram ao longo da revisão na íntegra dos textos.

Quadro 12 – Práticas de rede e integração

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
(DANIEL; VARGHESE, 2019b)	Integração de rede	Hospitais privados com visão comum devem tentar integrar e formar centros de câncer em rede, compartilhando a carga de tratamento e o orçamento.	Aumenta o potencial para expandir e adquirir novas modalidades de diagnóstico e tratamento, em vez de duplicar desnecessariamente serviços semelhantes.	2
(WILLIAMS et al., 2019a)	Centralização do cuidado ao câncer *Centralization of cancer care*	Uma estrutura centralizada para o tratamento do câncer.	No contexto de neoplasias geniturinárias por provedores de alto volume, viabiliza maior volume de cirurgias de câncer, menor morbidade e melhores resultados de sobrevivência.	3
(HARTUNG et al., 2016)	Acordo de co-gerenciamento de serviços *Co-management services agreement (Co-MSA)*	Criação de métricas de qualidade de atendimento de câncer acordadas, um fórum para discussão de supervisão de linha de serviço e atendimento virtualmente integrado sem emprego institucional de oncologistas.	Permite interação significativa entre organizações em torno da supervisão da diretoria médica, projetos de melhoria de desempenho e um ambiente para revisar e discutir a qualidade clínica e tópicos de gestão importantes para ambas as organizações.	2

Fonte: A autora (2023).

Quadro 13 – Síntese das práticas de rede e integração

Prática	Revisão	(DANIEL; VARGHESE, 2019b)	(WILLIAMS et al., 2019)	(HARTUNG et al., 2016)
Integração de rede	2	X		
Centralização do cuidado ao câncer *Centralization of cancer care*	3		X	
Acordo de co-gerenciamento de serviços *Co-management services agreement (Co-MSA)*	2			X

Fonte: A autora (2023).

Para Silva; Malik (2019), para que a produção de valor englobe todo o ciclo de cuidado, a integração assistencial deve ocorrer em todas as organizações que façam parte da cadeia de valor para dada condição médica. Esse apontamento para integração como estratégia para melhoria da assistência também é feito por Daniel; Varghese (2019b), que adicionam ainda uma esperada redução de custos dos serviços prestados, uma vez que a integração aumenta o potencial para expandir e adquirir novas modalidades de diagnóstico e tratamento em vez de duplicar desnecessariamente serviços semelhantes em vários pontos da rede.

As organizações com mais capacidade de entregar valor devem ter abrangência regional ou até nacional, pois com maior volume de casos, há a tendência de acúmulo de experiências, especialização de equipes e instalações, maior capacidade de produzir conhecimento e aumento da eficiência, por meio do ganho de escala nas compras e diluição dos custos administrativos (SILVA; MALIK, 2019). A integração também melhorará sua capacidade de negociação com fornecedores, bem como reduzirá a concorrência prejudicial à saúde entre hospitais. Todos esses benefícios podem levar a um melhor atendimento ao paciente (DANIEL; VARGHESE, 2019).

Em um sentido oposto a configuração de rede, mesmo que integrada, surge o argumento de centralização do cuidado, pontuado por Williams et al. (2019), que são também a aposta das estruturas de centros de câncer. Em um caso analisado por Williams et al. (2019), no contexto de neoplasias geniturinárias por provedores de alto volume, a centralização viabilizou maior utilização de cirurgia de câncer, menor morbidade e melhores resultados de sobrevivência. Essa dicotomia de nível de integração no projeto de rede também ficou evidenciada nas entrevistas aos especialistas, descrita no Capítulo 5, quando parte dos entrevistados propôs um cuidado integral através de uma rede integrada, enquanto outra parte afirmou que a integralidade só seria possível a partir de uma integração física do cuidado.

2.2.6 Organização

O Quadro 14 apresenta as práticas de organização representados na literatura, apontando o autor que cita a prática em ordem do mais recente para o mais antigo, a descrição da prática e o respectivo benefício. Em seguida, é apresentado o Quadro 15, que representa a síntese das práticas identificadas e seus autores correspondentes. Na sequência, são detalhadas algumas práticas que se destacaram ao longo da revisão na íntegra dos textos.

Quadro 14 – Práticas de organização

Autor	Prática	Descrição	Benefícios	Revisão
(DANIEL; VARGHESE, 2019)	Treinamento de habilidades de comunicação adequadas	Treinamento da equipe para envolvimento em cuidados paliativos no início do diagnóstico de câncer.	Ajuda os oncologistas na comunicação com o paciente e a família, bem como fornecer cuidados holísticos.	2
(ZERILLO et al., 2018)	Treinamento da equipe de linha de frente na melhoria da qualidade	Treinamento em ferramentas de melhoria: termo de abertura do projeto e declaração do problema; elementos eficazes da equipe; mapa de processos; diagrama de causa e efeito; dados de diagnóstico; definição de medida (resultado, processo, e equilíbrio); declaração de objetivo; coleção de dados; mudar a priorização (matriz de prioridade / *payoff*); mudança iterativa por meio de Ciclos *Plan-Do-*	Participação de 129 *trainees* em 56 projetos de melhoria da qualidade ao longo de 7 anos.	2

	Study-Act (PDSA); e sustentando a mudança.

Fonte: A autora (2023).

Quadro 15 – Síntese das práticas de organização

Prática	Revisão	(DANIEL; VARGHESE. 2019)	(ZERILLO et al., 2018)
Treinamento de habilidades de comunicação adequadas	2	X	
Treinamento da equipe de linha de frente na melhoria da qualidade	2		X

Fonte: A autora (2023).

A categoria de estratégias organizacionais foi a menos identificada nos resultados selecionados da literatura. Os dois autores identificados mencionavam práticas fundamentalmente relacionadas a treinamento da equipe, tanto na habilidade de comunicação (DANIEL; VARGHESE, 2019), quanto na capacidade de identificar problemas e projetar soluções para melhorar a qualidade da assistência (ZERILLO et al., 2018).

2.3 Contribuições das práticas identificadas na literatura para a concepção do modelo

No escopo da tese, o levantamento das práticas a partir da literatura permitiu compreensão do campo de pesquisa tanto para identificação dos constructos que fizeram parte do modelo, quanto para a elaboração das próximas fases da pesquisa, especialmente no que tange a elaboração do questionário semiestruturado para a fase de entrevistas.

As práticas aqui representadas foram identificadas no contexto do projeto e gestão do cuidado integral ao paciente, de forma que todas tem interação com o paciente em maior ou menor grau ou tem como objetivo viabilizar o seu cuidado. Algumas das práticas interagem

de maneira direta com o paciente e, portanto, recebem/absorvem suas perspectivas diante do tratamento e sobre o serviço. Como exemplo de relações diretas com o paciente, temos as práticas de programação do cuidado e acompanhamento do paciente e algumas práticas de gestão da informação, como o Health e os portais do paciente. Como exemplo de práticas com relações indiretas, como viabilizadoras das demais, temos as práticas de rede e integração e tecnologia de processos.

Apesar de uma interação menos direta, esses viabilizadores são fundamentais e são igualmente percebidos pelo paciente. Quando uma rede de cuidado é fragmentada ou os processos de cuidado não são projetados de maneira centrada no paciente, o primeiro efeito percebido pelo paciente são dificuldade de acesso aos serviços e aos profissionais, tempos mais longos de atravessamento, agravamento da sua condição de saúde em decorrência das consequências anteriores.

O quadro 16 apresenta a compilação das práticas, de forma que práticas similares ou semelhantes foram agrupadas. O agrupamento foi possível a partir da descrição das práticas e dos seus benefícios de uso. Os autores que mencionaram as práticas estão devidamente representados para rastreio da decisão de agrupamento no escopo da tese. Identificou-se que 76% (n=19) das práticas que apareceram na literatura foram também mencionadas nas entrevistas. Os resultados das entrevistas somente foram apresentados no capítulo 4, mas ao quadro 15 antecipa a identificação dessa interseção entre literatura e prática para orientação do leitor quanto à sobreposição entre as práticas identificadas a partir das etapas conduzidas na tese.

As práticas que foram identificadas na literatura e foram mencionadas nas entrevistas foram entendidas como relevantes para a construção do modelo. Aquelas que não foram mencionadas nas entrevistas foram criteriosamente avaliadas nos grupos focais, para avaliar sua pertinência na construção do artefato.

Quadro 16 – Registro da compilação das práticas identificadas na literatura

Categoria	Prática	Ocorrências	Autores	Mencionada nas entrevistas?	Adotada no modelo?
Tecnologia de processos	*Clinic workflow*	1	(MANJUNATHAN et al., 2020)	Sim	Sim
	Clinical Guidelines	4	(OSTBY et al., 2020), (ABRAHAMS et al., 2017), (ROMANUS et al., 2009a), (BROWMAN et al., 1995)	Sim	Sim
	Pathways	6	(BROOKS et al., 2019), (CHAWLA et al., 2019), (ABRAHAMS et al., 2017), (VALUCK et al., 2017), (BOSSERMAN, 2016)(VAN HOEVE et al., 2014)	Sim	Sim
	Palliative care and survivorship	3	(DANIEL & VARGHESE, 2018), (PARTRIDGE et al., 2014), (GARCIA et al., 2016)	Sim	Sim
	Tempos de atravessamento	1	(BUNNELL et al., 2014)	Sim	Sim
Gestão da informação e sistemas	*eHealth*	2	(MIETTINEN; TENHUNEN, 2020), (PENEDO et al., 2020)	Não	Não
	Electronic health records (EHRs)	2	(MCCLEARY et al., 2018), (MAYER et al., 2015)	Sim	Sim
	Patient portals (PPs)	1	(MCCLEARY et al., 2018)	Não	Não
Programação do cuidado	*Multidisciplinary care*	12	4x(CORTER et al., 2019), (DANIEL; VARGHESE, 2019a), (THOMPSON-LASTAD et al., 2019), (WANG; MALAYIL LINCOLN; CHEN, 2019)(WILLIAMS et al., 2019), (MISRA-HEBERT et al., 2018a), (BUNNELL et al., 2014), (GORT; BROEKHUIS; REGTS, 2013), (UENO et al., 2010)	Sim	Sim
	Shared decision making	3	(ROCQUE et al., 2019a)(MISRA-HEBERT et al., 2018a)(SPATZ et al., 2017)	Sim	Sim
	Full cycle of care model	1	(ZHU, 2018)	Sim	Sim
	Patient education	1	(CIPOLAT MIS et al., 2015)	Não	Não
	Second-opinion pathologic review	1	(MIDDLETON et al., 2014)	Sim	Sim

Mensuração da performance e gestão da qualidade	*Quality improvement initiatives*	7	(DAS et al., 2020), (ELSAID et al., 2019), 2x(MAYER et al., 2015a), (MAYER et al., 2015b), (VALUCK et al., 2017), (BUNNELL et al., 2014), (ROMANUS et al., 2009a)	Sim	Sim
	Health Services Research	1	(DAS et al., 2020)	Não	Não
	Artificial intelligence	1	(SHUNG; BYRNE, 2020)	Não	Não
	Guideline Concordance	1	(ROMANUS et al., 2009b)	Sim	Sim
	Dodabendian Framework	2	(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016), (ROCQUE et al., 2019b)	Sim	Sim
	Value-based care-delivery models	4	(DUBOIS; WESTRICH, 2019), (MARTIN et al., 2015), (MAYER et al., 2015), (ROCQUE et al., 2019b)	Sim	Sim
	Lean	2	(DIVI et al., 2018), (ROCQUE et al., 2019b)	Não	Não
Rede e integração	*Integration*	1	(DANIEL; VARGHESE, 2019b)	Sim	Sim
	Centralization of cancer care	1	(WILLIAMS et al., 2019)	Sim	Sim
	Co-management services agreement	1	(HARTUNG et al., 2016)	Sim	Sim
Organização	*Communication*	1	(DANIEL; VARGHESE, 2019)	Sim	Sim
	Quality improvement training	1	(ZERILLO et al., 2018)	Sim	Sim
	Total	61			

Fonte: A autora (2023).

3. Valor em saúde para o paciente oncológico

Este capítulo concentra-se em descrever os resultados da revisão sistemática 3, referente aos conceitos e práticas de valor em saúde para o paciente oncológico, mas também traz pontos-chave sobre o contexto do tema que emergiram da revisão 1. A partir dos resultados da revisão 3 foi possível categorizar os principais temas abordados na literatura, de forma que o Quadro 17, Quadro 18, Quadro 19 e Quadro 20 representam as categorizações desses textos do ponto de vista dos temas centrais na seção 4.2. Ao final do capítulo, na seção 4.3, é feita uma breve discussão acerca da maturidade das organizações no que tange à implantação da agenda de VBHC, de forma a aproximar da tese a questão da aplicabilidade dos conceitos, que será mais detalhadamente discutida nos capítulos 5 e 6, no levantamento das práticas e na concepção do modelo.

3.1 Valor em *value-based healthcare*

Valor pode ser interpretado de várias formas, em uma ampla gama de disciplinas. Os economistas da saúde, por exemplo, definem o valor com base no que os indivíduos estariam dispostos a pagar para ter acesso a cuidados de saúde ou outros serviços. Considerando os princípios microeconômicos, a ideia de "disposição a pagar" precisa considerar o custo de oportunidade, isto é, de quanto as pessoas estão dispostas a abrir mão para obter esses benefícios extras para a saúde. Valor é, portanto, um conceito multidimensional que abrange diferentes aspectos, como utilidade, significado social e significado emocional, espiritual e monetário (CAMPOLINA, 2018).

Em *Value-Based Healthcare*, valor é o que importa para o paciente, representado pela fração desfechos sobre custo para entregar esses desfechos (PORTER; TEISBERG, 2006). Esses desfechos para qualquer condição de saúde podem ser organizados em uma hierarquia de três camadas, a saber: (1) estado de saúde alcançado ou mantido, (2) processo de recuperação e (3) sustentabilidade da saúde, cada uma composta por dois níveis, os quais são avaliados com métricas específicas (PORTER, 2010). Para Porter; Teisberg (2006), a transformação do cuidado baseado em valor deve se dar com base em seis elementos inter-relacionados: organização das suas unidades em práticas integradas (em inglês *Integrated*

practive unit - IPU), medir desfechos e custos para cada paciente, mover os pagamentos para ciclos de cuidado, integrar os cuidados entre os serviços de saúde, expandir o acesso a serviços de excelência, e por fim, ter acesso a uma plataforma de TI que atue como facilitadora no processo (PORTER; TEISBERG, 2006).

No entanto, avaliar o valor dos cuidados ou serviços de saúde não é tarefa trivial, pois as medidas tradicionais de resultados costumam estar inter-relacionadas, o que torna a questão de medição um desafio complexo. Apesar disso, desenvolver meios para quantificar e comparar os resultados é fundamental para a melhoria da qualidade e para traçar estratégias ou meios mais adequados para reduzir custos (BROWN et al., 2019). Um ponto importante destacado por Saunders (2019) é que muitas coisas na saúde são medidas, mas provavelmente não são medidas as coisas certas. Se realmente se quisesse colocar o paciente em primeiro lugar, se deveria medir as coisas que mais importam para os pacientes, incluindo os resultados de longo prazo de sua doença e tratamento (SAUNDERS, 2019).

Nos Estados Unidos, por exemplo, essa mudança em direção ao atendimento baseado em valor tem sido uma estratégia adotada para redução de custos e aumento dos resultados para os pacientes. Várias organizações desenvolveram estruturas de avaliação de valor para ajudar pacientes, médicos e pagadores na jornada de medir o valor relativo dos tratamentos e serviços de saúde (DUBOIS; WESTRICH, 2019) e para apoiar os processos de decisão multissetorial, dentre as quais se destacam a *European Society of Medical Oncology* (ESMO), a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), o Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) e o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN). No entanto, essas estruturas de valor são recorrentemente criticadas por inconsistências, incapacidade de incluir uma maior variedade de critérios de valor e explicação inadequada da abordagem de incerteza e ajuste de risco usados no processo de modelagem (CAMPOLINA, 2018).

Para algumas condições de saúde, as tomadas de decisão baseadas em valor poderiam ser feitas sem o auxílio de sistemas formais de apoio à decisão, usando-se apenas abordagens intuitivas. Porém, quando vários fatores podem estar envolvidos nas decisões e resultados de saúde, como em oncologia, muitas escolhas são complexas e envolvem várias opções terapêuticas que implicam em vários graus de preferência para pacientes e profissionais de saúde. Nesse contexto, usar estruturas formais para avaliação de valor pode contribuir para a decisão. Algumas das principais contribuições de um sistema de apoio à decisão são permitir uma abordagem centrada no paciente, facilitar processos deliberativos, auxiliar no acesso a

evidências relevantes e melhorar a eficácia da tomada de decisão (CAMPOLINA, 2018).

O Quadro 17 apresenta a síntese das organizações que projetaram estruturas para avaliação de valor dos cuidados de saúde encontrados nos textos revisados. Quando explicitamente mencionado pelo autor, é também mencionado o objetivo da avaliação.

Quadro 17 – Organizações que projetaram estruturas para avaliação de valor

Autor	Organização	Objetivo
(DUBOIS; WESTRICH, 2019)	*Innovation and Value Initiative (IVI)*	-
(DUBOIS; WESTRICH, 2019) (MAYER et al., 2015)	*American Society of Clinical Oncology (AsCO)*	-
(DUBOIS; WESTRICH, 2019)	*National Health Council's Patient Centered Value Model Rubric*	-
(DUBOIS; WESTRICH, 2019) e (WILLKE et al., 2018)	*Institute for Clinical and Economic Review (ICER)*	Orientado para a cobertura do plano de saúde e decisões de reembolso, e também estima o impacto do orçamento no nível da população para abordar a acessibilidade quando aplicável (WILLKE et al., 2018).
(DUBOIS; WESTRICH, 2019) e (WILLKE et al., 2018)	*The American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)*	Orientado para apoiar o desenvolvimento de diretrizes (ou *guidelines*) (WILLKE et al., 2018).
(DUBOIS; WESTRICH, 2019) e (WILLKE et al., 2018) (CAMPOLINA, 2018) (GANZ; HASSETT; MILLER, 2016) (MAYER et al., 2015)	*National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*	Orientado para decisões compartilhadas por médicos e pacientes para terapias com uso de drogas contra o câncer (WILLKE et al., 2018).
(DUBOIS; WESTRICH, 2019) e (WILLKE et al., 2018) (CAMPOLINA, 2018)	*Memorial Sloan Kettering Cancer Center's DrugAbacus*	Concentra-se em medicamentos contra o câncer e é voltado para formuladores de políticas. Permite que os usuários especifiquem sua disposição a pagar por benefícios de saúde e a importância que atribuem aos custos de inovação e desenvolvimento (CAMPOLINA, 2018).
(GUPTA et al., 2019)	*Patient Health Value framework - UCLA (University of California,Los*	Estrutura para orientar a criação de valor: (1) identificar populações de pacientes com altos gastos e razões para gastar, (2) criar equipes de

Autor	Organização	Objetivo
	Angeles)	design para entender a história do paciente, (3) criar análises personalizadas e estratificação de risco com base em gastos e (4) desenvolver percursos de cuidados com base em níveis de risco de gastos.
(WILLKE et al., 2018) (CAMPOLINA, 2018); (GANZ; HASSETT; MILLER, 2016) (MAYER et al., 2015)	*The American Society of Clinical Oncology (ASCO) framework*	Orientado para decisões compartilhadas por médicos e pacientes para terapias de drogas contra o câncer (WILLKE et al., 2018).
(WILLKE et al., 2018)	*Avalere/Faster Cures Patient Perspective Value Framework (PPVF)*	Estrutura "centrada no paciente" que inclui um conjunto detalhado de elementos que podem ser importantes para a decisão de tratamento de um paciente.
(WILLKE et al., 2018)	*National Health Council's rubric*	-
(WILLKE et al., 2018)	*First and Second US Panels on Cost Effectiveness in Health and Medicine*	-
(WILLKE et al., 2018)	*European network for Health Technology Assessment*	-
(WILLKE et al., 2018) (CAMPOLINA, 2018)	*European Society for Medical Oncology (ESMO)*	Foca na tomada de decisão compartilhada (CAMPOLINA, 2018).
(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	*American College of Surgeons/ Commission on Cancer*	-
(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	*American Society of Hematology*	-
(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	*American Society for Radiation Oncology*	-
(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	*College of American Pathologists*	-
(GANZ; HASSETT; MILLER, 2016)	*National Hospice and Palliative Care Organization*	-

Fonte: A autora (2023).

Embora as avaliações de valor sejam importantes para a tomada de decisão em saúde,

nenhuma delas deve ser a única variável para essas decisões. Considerando suas limitações, devem ser, no máximo, apenas uma das muitas ferramentas na caixa de ferramentas, visto que cada estrutura tem pontos fortes e limitações, com oportunidades claras de melhorias, e nenhuma é totalmente madura e definitiva para apoiar a tomada de decisão em saúde (DUBOIS; WESTRICH, 2019).

Para Willke et al. (2018), os critérios para pertinência de uma estrutura para avaliação de valor em serviços de saúde são: validade, confiabilidade e fundamentos conceituais. As estruturas de mensuração de valor têm sido úteis para chamar a atenção de diversos interessados nas decisões do setor de saúde para critérios importantes. No entanto, dadas as diferentes preferências e incentivos das partes interessadas, é difícil para uma única estrutura representar todos os contextos de decisão relevantes. Assim, é importante para qualquer estrutura articular claramente a construção de valor que representa e o contexto de decisão no qual deve ser usada, e ser bem validada dentro dessa construção e contexto (WILLKE et al., 2018).

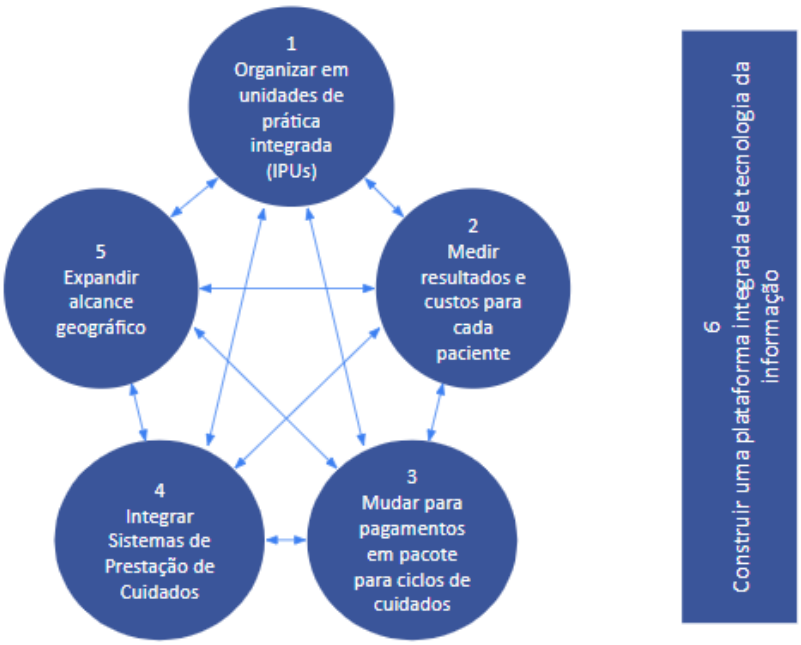
Para decisões em nível de plano sobre cobertura e reembolso, as estruturas devem se basear em princípios de alocação eficiente de recursos para maximizar a saúde ou o bem-estar da população, com possíveis concessões para considerações de equidade e heterogeneidade do acesso do paciente. As estruturas ao nível do paciente devem ser adaptadas para orientar as decisões de tratamento individuais para que os pacientes possam considerar e ponderar os fatores mais relevantes para suas preferências e restrições, dentro das restrições maiores impostas pelo seguradora usando regras de decisão em nível de plano (WILLKE et al., 2018).

Na linha de elucidar os fatores que essas estruturas precisam contemplar, Dubois; Westrich (2019) definiram 6 princípios básicos: (1) as avaliações de valor devem ser transparentes e reproduzíveis; (2) o valor é dinâmico e deve ser considerado e capturado como tal; (3) as avaliações de valor devem adotar perspectivas amplas do sistema que avaliam e na forma em que avaliam; (4) as avaliações de valor devem incorporar o que é importante para os pacientes, mesmo se o usuário final de uma estrutura for o pagador; (5) uma diversidade de abordagens de avaliações de valor que refletem as diferentes necessidades das partes interessadas deve ser preservada; as avaliações de valor devem refletir as preferências do usuário; (6) as avaliações de valor devem ser separadas das avaliações de impacto orçamentário e acessibilidade.

Quando avaliamos modelos que contribuam com a implantação de valor em saúde, o

que se destaca é o modelo de Porter; Lee (2013), que traz componente de uma agenda que deve ser considera no contexto do projeto e gestão de serviços de saúde. A agenda está representada na Figura 4.

Figura 4 – Componentes da agenda de valor



Fonte: adaptado de PORTER; LEE, (2013)

As componentes da agenda de valor estão descritas abaixo:

1. A primeira componente da agenda é organizar o serviço em torno do cliente e das suas necessidades. PORTER; LEE, (2013) denominam as estruturas que precisam ser projetadas de IPU (*integrated practice units*) ou unidades de prática integradas. Tais unidades devem todos os cuidados relacionados à condição clínica selecionada e contar com um time especializado e dedicado que assume a responsabilidade pelo ciclo completo de atendimento dos pacientes.
2. A segunda componente se refere à medicação. Os desfechos e os custos devem ser medidos ao nível da condição clínica em uma linha do tempo pré-definida para cobrir todo o ciclo de atendimento. Deve-se medir ambos os desfechos: PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) e PREMs (Patient-Reported Experience Measures).
3. A terceira componente se refere a mudança na lógica de remuneração. PORTER;

LEE, (2013) propõem a estrutura de *bundles* como modelos de remuneração nos quais um pagamento único cobre os serviços incluídos em um episódio de cuidado e as complicações decorrentes do atendimento durante o período pré-acordado. Para que seja considerado um modelo de remuneração baseado em valor, parte da remuneração do *bundle* deve estar atrelada à performance em relação aos desfechos obtidos (bonificação e/ou penalização).

4. A quarta componente da agenda de valor se refere à integração. As diferentes unidades de atendimento devem funcionar de forma integrada garantindo a continuidade da assistência durante todo o ciclo de cuidado. A participação de todos os envolvidos no desenho do modelo (co-criação) e a navegação dos pacientes são fundamentais para que não ocorra a fragmentação da assistência.
5. A quinta componente propõe que as UPIs que alcançarem excelente resultados devem aumentar sua abrangência de atendimento para outras áreas geográficas.
6. A última componente da agenda diz respeito à tecnologia de informação base para a operação do modelo. PORTER; LEE, (2013) propõem a construção de uma plataforma digital que permita a coleta e a integração da informação de dados clínicos, desfechos e custos e permita conectar o paciente ao time assistencial e ao navegador do cuidado e a geração de dashboards de acompanhamento do desempenho ao longo do ciclo do cuidado.

Em última análise, mas não menos importante, os pacientes são aqueles que serão afetados pela tomada de decisões de saúde baseada em valores e, por isso, é fundamental envolvê-los de forma significativa em todo o processo de desenvolvimento e avaliação da estrutura de medição de valor (DUBOIS; WESTRICH, 2019). O paciente deve ser a unidade funcional para o monitoramento de processos, custos e desfechos. No entanto, sistemas integrados não sustentarão a agenda de valor se essas informações não forem compartilhadas com a sociedade. A competição com base em valor tem como premissas a transparência dos dados, o desenvolvimento da cultura de prestação de contas e a participação dos cidadãos na tomada de decisão sobre os cuidados relacionados à sua saúde, o que contraria a cultura vigente no setor (SILVA; MALIK, 2019).

3.2 Valor para o paciente oncológico

A oncologia clínica está no meio de uma revolução genômica, à medida que os *insights* moleculares redefinem nossa compreensão da biologia do câncer. Os custos do tratamento do câncer continuam a crescer, com terapias responsáveis por uma proporção crescente de gastos. Os custos crescentes estão tornando o conceito de valor mais nítido e vem desafiando a comunidade oncológica com a implementação de cuidados oncológicos baseados em valores (BROOKS et al., 2019).

Os pagadores do setor público e privado impulsionam a mudança de um sistema baseado em volume para modelos baseados em valor com a expectativa de um atendimento de alta qualidade centrado no paciente e que promove flexibilidade e recursos para a melhoria da qualidade do provedor, com maior responsabilidade pelos resultados para o paciente (VALUCK et al., 2017). No contexto americano, foi proposto o *Oncology Care Model* (OCM), um modelo de pagamento alternativo focado na promoção do tratamento do câncer baseado em valor para os participantes do *Medicare* (ENNIS et al., 2019).

Os modelos de pagamento baseados em valor são de particular interesse em oncologia (BASCH; WILFONG; SCHRAG, 2020; CHAWLA et al., 2019; ROTHENBERG; MCCARTHY; HOLMES, 2020; SEYMOUR; DE SOUZA; FENDRICK, 2020; SONG et al., 2019), de um modo geral, por conta de alta variabilidade na prestação de cuidados, oportunidades para melhores planejamentos do cuidado, coordenação e gestão centrada no paciente e necessidade urgente de redução de custos (VALUCK et al., 2017).

No entanto, o conceito de valor no tratamento do câncer, definido como a medida dos resultados alcançados por custos incorridos, raramente consegue ser incorporado na medição de desempenho (BROWN et al., 2019). Lacunas nos conjuntos de medidas dos cuidados prestados podem causar dificuldades na identificação de problemas no atendimento e, consequentemente, oportunidades perdidas de melhoria. O que se observa na prática são *gaps* de medição do acesso do paciente a provedores e tratamento, particularmente relacionados a cuidados multidisciplinares (UENO et al., 2010) e cuidados paliativos (DANIEL & VARGHESE, 2018). Tampouco é verificada aderência ao planejamento e coordenação padronizados do cuidado, incluindo a compreensão dos achados clínicos e tomada de decisão compartilhada em todas as fases do diagnóstico ao tratamento e planejamento de sobrevivência (VALUCK et al., 2017).

Diante desse contexto e apesar de a agenda de valor não ser recente, a literatura aponta para uma discussão ainda centrada em difundir o papel de *value-based healthcare*, especialmente do ponto de vista da definição do conceito para o contexto do câncer, conforme síntese temática apresentada no Quadro 18. O Quadro 18 apresenta os principais temas afetos à difusão de VBHC, trazendo os autores que discutem o papel de VBHC, bem sua definição, autores que abordam os desafios da educação dos profissionais em VBHC e os autores que propõem ou aplicação alguma estrutura de VBHC na prática.

Quadro 18 – Principais temas relacionados a difusão de valor na revisão da literatura 3

	Classificação	Quantidade	Autores
Difusão de VBHC	Discutir o papel / definição de VBHC	41	(ALFANO et al., 2019; ALKHUDAIR et al., 2020; BASCH et al., 2020; BASCH; WILFONG; SCHRAG, 2020; BOSSERMAN, 2016; BYRD et al., 2015; CAFFREY, 2014; DIVI et al., 2018b; DOYLE et al., 2019; GARVELINK; VAN DER NAT, 2019; HARFOUCHE et al., 2017; JOHNSON et al., 2020; KARHADE et al., 2018; KOO; JACOBY, 2018; LEE et al., 2017; LENDNER, 2021a; LIEVENS; GRAU; AGGARWAL, 2019; MARCOUX; OST, 2020; MODI; HOLLENBECK; BORZA, 2018; MUIR GRAY, 2005; NABHAN; PHILLIPS; FEINBERG, 2019; POPAT; MCQUEEN; FEELEY, 2013; REINKE, 2016; ROCQUE et al., 2017; SACKMAN; KUCHENREUTHER, 2015; SAUNDERS, 2019; SCHAPIRA et al., 2020; SCHILDMANN, 2019; SCOTT; EMINGER, 2016; SERDIUK et al., 2018; SHARMA, 2014; SONG et al., 2019; SQUITIERI; BOZIC; PUSIC, 2017; STEINBERG et al., 2018; TAKES et al., 2020; TRAN et al., 2017; TSENG; HICKS, 2016; VAN EGDOM et al., 2019; VILLAFLOR; MASSARELLI, 2020; WHEELER; SPENCER; ROTTER, 2018; YOUNG et al., 2020)
	Ensino em VBHC	9	(HOLTZMAN et al., 2020; NAGLE; AAKHUS, 2020; RYSKINA et al., 2015; SAUNDERS, 2019; SHARMA, 2014; SØRENSEN et al., 2020; WAHIDI et al., 2020; WARD et al., 2017; ZANOTTI et al., 2019)
	Propor / aplicar estrutura VBHC	5	(EATON; JAGELS; MARTINS, 2016; JOHANSEN; SAUNDERS, 2017; PATEL et al., 2018; TECKIE; MCCLOSKEY; STEINBERG, 2014; VAN DEEN et al., 2017)

Fonte: A autora (2023).

Do ponto de vista econômico, a literatura aponta para uma preocupação centrada na mensuração de custos e na mudança da lógica de pagamentos ou reembolsos, conforme apresentado no Quadro 19. O Quadro 19 apresenta uma síntese dos temas afetos à custos no contexto de VBHC. Dessa forma, classifica os autores que criam um padrão novo para aferição de custos, aqueles que testam ou analisam um modelo pré-existente, aqueles que

descrevem modelos já reconhecidos no campo e aqueles que discutem modelos de remuneração ou pagamento.

Quadro 19 – Principais temas relacionados a custos na revisão da literatura 3

	Classificação	Quantidade	Autores
Custo e pagamento	Criar um padrão de aferição de custo	1	(CRAMER-VAN DER WELLE et al., 2021) CRAMER-VAN et al. (2021)
	Testar / analisar resultado da aplicação de um padrão de aferição de custo	26	(BARKLEY et al., 2019; BASTO; CHAHAL; RIEDEL, 2019; BATENI et al., 2019; CRAMER-VAN DER WELLE et al., 2019; DOYLE et al., 2019; DZIEMIANOWICZ; BURMEISTER; DOMINELLO, 2021; FAHIM et al., 2020; GOVAERT et al., 2016a, 2017; HARFOUCHE et al., 2017; HERTLER et al., 2020; ILG et al., 2016; KAPLAN et al., 2015; KELLER; ZHANG; CHAND, 2019; KLINK et al., 2019; KOEHLMOOS et al., 2019; KUKREJA et al., 2020, 2020; LENFANT et al., 2020; PRICE-HAYWOOD et al., 2021; RUSSELL et al., 2020; SMITH et al., 2020; SUIDAN et al., 2019; VLAHIOTIS et al., 2018; VUONG et al., 2018; WILLIAMS et al., 2018)
	Descrever um padrão de aferição de custo	7	(CRAMER-VAN DER WELLE et al., 2019; FIGUEROA et al., 2020; GOVAERT et al., 2015; LEE et al., 2017; ROCQUE et al., 2017; RODIN et al., 2017; SAUNDERS, 2019)
	Modelo de reembolso / pagamento	43	(BASCH; WILFONG; SCHRAG, 2020; BROOKS et al., 2019; CHAWLA et al., 2019; ROTHENBERG; MCCARTHY; HOLMES, 2020; SEYMOUR; DE SOUZA; FENDRICK, 2020; SONG et al., 2019; ABRAHAMS et al., 2017; SCOTT; EMINGER, 2016; STEINBERG et al., 2018; SHARMA, 2014; KOO; JACOBY, 2018; SQUITIERI; BOZIC; PUSIC, 2017; TSENG; HICKS, 2016; PATEL et al., 2018; FADER et al., 2016; AVIKI et al., 2018; AKHMETOV; BUBNOV, 2015; TALWAR et al., 2020; HUGHES et al., 2019; HALDER et al., 2020; LEUNG et al., 2018; THAKER; ORIO; POTTERS, 2017; KONSKI, 2017; PARTRIDGE et al., 2014; ARENCHILD; OFFODILE; REVERE, 2020; LIN et al., 2020; WALKER et al., 2020; PEARD et al., 2019; DOHERTY et al., 2019; GIVEN, 2019; LENDNER, 2021b; HOBBS et al., 2019; SAUNDERS et al., 2017; EREKSON; IGLESIA, 2015; PRINTZ, 2015; TRACY et al., 2020; KAPOOR et al., 2017; GORDAN et al., 2017; GORI et al., 2019; MILLER et al., 2017; FRENCH et al., 2016; REITBLAT et al., 2021; ROCQUE et al., 2018)

Fonte: A autora (2023).

Simultaneamente à mudança de volume para valor em oncologia, o protagonismo do cuidado tem sido um impulso para a atenção à saúde centrada no paciente. Para que uma infraestrutura de saúde seja considerada centrada no paciente, deve priorizar as necessidades e o tratamento do paciente, mas muitas das ferramentas usadas para apoiar a tomada de decisão do tratamento não têm necessariamente as necessidades dos pacientes como foco

principal e nem sempre são sensíveis à preferência do paciente (ABRAHAMS et al., 2017).

Relacionado à lógica de cuidado centrado no paciente, o campo da oncologia está também focado na implementação de estratégias como a de aferição de desfechos para melhorar o atendimento. No entanto, este processo de implementação e avaliação dos desfechos não é linear; ao contrário, é um processo cíclico em que, idealmente, a evidência é traduzida para a prática e a prática é revisada e melhorada com base na avaliação, o que, por sua vez, leva a novas hipóteses de pesquisa. Os *guidelines* de práticas clínicas, as métricas de qualidade e os projetos de melhoria de desempenho são as principais ferramentas desse movimento para melhorar e garantir atendimento de qualidade ao paciente com câncer (MAYER et al., 2015).

Medidas de desfecho precisam descrever o câncer (por exemplo, sobrevivência geral, regressão do tumor), a carga da doença (por exemplo, dor, dispneia, fadiga) e as toxicidades relacionadas ao tratamento (por exemplo, neuropatia, fertilidade, função cardíaca). Do ponto de vista econômico, os indicadores precisam descrever o custo financeiro da prestação de cuidados de saúde (para o paciente, sistema de saúde ou sociedade) em relação aos benefícios acumulados (ROCQUE et al., 2019b).

A melhoria da qualidade pode melhorar os resultados reduzindo o desperdício, diminuindo a variabilidade do cuidado e tornando os processos mais eficazes e eficientes. A reforma do atendimento com base no valor é baseada na suposição de que melhorar a qualidade pode reduzir custos (DAS et al., 2020). Dessa forma, as medidas de qualidade são consideradas um elemento-chave das reformas do pagamento. Elas ajudam os provedores a identificar oportunidades de melhoria e acompanhar a eficácia de esforços de melhoria ao longo do tempo. As medidas também ajudam a equilibrar incentivos financeiros, garantindo que os provedores mantenham cuidados de alta qualidade enquanto diminuem os custos (VALUCK et al., 2017).

Sobre os temas mais recorrentes na literatura, do ponto de vista dos desfechos, os a maioria dos autores testam um padrão de aferição de desfecho e analisam os resultados (n=22). Por não haver um consenso sobre a melhor técnica ou instrumento para aferição de desfechos, diversos autores também criam padrões (n=13). Alguns descrevem os padrões já existentes, por ainda não haver um entendimento único dos padrões mais consistentes para cada contexto e condição de saúde (n=14). A minoria discute como ajustar o risco na partida da aferição para comparação dos perfis de pacientes acompanhados (n=7). Os autores que abordam cada tema estão descritos no Quadro 20.

Quadro 20 – Principais temas relacionados ao numerador da fração de valor na revisão da literatura 3

	Classificação	Quantidade	Autores
Desfecho	Criar padrão de aferição de desfecho	13	(CORMIER; CROMWELL; POLLOCK, 2012; CRAMER-VAN DER WELLE et al., 2021; DRONKERS et al., 2020; HENNINK et al., 2013; KHALAFALLAH et al., 2020; KIM et al., 2018; KLINK et al., 2019; MARTIN et al., 2015; PARTRIDGE et al., 2014; PLICHTA et al., 2020; VAN EGDOM et al., 2019; WÜRNSCHIMMEL et al., 2021; ZERILLO et al., 2017)
	Testar / analisar resultado da aplicação de um padrão de aferição de desfecho	22	(CHERKAOUI et al., 2020; SEYMOUR; DE SOUZA; FENDRICK, 2020; KOEHLMOOS et al., 2019; WILLIAMS et al., 2018; KUKREJA et al., 2020; BATENI et al., 2019; PRICE-HAYWOOD et al., 2021; KELLER; ZHANG; CHAND, 2019; ONG et al., 2017; WYSONG et al., 2019; BUTCHER, 2011; REDONDO et al., 2019; SCHULER et al., 2017; LAGENDIJK et al., 2020; MCKEE et al., 2018; LAGENDIJK et al., 2018; MANZANO et al., 2018; ZAMANIPOOR NAJAFABADI et al., 2020; DOOLIN et al., 2020; FAHIM et al., 2020; KARSTEN et al., 2018; CRAMER-VAN DER WELLE et al., 2019)
	Descrever um padrão ou uso de padrão de aferição de desfecho	14	(EREKSON; IGLESIA, 2015; FADER et al., 2016; FRANKLIN et al., 2019; GORI et al., 2019; GOVAERT et al., 2016b; LOBATTO et al., 2019; MOSS; HAVRILESKY, 2018; MOTT, 2017; PHAN; HUNTER-SMITH; ROZEN, 2019; REDONDO et al., 2019; REESINK et al., 2020; SQUITIERI; BOZIC; PUSIC, 2017; WÜRNSCHIMMEL et al., 2021; ZERILLO et al., 2017)
	Ajuste de risco	7	(MISRA-HEBERT, 2017; PARTRIDGE et al., 2014; PLICHTA et al., 2020; ROTHENBERG; MCCARTHY; HOLMES, 2020; SHECKTER et al., 2019; SUBRAMANIAM; AALBERG; DIVINO, 2019; TAYLOR et al., 2019)

Fonte: A autora (2023).

Sobre os textos que abordam práticas que podem ser contempladas em modelos de cuidado integral, o que se observa é que a grande maioria descreve aplicações de pontuais das práticas (n=39), poucos avaliam modelos pré-existentes de cuidado integral (n=2) e nenhum projeta um modelo de cuidado integral com base em valor, conforme representado no Quadro 21.

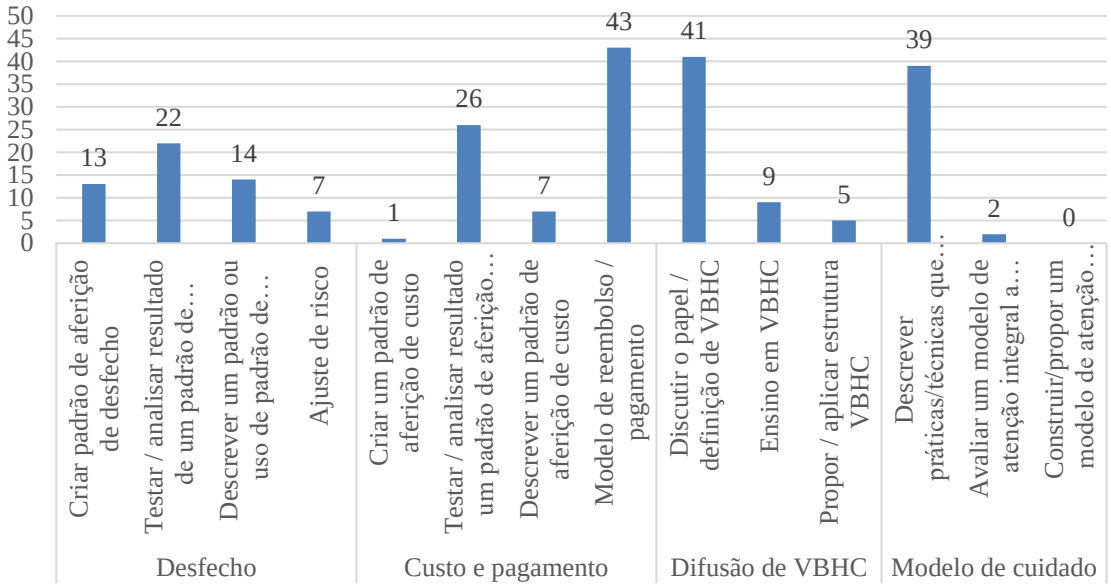
Quadro 21 – Principais temas relacionados a modelo de cuidado na revisão da literatura 3

	Classificação	Quantidade	Autores
Modelo de cuidado	Descrever práticas/técnicas que possam contribuir para o projeto de um modelo de atenção integral ao paciente oncológico	39	(SAUNDERS, 2019; GESKO; WORLEY; RINDAL, 2020; PORTER, 2008; GUPTA et al., 2019; ENNIS et al., 2019; CHAWLA et al., 2019; ABRAHAMS et al., 2017; DAS et al., 2020; TRAN et al., 2017; BOSSERMAN, 2016; DIVI et al., 2018b; VAN DEEN et al., 2017; PRICE-HAYWOOD et al., 2021; PARTRIDGE et al., 2014; BROOKS et al., 2017; WÜRNSCHIMMEL et al., 2021; MOTT, 2017; SHECKTER et al., 2019; MANJUNATHAN et al., 2020; LEITHNER et al., 2019; ELSAID et al., 2019; MIETTINEN; TENHUNEN, 2020; FROIS et al., 2019; SHEN; XIE; NAEIM, 2020; SHUNG; BYRNE, 2020; BOCCIA et al., 2019; HUGHES et al., 2017; WILLIAMS et al., 2019b; MCCRAY; GROBMYER; PEDERSON, 2017; MISRA-HEBERT et al., 2018a; RASPER; TERLECKI, 2016a; WANG; MALAYIL LINCOLN; CHEN, 2019; OSTBY et al., 2020; MIDDLETON et al., 2014; SPATZ et al., 2017; MISRA-HEBERT et al., 2018b; RESNICK et al., 2018; RASPER; TERLECKI, 2016b; REITBLAT et al., 2021; GONÇALVES, 2019)
	Avaliar um modelo de atenção integral a partir da agenda de valor	2	(FEELEY; ALBRIGHT; WALTERS, 2010; POLLOCK, 2008)
	Construir/propor um modelo de atenção integral com base em valor	0	-

Fonte: A autora (2023).

Como síntese dos temas identificados na literatura nessa revisão, foi construído o Gráfico 6, de forma que se pode observar a prevalência da discussão de custos, em especial sobre modelos de pagamento (n=43). Em segundo lugar, observa-se o elevado volume de textos que buscam difundir os conceitos de valor em saúde (n=41), sem aplicação ou teste de padrões de aferição de custos ou desfechos. Na categoria de modelo de cuidado, observa-se um maior volume de textos que abordam práticas que podem ser englobadas em um modelo de cuidado (n=39), mas apenas 2 analisam um modelo atenção integral usando a agenda de valor como referência e nenhum projeta um modelo com base nas premissas dessa agenda, evidenciando e reforçando o *gap* na literatura apontado na tese.

Gráfico 1 – Síntese dos temas abordados na revisão 3



Fonte: A autora (2023).

3.3 Maturidade das organizações de saúde na incorporação da agenda de valor

As revisões da literatura apontam para uma ausência de modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor, mas sinalizam tentativas das organizações de aderirem a elementos da agenda de valor proposta por Porter; Lee (2013). Um estudo representativo nesse sentido é o conduzido por Feeley; Albright; Walters (2010), onde avaliam a adequação de MD Anderson, um *cancer center* de referência, aos pontos preconizados na agenda de valor. Os autores comparam as práticas organizacionais a cada um dos sete princípios, do que chamam nesse artigo, de competição baseada em valor, a saber: (1) definir como objetivo da organização a entrega de valor ao paciente, (2) melhorar a qualidade como direcionador da redução de custos e melhora do valor entregue, (3) projetar a entrega de serviço em torno de todo o ciclo de cuidado, (4) garantir experiência, aprendizado e escala em torno de uma ou poucas condições médicas permite aumentar o valor, (5) eliminar serviços redundantes na rede e integrar as instalações geograficamente reduz os custos do cuidado, (6) medir e reportar desfechos e custos e (7) alinhar pagamento

/ reembolso a lógica de valor.

Ainda sobre o mesmo *cancer center*, Pollock (2008) destaca como a mudança em direção às propostas da agenda foram fundamentais para o reposicionamento estratégico do MD Anderson. Algumas das práticas implantadas que merecem destaque foram: protagonismo dos processos e ótimos globais, implantação de equipes multidisciplinares com liderança forte e aferição estruturada de resultados.

Na linha de se antecipar às mudanças na lógica de remuneração, Sheckter et al. (2019) descrevem a aplicação de alguns princípios dos cuidados baseados em valor no contexto da cirurgia reconstrutiva de câncer de mama e conseguem implementar um processo inclusivo e transparente para o envolvimento das partes interessadas, praticar objetivos de tratamento claros e explícitos, ancorar a prestação de cuidados à perspectiva do paciente e maximizar o valor entregue em todo o *continuum* de atendimento, otimizando a eficiência da operação e escalando as melhores práticas.

Em um esforço de incorporar as práticas da agenda de valor, Gupta et al. (2019) propõem passos para orientar a criação de valor: (1) identificar populações de pacientes com altos gastos e motivos associados aos gastos, (2) criar equipes para entender a história do paciente, (3) criar análises personalizadas e estratificação de risco baseado em gastos e (4) desenvolver caminhos de cuidado com base nos níveis de risco.

Em um cenário de política nacional, Saunders (2019) aponta a importância da agenda de valor em saúde no contexto australiano, mas sinaliza uma série de desafios, que exigem uma estratégia bem definida para que a mudança possa ser implantada. Para Saunders (2019), medir esta equação de valor exige entender a melhor maneira de sistematicamente e rotineiramente coletar informações clínicas consistentes e resultados relatados pelo paciente (PROs), identificar variações e lacunas nos serviços, comparar com outras práticas, implementar práticas clínicas aprimoradas, praticar quando necessário e testar novas intervenções e práticas, além de medir o custo de fazer isso. Destaca também que a chave para a transformação são plataformas eficazes de informática em saúde que integram conjuntos de dados em tempo real, conjuntos de dados padronizados que medem resultados clínicos e orientados ao paciente. Mas, para Saunders (2019), o passo mais importante é compreender e envolver as pessoas vinculadas ao cuidado - os médicos, os administradores dos serviços de saúde, aqueles que pagam pelos serviços e pelos próprios pacientes.

3.4 Contribuições das premissas da agenda de valor identificadas na literatura para a concepção do modelo

A agenda de valor de Porter (PORTER, 2008, 2010; PORTER; LEE, 2013) foi adotada enquanto referência de elementos de valor em saúde para incorporação no modelo. As categorias, decisões e práticas emergiram originalmente da literatura e das entrevistas, mas, no escopo do modelo, foram validadas e definidas de modo a garantir a adequação à agenda de valor proposta.

Vale destacar que o modelo não se limita à agenda de valor e avança em discussões de projeto de operações. Então, no escopo da tese, foram elencadas as contribuições que cada componente da agenda traz para as categorias de operações adotadas na construção do modelo, mas o modelo não se restringe a ela no seu escopo de utilização. As seis componentes são descritas abaixo:

- A primeira componente da agenda é a organização do serviço em torno do cliente e das suas necessidades. Esse conceito orientou a proposta de um *cancer center* enquanto estrutura no modelo, um dos elementos de projeto da categoria de rede a integração física. As categorias de organização, pesquisa e desenvolvimento e tecnologia de processos também adotam como base essa premissa da agenda de valor em seus elementos de projeto.
- A segunda componente se refere à medição. Essa orientação é base para as definições das práticas de mensuração e gestão da performance e sistema de qualidade.
- A terceira componente se refere a mudança na lógica de remuneração. Apesar de o projeto de mecanismos de remuneração não ter sido objeto do modelo e da tese, essa componente da agenda orientou o projeto de elementos da categoria de mensuração e gestão da performance.
- A quarta componente da agenda de valor se refere à integração. Essa premissa foi adotada como fundamento para o projeto da categoria de rede e integração, pesquisa e desenvolvimento, tecnologia de processo e programação e acompanhamento do paciente.
- A quinta componente propõe que as IPUs devem ter abrangência de atendimento para outras áreas geográficas. Essa orientação foi adotada como plano de fundo para a definição e projeto das práticas de rede e integração do modelo, bem como elementos das categorias de organização.

- A última componente da agenda diz respeito à tecnologia de informação base para a operação do modelo. Essa premissa foi adotada para a elaboração das práticas de tecnologia de processo, gestão da informação de sistemas e sistema de qualidade.

4. A realidade das organizações de saúde que praticam cuidado integral ao paciente oncológico

No escopo da tese, as entrevistas tiveram o propósito de complementar os elementos levantados na literatura, para trazer aspectos da realidade das organizações de saúde brasileiras para o projeto e reduzir, portanto, o gap entre a literatura e a prática. O que se observou a partir da condução da RSL é que a realidade organizacional traz desafios que a literatura ainda não conseguiu resolver. Dessa forma, a tese pretende estabelecer esse elo entre o levantamento teórico, o levantamento prático, quais elementos convergem e divergem e podem, portanto, compor um modelo que pode ser aplicável à realidade das organizações de saúde brasileiras.

Assim sendo, esse capítulo traz os elementos identificados a partir das 17 entrevistas realizadas, sendo estruturado em três seções, a saber: os resultados das entrevistas, a análise dos resultados comparados à literatura e as contribuições das entrevistas para a construção do modelo.

4.1 Resultados das entrevistas: tópicos, decisões e práticas de cuidado

Os registros das entrevistas foram analisados para que se pudesse identificar as práticas atualmente executadas nas organizações de saúde. O questionário de entrevista pode ser analisado na íntegra no Apêndice E, onde são explicitados os tópicos de interesse e sua correlação com os objetivos da pesquisa.

Dessa forma, foram identificadas 117 práticas de cuidado, categorizadas em 26 decisões. Essas decisões estão agrupadas nos 21 tópicos de interesse previamente definidos no questionário semiestruturado. O Quadro 22 apresenta, além desses três aspectos, a quantidade de ocorrências de cada prática, bem como o rastreamento de quais especialistas mencionaram as práticas.

Além disso, para a elaboração do presente capítulo, foram incluídas duas colunas, que serão oportunamente discutidas e detalhadas nas seções 4.2 e 4.3 que pontuam se as práticas identificadas nas entrevistas também foram identificadas na literatura. O objetivo foi analisar a complementaridade entre essas duas etapas, e se as práticas foram adotadas no modelo,

para analisar a relevância da fase de entrevistas para a concepção do artefato central da tese.

Quadro 22 – Síntese das práticas identificadas nas entrevistas

Tópico	Decisão	Práticas	Ocorrências	Especialistas	Literatura	Modelo
T1	Integração física ou rede fragmentada	Integração física e de informação	9	1,3,5,7,9,13,14,16,17	Sim	Sim
		Rede fragmentada com integração de informação (*Cancer Hub*)	5	4,6,8,11,14	Sim	Sim
	Diferenciação do serviço	Planejamento do cuidado do paciente	2	9,16	Sim	Sim
		Divisão por Núcleos de especialidade	2	11,16	Não	Não
		Multidisciplinaridade	1	10	Sim	Sim
		Cirurgia como centro dos processos	1	8	Não	Não
		Programas de ensino e pesquisa fortes	2	13,16	Sim	Sim
		Centralização	1	1	Sim	Sim
		Incluir prevenção	1	5	Sim	Sim
		Integração de informação	1	4	Sim	Sim
		Cuidado Integral	1	3	Sim	Sim
		Incluir toda a jornada do paciente	3	7,14,15	Sim	Sim
T2	Escopo (prevenção ou diagnóstico)	Na prevenção	6	5,7,8,9,10,15	Não	Sim
		No diagnóstico	7	1,3,4,6,11,13,14	Não	Sim
	Organização dos fluxos	Por linhas de cuidado	5	1,9,11,13,16	Não	Sim
		Separar pacientes que chegam com e sem diagnóstico	1	10	Não	Não
		A partir de protocolos e *pathways*	1	7	Sim	Sim
		Fluxograma de atendimento	1	6	Sim	Sim
		Sistemas de informação	1	2	Não	Sim
	Serviços essenciais	Parceria com ONGs	1	12	Não	Não
		Consultas	2	5,13	Sim	Sim
		Diagnóstico	3	1,3,7	Sim	Sim
		Cirurgia	2	5,15	Sim	Sim
		Quimioterapia	2	13,15	Sim	Sim
		Radioterapia	3	5,13,15	Sim	Sim
		Estadiamento	2	1,7	Sim	Sim
		Definição da estratégia terapêutica	2	1,7	Sim	Sim
		Tratamento	3	1,3,5	Sim	Sim
		Patologia	2	3,4	Sim	Sim

		Imagem	1	13	Sim	Sim
		Exames Básicos	1	4	Sim	Sim
		Cuidado Multidisciplinar	1	5	Sim	Sim
		Cuidado Paliativo	2	,3,5	Sim	Sim
	Momento de inclusão do cuidado paliativo	Início precoce	4	3,5,7,12	Sim	Sim
		Fim da vida	0	Mencionado como prática comum, mas não defendida pelos entrevistados.	Sim	Não
T3	Projeto do cuidado do paciente	Por linha de cuidado	8	1,3,6,7,8,10,11,13	Não	Sim
		Começar pelos tipos de câncer mais prevalentes	7	1,3,4,8,9,10,13	Não	Sim
		Precisa tratar todos os tipos de câncer	0		Não	Sim
T4	Como construir os protocolos	Referência internacional	7	1,3,8,9,12,13,15	Sim	Sim
		Criação própria	5	4,5,7,10,16	Não	Sim
T5	Informações mínimas do prontuário do paciente	Dados pessoais / demográficos	2	3,4	Não	Sim
		Anamnese	3	3,5,11	Não	Sim
		Rastreamento do percurso	4	3,4,10,16	Não	Sim
		Registro hospitalar de câncer	3	1,2,11	Não	Sim
T6	Funcionalidades do sistema de informação	Integração	4	1,7,8,14	Não	Sim
		Disponibilidade das informações	3	1,3,7	Sim	Sim
		Usabilidade	2	3,1	Não	Sim
		Rastreabilidade do paciente	1	2	Sim	Sim
		Funções exclusivas / específicas	3	2,3,14	Não	Sim
		Geração de relatórios	4	1,2,3,8	Não	Sim
		Campos obrigatórios	1	5	Não	Sim
T7, T8	Mecanismos de coordenação entre profissionais e serviços	Tumor Board / Grupo multidisciplinar	13	1,3,4,5,6,7,8,9,13,14,15,16,17	Sim	Sim
		Clínica / consulta multidisciplinar	7	6,7,8,10,12,14,15	Sim	Sim
		Segundo diagnóstico / *Second review*	5	1,6,7,9,15	Sim	Sim
		Fast Track	2	1,6		Sim
		Decisão compartilhada	4	4,7,13,16	Sim	Sim
		Sistema de informação	2	4,7	Não	Sim
		Navegador	12	1,3,5,6,7,8,9,11,12,13,14,16	Não	Sim
		Concierge	5	8,9,11,12,16	Não	Sim
		Sistema de informação	6	3,4,5,6,7,13	Não	Sim
T9		Médico / equipe	4	1,5,6,16	Não	Sim
		Processo / triagem	3	6,7,16	Não	Sim

	Práticas para priorização do paciente	Parâmetros no sistema	3	5,6,7	Não	Sim
		Custo	2	8,16	Não	Não
		Guias / protocolos	2	3,6	Não	Sim
T10	Tipos de indicadores	Tempo	7	3,4,8,10,11,14,15	Sim	Sim
		Custo	1	0,16	Sim	Sim
		Processos	8	1,3,4,6,8,13,14,15	Sim	Sim
		Clínico	7	1,4,6,7,8,11,13	Sim	Sim
		Desfecho	10	1,3,6,7,8,9,10,12,13,14	Sim	Sim
		Satisfação	7	1,4,9,10,13,15,16	Sim	Sim
	Referências de indicadores	Donabedian	1	4	Sim	Sim
		ICHOM / Porter	1	5	Sim	Sim
T11	Tipo de medição de performance	Individual	4	3,4,5,16	Não	Sim
		Por equipe	2	1,7	Não	Sim
	Práticas para monitoramento da qualidade	Acreditação	5	1,6,7,8,16	Não	Sim
		Núcleo de qualidade	3	5,7,16	Sim	Sim
		Indicadores	8	3,6,7,8,10,11,12,16	Sim	Sim
		Segurança do paciente	3	1,6,7	Não	Sim
		Rastreabilidade do paciente	2	3,11	Não	Sim
		Tecnologia	1	3	Não	Não
T12	Técnicas para coleta e integração de feedback dos pacientes	Questionário	3	1,3,10	Não	Sim
		Chat bot	3	7,10,12	Não	Sim
		NPS	6	7,8,9,12,13,16	Não	Sim
		Ouvidoria	4	5,11,13,14	Não	Sim
		Conselho consultivo / fórum de pacientes	1	7	Não	Sim
T13	Estratégias para eliminação sistemática de problemas	Reuniões de equipe para discussão de performance	1	3	Sim	Sim
		Núcleo/grupo especializado	3	1,5,7	Sim	Sim
T14	Estratégia para incorporar práticas de pesquisa e ensino	Tempo integral do profissional	3	3,7,14	Não	Sim
		Convênio com faculdades	4	3,10,12,15	Não	Sim
		Capacitação	1	12	Não	Sim
		Forte remuneração para a pesquisa	1	13	Não	Sim
T15	Práticas para aprendizado equipe	Reunião internas / *Research board*	5	1,5,6,7,16	Não	Sim
		Parcerias com organizações mais experientes	2	1,5	Não	Sim
T16	Benefícios de incorporar pesquisa e ensino	Produções científicas	3	7,12,15	Não	Sim
		Estratégia de marketing	3	3,5,9	Não	Sim
T17		Rede própria	1	13	Não	Sim

	Estratégia integração informação paciente na rede	Apoio das operadoras parceiras	1	8	Não	Sim
		Agência reguladora	1	5	Não	Sim
		Concierge/Navegador ajudam na integração	4	1,8,9,11	Não	Sim
		A partir do próprio paciente ou do médico	2	3,9	Não	Não
T18	Boas práticas para integração de rede	Integração de rede própria	6	1,3,6,8,9,11	Sim	Sim
		Integração rede por cuidado	3	7,11,12	Sim	Sim
		Acordo comercial com a operadora	1	8	Não	Sim
		Modelo de referenciamento e contra referenciamento	2	13,16	Não	Sim
		Uso da estrutura por outros pacientes	1	6	Não	Não
T19	Estratégias para gerir diferenciação operadoras	Acordo comercial com a operadora;	5	1,3,7,8,12	Não	Sim
		Criação de um fluxo por linha de cuidado	2	8,13	Não	Sim
T20	Tipos de estratégia organizacional	Linha de cuidado centrada no paciente	5	1,5,8,11,14	Não	Sim
		Foco na saúde privada é o lucro	1	13	Não	Sim
		Estrutura com todas as especialidades	1	14	Não	Sim
		Ter pesquisa e ensino	1	7	Não	Sim
		Treinamento geral	3	3,5,16	Sim	Sim
		Missão da equipe	1	7	Não	Sim
T21	Características das estruturas organizacionais	Profissionais exclusivos por linhas de cuidado	2	1,3	Não	Sim
		Separar Gestor Executivo e Gestor Médico	2	1,8	Não	Sim
		Integração multidisciplinar	1	7	Sim	Sim

Fonte: A autora (2023).

4.2 Análise dos resultados das entrevistas: convergências e divergências com a literatura

Ao concluir as entrevistas e as análises de conteúdo que permitiram a construção do Quadro 22, foi possível constatar imediatamente que o volume de práticas identificadas nas

entrevistas (n=117) é superior ao volume identificado na literatura (n=61). Em uma análise mais detalhada, observou-se que apenas 43% (n=50) das práticas apontadas nas entrevistas haviam sido previamente identificadas na literatura. Isso evidencia a relevância da execução dessa fase da pesquisa tanto para a literatura, quanto para o projeto de soluções/artefatos que contribuam com a realidade das organizações.

Ficam evidentes, a partir do Quadro 16 e do Quadro 22, alguns pontos que merecem destaque: (1) há convergência entre as práticas preconizadas na literatura e as descritas pelos especialistas, ou seja, observa-se aplicação do que é apontado na literatura em 43% dos casos, (2) as entrevistas viabilizaram o levantamento de mais elementos para projeto e gestão de serviços de atenção integral ao paciente oncológico que a literatura (57% das práticas identificadas) e (3) 76% das práticas mencionadas na literatura são citadas nas entrevistas. Do ponto de vista metodológico, essa convergência mostra que as revisões da literatura foram importantes para o entendimento do campo de pesquisa, viabilizando a construção de instrumentos de entrevista mais adequados. Do ponto de vista da utilidade do artefato que se constrói na tese, a etapa de entrevistas se mostra relevante quando traz contribuições significativas para o que foi identificado na literatura.

Um ponto de divergência entre os entrevistados que merece destaque se refere à integração da rede: uma parte dos entrevistados (cerca de 65%) aponta que para que a unidade de saúde seja considerada um *cancer center*, é necessária uma integração física das instalações, o que converge com o preconizado pela literatura (ver Quadro *3*). No entanto, uma fração significativa desses entrevistados (aproximadamente 35%) sugere que é suficiente ter uma rede fragmentada com informações integradas para que se tenha um centro de câncer. Eles incluem ainda a definição de *cancer hub*, onde há uma organização central, coordenadora do cuidado, e há uma rede fragmentada geograficamente de prestadores que vão compor a linha de cuidado do paciente. O que se pode inferir desse posicionamento é um viés por conta da atual composição/configuração das redes de cuidado da maior parte dos prestadores de serviços oncológicos brasileiros, representada por parte dos entrevistados no âmbito da tese.

Ainda na linha das divergências, uma prática que foi bastante mencionada nas entrevistas e que não apareceu na RSL foi a navegação do paciente. A prática de navegação do paciente oncológico foi relacionada, pelos entrevistados, à diminuição das disparidades de acesso ao cuidado das populações vulneráveis, além de ser um diferencial do mercadológico do serviço e estar associada como uma das formas de vencer as barreiras da

rede de serviços fragmentada.

4.3 Contribuições das entrevistas para o modelo

Ainda ao analisar o Quadro 22, especialmente a coluna 7, que rastreia quais das práticas identificadas na literatura foram adotadas na elaboração do modelo, observa-se que cerca de 92% (n=108) delas foram adotadas. Esse percentual elevado enfatiza a relevância que os pontos identificados nas entrevistas tiveram na condução dos grupos focais pelos especialistas. Como a concepção do artefato visa a aplicação na prática, para a resolução de um problema real das organizações de saúde, as entrevistas tiveram papel fundamental, por trazer elementos que já respeitam as conduções reais das organizações.

Importante destacar que nem todas as práticas identificadas nas entrevistas foram adotadas tais quais mencionadas pelos entrevistados na elaboração do modelo. Algumas foram adaptadas, outras foram agrupadas em práticas ou caminhos decisórios únicos, outras foram detalhadas. Dessa forma, o rastreamento apontado no Quadro 22 tem como objetivo exclusivo a elucidação das práticas que de algum modo foram entendidas como relevantes nos grupos focais e foram, portanto, adotadas em algum nível na concepção do modelo. Isso se reflete no total de práticas do modelo final, por exemplo, que contempla 105 práticas e não 108, como apontado no Quadro 22.

5. Proposição do Modelo de Atenção Integral para o paciente oncológico baseado em valor: elementos da literatura e da prática

A concepção do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor se deu a partir de: (1) estruturas, modelos e práticas levantados na literatura, (2) decisões e práticas identificadas nas entrevistas e (3) adequação às premissas da agenda de valor. O objetivo do presente capítulo é apresentar o modelo proposto, a partir da condução dos grupos focais, descritos no Apêndice G. O modelo e suas características são apresentados inicialmente, partindo-se para a descrição da notação adotada e finalizando-se com a apresentação das componentes do modelo.

5.1 Apresentação do modelo projetado e suas características

O modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor construído ao longo da pesquisa conduzida na tese é um artefato revolucionário para tomadores de decisão e projetistas organizacionais no contexto oncológico brasileiro. Trata-se de um instrumento prático, aderente à realidade de organizações de saúde, que viabiliza projetos que objetivem entregar desfechos mais consistentes aos pacientes, com custos mais coerentes à necessária sustentabilidade do sistema de saúde. Suas componentes estão fundamentadas no rigor metodológico que a academia preconiza, mas também respeitam o pragmatismo da experiência prática dos especialistas da área de gestão de operações em saúde e em atenção oncológica, de modo a ser um modelo robusto metodologicamente, mas também aplicável e útil para a transformação prática dos sistemas de saúde.

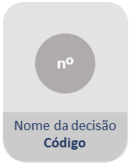
A diagramação final do modelo foi elaborada de forma tal a permitir a visualização de todas as componentes e navegação pelo conteúdo detalhado no formato digital. A Figura 5 traz o resultado dessa diagramação. As seções 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7 e 5.2.8 complementam a leitura da Figura 5, trazendo os quadros que detalham as decisões, as práticas (ou caminhos decisórios) e a relação de cada um deles com as componentes da agenda de valor. A correlação com a agenda de valor é fundamental para direcionar decisões que miram em desfechos mais consistentes e custos cada vez menores. Apesar de o modelo

em questão não ser um modelo de maturidade para a implantação da agenda de valor em saúde, ele pode ser um primeiro passo para o entendimento das organizações do setor sobre onde estão e para onde podem e querem caminhar no sentido de aumentar sua aderência às premissas da agenda de valor.

O modelo foi construído de forma tal que para cada categoria (C), foram elencadas as decisões (D) e práticas, numeradas de 1 a 105, que foram entendidas como relevantes e factíveis pelo grupo de especialistas. Cada subseção da seção 5.2 representa uma das categorias de operações (C) e traz a lista de decisões (D) e as práticas, também chamadas de caminhos decisórios no modelo, vinculadas a cada categoria.

A notação adotada no modelo foi estabelecida para representar tanto as relações de precedência quanto as relações de concomitância e excludência no processo de tomada de decisão com base no modelo. Vale pontuar que o modelo não busca trazer uma solução única/absoluta, mas um conjunto de decisões e práticas que podem ser adotadas como apoio à tomada de decisão no projeto e gestão de serviços de saúde que se proponham a oferecer atenção integral ao paciente oncológico com base em valor. Os elementos que compõem a notação do modelo estão representados no Quadro 23.

Quadro 23 – Notação adotada no modelo

Elemento	Descrição
	Decisões. Esse elemento conta como uma identificação no rodapé com o nome da decisão e um código que rastreia a categoria de operações e a decisão (C[nº].D[nº]). A caixa envolve as práticas (ou caminhos decisórios) vinculadas àquela decisão.
	Ponto de início. Esse elemento representa o ponto do modelo onde o decisor deve iniciar a leitura e tomada de decisão.
	Práticas ou caminhos decisórios. O número identifica a decisão (de 1 a 105), que pode ser acessada nas tabelas da seção 6.2. A coloração mais escura representa que
	Diferenciação das práticas. Essa particularidade se deu para diferenciar práticas que somente ocorrem intramuro (dentro da organização de saúde) e práticas extramuro (entra organizações).
	Grupamento. Esse elemento estabelece um grupo de práticas para viabilizar a execução da regra de excludência ou concomitância.

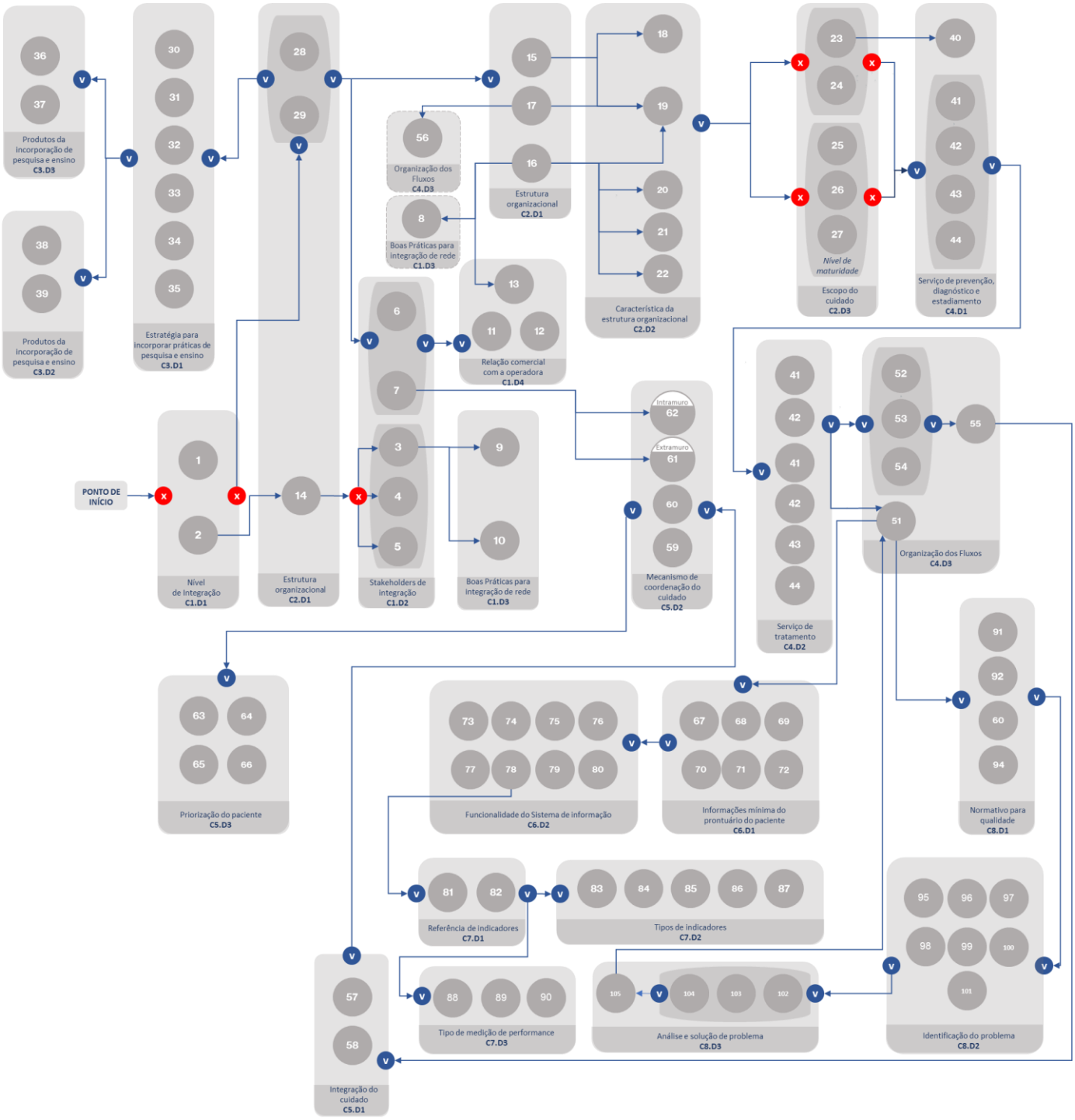
Elemento	Descrição
	Operador lógico para regra de excludência. Esse elemento aponta que as práticas contempladas naquele grupamento são excludentes, ou seja, somente é possível escolher uma dentre as opções.
	Operador lógico para regra de concomitância. Esse elemento aponta que as práticas contempladas naquele grupamento podem coexistir, ou seja, é possível escolher uma ou uma combinação dentre as opções.
	Relações de precedência. Representa a ordem em que as decisões precisam ser tomadas.

Fonte: A autora (2023).

A Figura 5 apresenta modelo de atenção ao paciente oncológico com base em valor com seu conjunto de práticas/caminhos decisórios. A navegação pelo modelo deve iniciar no ‘Ponto de início’ e deve se dar na ordem em que as decisões são representadas, seguindo-se a orientação das setas de predecessão. Vale destacar que, quando a seta de predecessão parte de uma prática (ou caminho decisório), isso significa que os demais passos somente serão percorridos se a prática em questão foi adotada enquanto decisão. Quando a seta de predecessão parte do operador lógico, isso significa que aquele caminho deve ser percorrido tanto para decisões excludentes quanto concomitantes.

Quanto à orientação de uso, faz-se uma simulação de percursos possíveis na descrição que se segue. Partindo-se do ponto de início, tem-se que a primeira decisão (C1.D1) trata-se da decisão de ‘nível de integração’, da categoria ‘redes e integração’. A seta de predecessão está inicialmente conectada a um operador lógico de excludência, o que indica deve-se escolher apenas uma dentre as práticas 1 e 2. Caso a prática 1 seja a escolhida (e consequentemente a 2 não escolhida), o próximo passo é seguir a seta que sai do operador lógico deste grupamento em direção ao grupamento onde estão as práticas 28 e 29 (C2.D1). Caso a prática 2 seja a escolhida (e consequentemente a 1 não escolhida), deve-se percorrer tanto o caminho que sai do operador lógico referente ao grupamento, quanto o caminho que se segue a partir da prática 2, ou seja, a seta que segue para a prática 14 (C2.D1). Vale destacar, nesse cenário, que a prática 14 somente estará habilitada, então, caso a prática 2 tenha sido adotada no processo decisório. Ao chegar no grupamento onde estão as práticas 28 e 29, tem-se um operador lógico de concomitância, o que significa que se pode escolher uma dentre as práticas ou ambas. Após esta decisão, parte-se então para o grupamento C2.D1 e para o grupamento C3.D1.

Figura 5 – Modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor



Fonte: A autora (2023).

5.2 Componentes do modelo proposto por categoria de operações

Essa seção traz o detalhamento das componentes do modelo, de forma a serem suporte na leitura do modelo apresentado na Figura 5. O objetivo dessa seção é ser um catálogo para a plena leitura e utilização do modelo. Dessa forma, para cada categoria de operações são descritas as decisões, práticas e associações à agenda de valor.

5.2.1 Componentes da categoria de Rede e integração

No escopo do modelo, a categoria de rede e integração se preocupa em projetar a estrutura física e a integração das informações para garantir o cuidado do paciente através das organizações de saúde. As decisões e práticas referentes a essa categoria, bem como a relação com cada componente da agenda de valor, estão representadas no Quadro 24.

Quadro 24 – Práticas da categoria de rede e integração (C1)

Decisão (D)	**Nº da prática**	**Prática/Caminho Decisório**	**Componente agenda de valor**
Nível de integração (C1.D1)	1	Integração física e de informação	1,5
	2	Rede fragmentada com integração de informação (*Cancer Hub*)	4,5
Stakeholders da integração do cuidado (C1.D2)	3	Apoio de operadoras parceiras	4,5
	4	Rede própria de clínicas com prestadores parceiros	1,4,5
	5	Rede própria	1,5
	6	A partir do médico / equipe multidisciplinar	1
	7	Concierge/Navegador ajudam na integração	1,4
Boas práticas para integração de rede (C1.D3)	8	Gestão da linha do cuidado com foco na integração	1,4
	9	Acordo comercial com a operadora para integração da rede para integração da rede para integração da rede	4,5
	10	Modelo de referenciamento e contra referenciamento	4,5
Relação comercial com a operadora (C1.D4)	11	Construção de núcleo técnico para apresentação de um tratamento que não está no rol da operadora	1

	12	Núcleo de avaliação de novas tecnologias	1
	13	Financiamento por linha de cuidado	1

Fonte: A autora (2023).

5.2.2 Componentes da categoria de Organização

A categoria de organização é responsável pelo projeto da estrutura organizacional e dos mecanismos de coordenação que devem garantir o atendimento ao paciente nas estruturas projetadas na rede (C1). As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no Quadro 25.

Quadro 25 – Práticas da categoria de organização (C2)

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
Estrutura organizacional (C2.D1)	14	Estrutura Geográfica	5
	15	Estrutura Funcional	N/A
	16	Por Linhas de Cuidado	1
	17	Estrutura por processos	1
Características das estruturas organizacionais (C2.D2)	18	Separar Departamentos Operacionais e Departamentos Assistenciais	1
	19	Integração multidisciplinar	1
	20	Formação da equipe no cuidado ao paciente oncológico	1
	21	Profissionais exclusivos por linhas de cuidado	1
	22	Linha de cuidado por tipo de tumor	1
Escopo do cuidado/posicionamento estratégico (C2.D3)	23	Iniciar cuidado na prevenção	N/A
	24	Iniciar cuidado no diagnóstico	N/A
	25	Começar por 1 tipo de câncer	N/A
	26	Começar pelos tipos de câncer mais prevalentes	N/A
	27	Precisa tratar todos os tipos de câncer	N/A
	28	Contemplar pesquisa	N/A
	29	Contemplar ensino	N/A

Fonte: A autora (2023).

5.2.3 Componentes da categoria de Pesquisa e desenvolvimento

A categoria de Pesquisa e Desenvolvimento tem como objetivo projetar estruturas para desenvolvimento de novos conhecimentos na estrutura do serviço de saúde prestado. Dessa forma, precisa estar integrada aos resultados entregues pela organização, contribuindo, em grande parte com essas entregas. As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no Quadro 26.

Quadro 26 – Práticas da categoria de pesquisa e desenvolvimento (C3)

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
Estratégia para incorporar práticas de pesquisa e ensino (C3.D1)	30	Tempo integral do profissional	1
	31	Convênio com faculdades	1,4
	32	Capacitação / identificação de staff com perfil de ensino e pesquisa	1
	33	Forte remuneração para a pesquisa	1
	34	Programas de Residência	1
	35	Programas de Especialização	1
Produtos da incorporação de pesquisa e ensino (C3.D2)	36	Produções científicas	1
	37	Estratégia de marketing	1
Práticas para aprendizado da equipe (C3.D3)	38	Reunião interna / *Research board*	1
	39	Parcerias com organizações mais experientes	1

Fonte: A autora (2023).

5.2.4 Componentes da categoria de Tecnologia de processo

A categoria de tecnologia de processo tem como objetivo projetar as estruturas que permitirão o percurso do paciente no sistema. Além disso, se encarrega de descrever e organizar esse percurso de modo adequado e oportuno. As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no

Quadro 27.

Quadro 27 – Práticas da categoria de tecnologia de processo (C4)

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
Serviços de Prevenção, Diagnóstico e Estadiamento (C4.D1)	40	Prevenção	1
	41	Anatomia Patológica	1
	42	Laboratório de análises clínicas	1
	43	Centro de Imagem	1
	44	Estadiamento	1
Serviços de Tratamento e Acompanhamento (C4.D2)	45	Definição da estratégia terapêutica	1
	46	Cirurgia	1
	47	Radioterapia	1
	48	Quimioterapia	1
	49	Cuidado Paliativo	1
	50	Acompanhamento	1
Organização dos fluxos (C4.D3)	51	Definir os processos / *guidelines*	1,4,6
	52	Separar pacientes que chegam com e sem diagnóstico	1,4
	53	Segunda opinião / *Second-review*	1,4
	54	*Fast Track*	1,4
	55	Definição de *Pathways*	1,4,6
	56	Alinhamento da equipe por processo	1,4,6

Fonte: A autora (2023).

5.2.5 Componentes de categoria de Programação do cuidado e acompanhamento do paciente

A categoria de programação do cuidado e acompanhamento do paciente é intimamente relacionada à categoria de tecnologia de processo e tem como objetivo projetar os elementos relacionados à integração do cuidado dentro do percurso do paciente e os mecanismos de coordenação desse cuidado. As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no Quadro 28.

Quadro 28 – Práticas da categoria de programação do cuidado e acompanhamento do paciente (C5)

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
Integração do cuidado	57	Tumor Board / Grupo multidisciplinar	1,4

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
(C5.D1)	58	Clínica / consulta multidisciplinar	1,4
Mecanismos de coordenação do cuidado (C5.D2)	59	Decisão compartilhada	1,4
	60	Sistema de informação apoia a tomada de decisão	1,4
	61	Navegador	1,4
	62	Concierge	1,4
Práticas para priorização do paciente (C5.D3)	63	Médico / equipe	1,4
	64	Processo / triagem	1,4
	65	Parâmetros no sistema	1,4
	66	Guias / protocolos	1,4

Fonte: A autora (2023).

5.2.6 Componentes da categoria de Gestão da informação e sistemas

A categoria de Gestão da Informação e Sistema está intimamente relacionada às demais categorias, sendo, portanto, viabilizadora e facilitadora para a execução das demais. Se encarrega de projetar todos os sistemas de informação responsáveis pelos registros e disponibilização oportuna das informações referentes aos cuidados do paciente e indicadores de performance do serviço. As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no Quadro 29.

Quadro 29 – Práticas da categoria de gestão da informação e sistemas (C6)

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
Informações mínimas do prontuário do paciente (C6.D1)	67	Dados pessoais / demográficos	6
	68	Informação Clínica	6
	69	Rastreamento do percurso	6
	70	Registro Hospitalar do Câncer	6
	71	Evolução	6
	72	Exames e procedimentos	6
Funcionalidades do sistema de informação (C6.D2)	73	Integração	6
	74	Disponibilidade das informações	6
	75	Usabilidade	6
	76	Rastreabilidade do paciente	6
	77	Funções exclusivas / específicas	6
	78	Geração de relatórios	6
	79	Tornar preenchimento dos campos obrigatório	6
	80	Minimizar campos abertos para digitação	6

Fonte: A autora (2023).

5.2.7 Componentes da categoria de Mensuração e gestão da performance

A categoria de Mensuração e Gestão de Performance tem como objetivo projetar os elementos referentes à avaliação de desempenho da organização a partir do nível de serviço estabelecido, com base definição e monitoramento de um quadro de indicadores. Dessa forma, precisa estar alinhada não somente, mas principalmente, às categorias de tecnologia de processos, programação e acompanhamento do paciente e gestão da informação e sistemas. As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no Quadro 30.

Quadro 30 – Práticas da categoria de mensuração e gestão da performance (C7)

Decisão (D)	Número	Prática/Caminho Decisório	Componente agenda de valor
Referências de indicadores (C7.D1)	81	ICHOM / Porter	2
	82	Donabedian	2
Tipos de indicadores (C7.D2)	83	Estrutura	2
	84	Processos	2
	85	Resultado	2
	86	Desfecho	2
	87	Financeiro	2
Tipo de medição de performance (C7.D3)	88	Individual	2,3
	89	Por equipe	2,3
	90	Por desfecho / por valor	2,3

Fonte: A autora (2023).

5.2.8 Componentes da categoria de Sistema de qualidade

A categoria de Sistemas de Qualidade tem como objetivo projetar estruturas de serviços aderentes ao regulatório, garantindo segurança do paciente, cultura de notificação, redução de erros e melhoria contínua do cuidado prestado. As decisões e práticas referentes a essa categoria estão representadas no

Quadro 31.

Quadro 31 – Práticas da categoria de sistemas da qualidade (C8)

Decisão (D)	**Número**	**Prática/Caminho Decisório**	**Componente agenda de valor**
Normativo para qualidade (C8.D1)	91	Acreditação	2
	92	Segurança do paciente	2,6
	93	Segurança para equipe	2
	94	Protocolo	2
Identificação de problemas ou oportunidades (C8.D2)	95	Indicadores	2
	96	Rastreabilidade do paciente	2,6
	97	Indicação de problemas pela equipe	2
	98	Questionário	2,6
	99	*Chat bot*	2,6
	100	Ouvidoria	2,6
	101	Conselho consultivo / fórum de pacientes	2,6
Análise e solução de problemas (C8.D3)	102	Núcleo de qualidade	2
	103	Reuniões de equipe para discussão de performance	2
	104	Núcleo/grupo especializado	2
	105	Revisão de processos	2

Fonte: A autora (2023).

Discussão dos resultados

O objetivo central da tese foi propor um modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor. A elaboração de um artefato novo, que ainda não existe, se coloca como marco no projeto de operações de serviços de saúde, especificamente no contexto do cuidado oncológico. Além disso, o modelo inédito também pode ser adotado no suporta às políticas de saúde no que tange ao projeto de redes e serviços de oncologia nacionais.

Encontrou-se na *Design Science Research* um respaldo metodológico apropriado, que permitiu não somente a criação do artefato em si, mas a adoção, ao longo da pesquisa, de procedimentos metodológicos oportunos, viabilizando a elaboração dos produtos intermediários da pesquisa. O objetivo aqui é reforçar o diálogo entre os desafios do mundo real e as contribuições da pesquisa científica de forma a desenvolver soluções aplicáveis, em especial para contexto da saúde suplementar, dados os vieses do percurso metodológico da pesquisa. O primeiro passo foi, portanto, compreender profundamente o problema a partir dessas duas perspectivas: literatura e prática. Recorre-se à literatura, em um primeiro momento, para entendimento do estado da arte, e aos especialistas, em um segundo momento, para compreender de que forma o problema vem sendo abordado e quais as soluções que já vem sendo discutidas. Percorrer essas etapas foi fundamental para o projeto de novas soluções, uma vez que já são evidenciados (tanto na literatura quanto na fala dos especialistas) os ganhos associados à adoção de cada prática de cuidado. Um ponto chave na definição do encadeamento das etapas é a trajetória formativa da pesquisadora autora da tese, bem como do grupo de pesquisa onde se inseria, que conformou a adoção de corpos teóricos como a Gestão de Operações, por exemplo, para a construção do Modelo de Atenção Integral. A abordagem da DSR foi importante, então, para garantir robustez na execução dos métodos de pesquisa adotados e pragmatismo na aproximação com a prática das organizações de saúde, através dos especialistas. Em cada etapa foram adotadas estratégias metodológicas específicas, cujos resultados parciais, por si só, podem contribuir para o projeto de soluções de saúde no contexto do paciente oncológico.

A etapa de conscientização do problema orientou a condução de três revisões da literatura, cujas descrições foram úteis tanto para o levantamento das 61 práticas de cuidado quanto para a identificação das aplicações da agenda de valor no contexto oncológico. Esses

resultados, que, no escopo da tese, evidenciaram um *gap* que reforça a relevância da pesquisa e foram adotadas na elaboração do questionário semiestruturado e na elaboração do modelo, podem ser objeto de consulta para gestores da área, seja na validação de suas decisões, seja no projetar de novos serviços, e pesquisadores no tema, que podem usar as sínteses das revisões para delimitar os escopos de suas pesquisas.

A etapa de sugestão da DSR orientou a condução de entrevistas que viabilizaram a compreensão do conjunto de alternativas e práticas conduzidas nas organizações de saúde. Assim, o resultado, desse levantamento, que no escopo da tese foi fundamental para a elaboração do artefato final, pode ser relevante como *benchmarking* para praticantes do setor e como apoio a decisão dos projetistas organizacionais em diversos níveis, para além do escopo da tese. As revisões da literatura evidenciaram que nenhum levantamento similar foi conduzido, apontando para o ineditismo desse produto intermediário.

A etapa de desenvolvimento e validação do artefato é a fase central da tese, onde são acessados especialistas em gestão de operações para a elaboração do artefato e são acessados especialistas em cuidado oncológico para sua validação. As revisões da literatura evidenciaram que o artefato é inédito. A adoção dos grupos focais traz para o modelo a expertise de especialistas no assunto, sendo um modelo que vai além do que foi identificado na literatura e nas entrevistas. Ele contempla a experiência teórica e práticas de praticantes da área. Isso traz pragmatismo e aplicabilidade ao modelo, especialmente porque se trata de um artefato que se pretende implementar na prática. Os ciclos de validação foram, então, oportunidade não somente para discussão na navegabilidade e consistência teórica do modelo, mas também para um pré-projeto dos passos para a implantação, visto que os especialistas do Grupo focal 2 possuem não só visão assistencial, mas visão de negócio.

Considerações finais

A definição de um modelo de operação que oriente o projeto e gestão de serviços de saúde ainda é vista como uma incógnita para a maior parte dos sistemas de saúde, dado o desbalanceamento entre volume de pacientes, custos dos tratamentos e recursos disponíveis. No contexto do cuidado ao paciente oncológico, as revisões da literatura evidenciaram um dissenso a respeito do que é cuidado integral ao paciente e mais, um dissenso acerca de como projetar operações que entreguem cuidado (de forma geral) ao paciente. Além disso, foi identificada uma lacuna na adequação desses sistemas à agenda de valor em saúde.

Dado a complexidade do problema que se pretende resolver, e o interesse em uma solução que de fato pudesse ser implantada na prática, a pesquisa adotou a *Design Science Research* como abordagem metodológica, trazendo um conjunto de procedimentos metodológicos de suporte a execução de cada fase. Dessa forma, houve uma preocupação constante em se preservar a robustez metodológica, mas também em se construir um artefato pragmático e aplicável, consistente e coerente com a realidade das organizações de saúde brasileiras.

Na etapa de conscientização do problema e atendendo ao objetivo de pesquisa de identificar estruturas, modelos e práticas de atenção integral ao paciente oncológico e identificar e compreender as abordagens/práticas de VBHC aplicadas ao atendimento oncológico, foram conduzidas três revisões sistemáticas da literatura. Como resultados, foram identificadas e descritas as 61 práticas associadas às 6 categorias de operações que contribuem para um cuidado integral ao paciente oncológico e foi construído um panorama com os principais temas abordados na agenda de valor no contexto oncológico, a saber: desfechos, custos, difusão da agenda de valor e modelos de cuidado.

Além dos aspectos teóricos, para se aproximar aos desafios pragmáticos da prática, na etapa de sugestão da DSR, foi adotada a condução de entrevistas semiestruturadas com 17 especialistas na área. Foi elaborada uma síntese das práticas que emergiram dessa interação com os especialistas, identificando-se 117 práticas, classificadas em 26 decisões e 7 categorias de operações/tópicos de interesse. Das 117 prática, 108 foram relevantes para a elaboração do modelo final. Foi feita uma análise de complementaridade com as práticas identificadas na literatura e foi possível constatar que 76% das práticas que aparecem na literatura são mencionadas nas entrevistas (o que mostra alta aplicabilidade do que se tem

publicado no tema), mas esse total representa somente 47% das práticas identificadas (evidenciando que a prática traz mais desafios e elementos de decisão que a literatura).

A partir dessas duas fases de pesquisa, foi possível elaborar e validar o produto central da tese, na etapa de desenvolvimento e validação da DSR. O artefato construído consiste no modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor. O modelo construído foi composto por 105 práticas de cuidado classificadas em 26 decisões e 8 categorias de operações e sua diagramação apresenta as relações de precedência entre as decisões, pelas quais o decisor deve percorrer para apoio ao projeto de operação de um serviço de saúde que se preste a entregar cuidado integral ao paciente oncológico com base em valor.

Diante dos limitados recursos dos sistemas de saúde e as diversas e muitas vezes controversas soluções para equacionar desfechos e custos, o modelo construído se coloca como uma ferramenta robusta de apoio a decisão, que leva em consideração não somente as práticas identificadas sistematicamente na literatura, mas incorpora elementos da realidade das organizações. Dessa forma, se torna um instrumento que contribui tanto para enriquecer a literatura e preencher o *gap* identificado (ausência de modelo de operação que se proponha a projetar serviços de saúde aos pacientes oncológicos com base em valor), quanto para a prática das organizações, trazendo um artefato validado de apoio a decisão (passo a passo para o projeto de operações, com decisões e caminhos/percursos definidos e validados para a entrega de valor ao paciente).

Quanto às limitações de método da pesquisa, foi adotada uma abordagem metodológica que defende as escolhas e experiência do pesquisador, com um objetivo claro de elaboração de um artefato útil. Dessa forma, apesar do respaldo da *Design Science Research* para tomada de decisão dos métodos mais oportunos, há um viés de formação da autora na definição dos métodos adotados. Quanto às limitações intrínsecas às revisões sistemáticas (limitações humanas de processamento de informações), adotaram-se critérios bem definidos de seleção dos artigos, permitindo reprodutibilidade das escolhas. Quando às limitações naturais das entrevistas (relacionadas à seleção da amostra e manejo dos vieses), decidiu-se pela condução de grupos focais com especialistas experiências em projeto e gestão de operações em saúde, para que se pudesse pôr à discussão os itens identificados nas entrevistas. No que diz respeito ao não registro da pesquisa no CEP/CONEP, foram consultadas as resoluções válidas e foi confirmado, de acordo com a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, que no que tange a procedimentos metodológicos que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, não serão registradas nem avaliadas pelo

sistema CEP/CONEP pesquisas que objetivam o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

O que se pretende com o produto aqui apresentado é trazer impactos positivos e significativos para os desfechos entregues aos pacientes e redução dos custos do sistema de saúde, garantindo sustentabilidade no longo prazo. Nesse sentido, sobre trabalhos futuros, o primeiro próximo passo da pesquisa, para além do escopo da tese, será conduzir a implantação piloto do modelo, para uma validação empírica do que foi proposto no campo conceitual. A implantação piloto permitirá identificar possíveis inconsistências ou lacunas que poderão ser ajustadas e preenchidas para garantir uma aderência ainda maior do uso do modelo na realidade das organizações. A proposta é que a primeira fase seja a seleção do hospital ou rede de unidades de saúde em que será implantado o modelo. Ainda na primeira fase, deve-se apresentar o modelo conceitual para a alta gestão para que a próxima fase seja viabilizada. A segunda fase deve contemplar a definição da equipe de implantação (equipe gerencial e técnica) e deve-se conduzir um treinamento acerca do funcionamento do modelo (parte conceitual e navegação do modelo). A terceira fase deve contemplar o diagnóstico do hospital ou rede, ou seja, compreender quais dos elementos propostos no modelo estão disponíveis na prática da organização e, em seguida, deve-se definir a configuração que se pretende implantar, ou seja, as práticas escolhidas como mais adequadas à realidade do hospital ou rede. A quarta fase é o planejamento da implantação e deve contemplar a priorização das categorias que serão implantadas, a definição das pessoas envolvidas em cada fase da implantação e os indicadores de performance de cada fase. A quinta fase deve contemplar, então, a implantação do modelo com suas práticas, a medição de desempenho e reporte aos envolvidos, as eventuais revisões das práticas. Por fim, propõe-se, a título de geração de conhecimento a partir do aprendizado, uma avaliação da operação frente ao modelo de referência e um registro de boas práticas para a implantação do modelo a partir da experiência piloto.

Uma possível aplicação prática do modelo também se dá no que tange ao apoio ao projeto de serviços de saúde suplementar no contexto oncológico. Nesse sentido, é fundamental a adoção de um modelo centrado no paciente, cujo foco é a entrega de desfechos (que importam para os pacientes) mais consistentes. O modelo consegue traduzir a demanda do paciente em requisitos de projeto organizacional e de rede, de forma a ser um instrumento prático para tomadores de decisões em esferas nacionais.

Para além da implantação do modelo, novas pesquisas podem ser conduzidas na linha identificar mais práticas de cuidado, a fim de incorporar novos elementos (e caminhos decisórios) ao modelo, inclusive no que tange a outras categorias de operações. Dessa forma, ao contrário da proposta de validação em direção à implantação, pode-se avançar em trabalhos futuros que incrementem o modelo conceitual, seja a partir da literatura, seja a partir das práticas de mais organizações de saúde. Além disso, vale pontuar que, em caso de aplicações para o contexto do Sistema Único de Saúde, os levantamentos devem contemplar os instrumentos regulatórios que regem a operação desse perfil de serviço. Assim, também pode ser entendido como um possível caminho para pesquisas futuras. Diante do exposto, o modelo se coloca, então, como um marco na adoção de artefatos estruturados que se propõem a apoiar a prática das organizações de saúde.

Referências

ABRAHAMS, E. et al. Clinical Pathways: Recommendations for Putting Patients at the Center of Value-Based Care. **Clinical Cancer Research**, v. 23, n. 16, p. 4545–4549, 15 ago. 2017.

AKHMETOV, I.; BUBNOV, R. V. Assessing value of innovative molecular diagnostic tests in the concept of predictive, preventive, and personalized medicine. **EPMA Journal**, v. 6, n. 1, p. 19, dez. 2015.

ALFANO, C. M. et al. Equitably improving outcomes for cancer survivors and supporting caregivers: A blueprint for care delivery, research, education, and policy. **CA Cancer Journal for Clinicians**, v. 69, n. 1, p. 35–49, 2019.

ALKHUDAIR, N. et al. Cancer Management in Saudi Arabia: Recommendations by the Saudi Oncology HeAlth Economics ExpeRt GrouP (SHARP). **Saudi Pharmaceutical Journal**, p. S1319016420302802, dez. 2020.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. Em: **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. [s.l: s.n.]. p. 203–203.

ANDALIA, R. C.; RODRÍGUEZ, M. N.; MULET, N. L. Similitudes y diferencias entre PubMed, Embase y Scopus. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED)**, v. 26, n. 1, p. 84–91, 2015.

ANDERSON, B. O.; JAKESZ, R. Breast cancer issues in developing countries: An overview of the Breast Health Global Initiative. **World Journal of Surgery**, v. 32, n. 12, p. 2578–2585, 2008.

ARENCHILD, M.; OFFODILE, A. C.; REVERE, L. Do We Get What We Pay For? Examining the Relationship Between Payments and Clinical Outcomes in High-Volume Elective Surgery in a Commercially-Insured Population. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 57, p. 0046958020968780, 2020.

ARIA, M.; CUCCURULLO, C. bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. **Journal of Informetrics**, v. 11, n. 4, p. 959–975, 1 nov. 2017.

AVIKI, E. M. et al. Alternative payment and care-delivery models in oncology: A systematic review. **Cancer**, v. 124, n. 16, p. 3293–3306, 2018.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438–442, 30 mar. 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. **Brasil.(2014a). Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, 2011.

BARKLEY, R. et al. Reducing Cancer Costs Through Symptom Management and Triage Pathways. **Journal of Oncology Practice**, v. 15, n. 2, p. e91–e97, fev. 2019.

BASCH, E. et al. ASCO's quality care symposium and the evolving science of value-based care. **Journal of Oncology Practice**, v. 16, n. 3, p. 113–114, 2020.

BASCH, E.; WILFONG, L.; SCHRAG, D. Adding Patient-Reported Outcomes to Medicare's Oncology Value-Based Payment Model. **JAMA**, v. 323, n. 3, p. 213, 21 jan. 2020.

BASTO, J.; CHAHAL, R.; RIEDEL, B. **Time-driven activity-based costing to model the utility of parallel induction redesign in high-turnover operating lists**. Healthcare. **Anais**...Elsevier, 2019.

BATENI, S. B. et al. Defining Value for Pancreatic Surgery in Early-Stage Pancreatic Cancer. **JAMA Surgery**, v. 154, n. 10, p. e193019, 16 out. 2019.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. [s.l.] Editora Vozes Limitada, 2017.

BLOOR, M. **Focus groups in social research**. [s.l.] Sage, 2001.

BOCCIA, S. et al. How to Integrate Personalized Medicine into Prevention? Recommendations from the Personalized Prevention of Chronic Diseases (PRECeDI) Consortium. **Public Health Genomics**, v. 22, n. 5–6, p. 208–214, 2019.

BURGOYNE, J.; JAMES, K. T. Towards best or better practice in corporate leadership development: Operational issues in mode 2 and design science research. British Journal of Management, v. 17, n. 4, p. 303-316, 2006.

BOSSERMAN, L. Pathways, processes, teamwork: paving the way for value-based care with the quadruple aim. **The Journal of Community and Supportive Oncology**, v. 14, n. 7, p. 287–290, jul. 2016.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394–424, nov. 2018.

BROOKS, G. A. et al. Value-Based Medicine and Integration of Tumor Biology. **American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting**, v. 37, p. 833–840, 2017.

BROOKS, G. A. et al. Value-Based Medicine and Integration of Tumor Biology. p. 8, 2019.

BROWMAN, G. P. et al. The practice guidelines development cycle: a conceptual tool for practice guidelines development and implementation. **Journal of Clinical Oncology**, v. 13, n. 2, p. 502–512, fev. 1995.

BROWN, E. G. et al. Interhospital Variability in Quality Outcomes of Pancreatic Surgery. **Journal of Surgical Research**, v. 235, p. 453–458, mar. 2019.

BUDGEN, D.; BRERETON, P. **Performing systematic literature reviews in software engineering**. Proceedings of the 28th international conference on Software engineering. **Anais**...: ICSE '06.New York, NY, USA: Association for Computing Machinery, 28 maio 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1145/1134285.1134500>. Acesso em: 25 jan. 2021

BUNNELL, C. A. et al. Measuring Opportunities to Improve Timeliness of Breast Cancer Care at Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 12, n. suppl 1, p. S-5-S-9, fev. 2014.

BUTCHER, L. High standards. NCQA-approved practice a test for value-based care. **Modern healthcare**, v. 41, n. 11, p. 40, 2011.

BYRD, I., B. F. et al. A Summary of the American Society of Echocardiography Foundation Value-Based Healthcare: Summit 2014 - The Role of Cardiovascular Ultrasound in the New Paradigm. **Journal of the American Society of Echocardiography**, v. 28, n. 7, p. 755–769, 2015.

CAFFREY, M. K. In cancer and beyond, Washington state making the transition to value-based care. **The American journal of managed care**, v. 20, n. 2, p. E2, 2014.

CAMPBELL, M. K. et al. Adult cancer survivorship care: experiences from the LIVESTRONG centers of excellence network. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 5, n. 3, p. 271–282, set. 2011.

CAMPOLINA, A. Value-based medicine in oncology: the importance of perspective in the emerging value frameworks. **Clinics**, v. 73, n. Suppl 1, 1 dez. 2018.

CASTRO, Alexandre de Carvalho. Offshore production at the Bacia de Campos (Rio de Janeiro): a Work Psychology perspective. **Gestão & Produção**, v. 20, p. 833-846, 2013.

CHAWLA, A. et al. US Care Pathways: Continued Focus on Oncology and Outstanding Challenges. **THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE**, p. 10, 2019.

CHERKAOUI, Z. et al. A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes for Pancreatic Carcinoma: An International Delphi Survey. **Annals of Surgical Oncology**, 2020.

CIPOLAT MIS, C. et al. Making patient centered care a reality: a survey of patient educational programs in Italian Cancer Research and Care Institutes. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 298, dez. 2015.

CORMIER, J. N.; CROMWELL, K. D.; POLLOCK, R. E. Value-Based Health Care. A Surgical Oncologist's Perspective. **Surgical Oncology Clinics of North America**, v. 21, n. 3, p. 497–506, 2012.

CORTER, A. L. et al. Taking the pulse of multidisciplinary cancer conferences for breast cancer care in Canada: A stocktake of current practice. **The Breast**, v. 44, p. 101–107, abr. 2019.

CRAMER-VAN DER WELLE, C. et al. **Trends in drug costs and overall survival in patients diagnosed with metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC)**Eur Respiratory Soc, , 2019.

CRAMER-VAN DER WELLE, C. M. et al. 'Care for Outcomes': systematic development of a set of outcome indicators to improve patient-relevant outcomes for patients with lung cancer. **BMJ open**, v. 11, n. 1, p. e043229, 2021.

CRESWELL, J. W.; POTH, C. N. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches**. [s.l.] SAGE Publications, 2016.

CROMBIE, I. K.; DAVIES, H. T. What is meta-analysis. **What is**, v. 1, n. 8, 2009.

DAI, T.; TAYUR, S. Om forum—healthcare operations management: A snapshot of emerging research. **Manufacturing & Service Operations Management**, v. 22, n. 5, p. 869–887, 2020.

DANIEL, S.; VARGHESE, A. M. Comprehensive Cancer Care: The Need of the Hour. p. 3, 2019a.

DANIEL, S.; VARGHESE, A. M. Comprehensive cancer care: The need of the hour. **Journal of Association of Physicians of India**, v. 67, n. January, p. 74–75, 2019b.

DAS, D. et al. How Do We Align Health Services Research and Quality Improvement? **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, n. 40, p. 282–291, maio 2020.

DE ANTONI, C. et al. Grupo Focal: método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arq. bras. psicol. (Rio J. 1979)**, p. 38–53, 2001.

DE SOUZA MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. [s.l.] Editora Vozes Limitada, 2011.

DE VASCONCELOS SILVA, A. C. P.; SPIEGEL, T.; ASSAD, D. B. N. Healthcare Professionals' Decision Making in Emergency Units: An Operation Impact Analysis Considering Their Cognitive Heuristics. Em: **Handbook of Research on Knowledge Management for Contemporary Business Environments**. [s.l.] IGI Global, 2018. p. 150–164.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**, p. 97–97, 1994.

DENTON, B. T. Handbook of healthcare operations management. **New York: Springer**, v. 10, n. 978–1, p. 9, 2013.

DENYER, D.; TRANFIELD, D. Producing a systematic review. Em: **The Sage handbook of organizational research methods**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd, 2009. p. 671–689.

DIVI, V. et al. Reducing the Time from Surgery to Adjuvant Radiation Therapy: An Institutional Quality Improvement Project. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v.

159, n. 1, p. 158–165, jul. 2018.

DOHERTY, M. et al. Exploring the role of psychosocial care in value-based oncology: Results from a survey of 3000 cancer patients and survivors. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 37, n. 4, p. 441–455, 2019.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Médica Portuguesa**, v. 32, n. 3, p. 227, 29 mar. 2019.

DOOLIN, J. W. et al. Why focus on patient-reported outcome measures in older colorectal cancer patients? **European Journal of Surgical Oncology**, v. 46, n. 3, p. 394–401, 2020.

DOYLE, J. J. et al. Evidence-Based Valuation in Oncology: Lessons Learned from a Case Study. **Therapeutic Innovation & Regulatory Science**, v. 53, n. 3, p. 403–411, maio 2019.

DRESCH, A.; LACERDA, D.; MIGUEL, P. A. A Distinctive Analysis of Case Study, Action Research and Design Science Research. **Review of Business Management**, p. 1116–1133, 24 nov. 2015.

DRONKERS, E. A. C. et al. Keys to successful implementation of routine symptom monitoring in head and neck oncology with “Healthcare Monitor” and patients’ perspectives of quality of care. **Head and Neck**, v. 42, n. 12, p. 3590–3600, 2020.

DUBOIS, R. W.; WESTRICH, K. As Value Assessment Frameworks Evolve, Are They Finally Ready for Prime Time? **Value in Health**, v. 22, n. 9, p. 977–980, set. 2019.

DZIEMIANOWICZ, M.; BURMEISTER, J.; DOMINELLO, M. Examining the Financial Impact of Altered Fractionation in Breast Cancer: An Analysis Using Time-Driven Activity-Based Costing. **Practical Radiation Oncology**, 2021.

EATON, K. D.; JAGELS, B.; MARTINS, R. G. Value-based care in lung cancer. **Oncologist**, v. 21, n. 8, p. 903–906, 2016.

ELSAID, M. et al. Chemotherapy Wait Times in a Network of Pediatric Oncology Clinics. **J Pediatr Hematol Oncol**, v. 00, n. 00, p. 4, 2019.

ENNIS, R. D. et al. Interpreting Oncology Care Model Data to Drive Value-Based Care: A Prostate Cancer Analysis. **Journal of Oncology Practice**, v. 15, n. 3, p. e238–e246, mar. 2019.

EREKSON, E. A.; IGLESIA, C. B. Improving patient outcomes in gynecology: The role of large data registries and big data analytics. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, v. 22, n. 7, p. 1124–1129, 2015.

FADER, A. N. et al. A perverse quality incentive in surgery: implications of reimbursing surgeons less for doing laparoscopic surgery. **Surgical endoscopy**, v. 30, n. 11, p. 4665–4667, 2016.

FAHIM, M. et al. Routine postoperative intensive care unit admission after colorectal cancer surgery for the elderly patient reduces postoperative morbidity and mortality.

Colorectal Disease, v. 22, n. 4, p. 408–415, 2020.

FALAGAS, M. E. et al. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: strengths and weaknesses. **The FASEB Journal**, v. 22, n. 2, p. 338–342, fev. 2008.

FEELEY, T. W.; ALBRIGHT, H.; WALTERS, R. A Method for Defining Value in Healthcare Using Cancer Care as a Model: **Journal of Healthcare Management**, v. 55, n. 6, p. 399–413, nov. 2010.

FIGUEROA, J. F. et al. Consolidation Among Cardiologists Across U.S. Practices Over Time. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 5, p. 590–593, ago. 2020.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. [s.l.] Artmed editora, 2008.

FRANKLIN, E. F. et al. Perspectives of Patients With Cancer on the Quality-Adjusted Life Year as a Measure of Value in Healthcare. **Value in Health**, v. 22, n. 4, p. 474–481, abr. 2019.

FRENCH, K. E. et al. Value based care and bundled payments: Anesthesia care costs for outpatient oncology surgery using time-driven activity-based costing. **Healthcare**, v. 4, n. 3, p. 173–180, 2016.

FROIS, C. et al. Drug Treatment Value in a Changing Oncology Landscape: A Literature and Provider Perspective. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 25, n. 2, p. 246–259, fev. 2019.

GANZ, P. A.; HASSETT, M. J.; MILLER, D. C. Challenges and Opportunities in Delivering High-Quality Cancer Care: A 2016 Update. p. 7, 2016.

GARCIA, S. et al. Survivorship care planning in a comprehensive cancer center using an implementation framework. **The Journal of Community and Supportive Oncology**, v. 14, n. 5, p. 192–199, maio 2016.

GARVELINK, M. M.; VAN DER NAT, P. B. Moving forward with Value Based Healthcare: The need for a scientific approach. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 45, n. 7, p. 1299, 2019.

GESKO, D. S.; WORLEY, D.; RINDAL, B. D. Creating systems aligned with the TRIPLE-AIM and v ALUE-BASED care. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 80, n. S2, set. 2020.

GIBBONS, M. et al. **The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies**. [s.l.] sage, 1994.

GIVEN, C. W. Family Caregiving for Cancer Patients: the State of the Literature and a Direction for Research to Link the Informal and Formal Care Systems to Improve Quality and Outcomes. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 35, n. 4, p. 389–394, 2019.

GONÇALVES, F. N. R. Optimizar os Circuitos dos Doentes em Cooperação Internacional Apostando em Gestão Baseada em Valor (VBHC). **Acta Médica Portuguesa**, v. 32, n. 2, p. 167, 28 fev. 2019.

GORDAN, L. et al. Unintended Consequences in Cancer Care Delivery Created by the Medicare Part B Proposal: Is the Clinical Rationale for the Experiment Flawed? **Journal of Oncology Practice**, v. 13, n. 2, p. e139–e151, fev. 2017.

GORI, D. et al. Utilization of Prostate Cancer Quality Metrics for Research and Quality Improvement: A Structured Review. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 45, n. 3, p. 217–226, 2019.

GORT, M.; BROEKHUIS, M.; REGTS, G. How teams use indicators for quality improvement – A multiple-case study on the use of multiple indicators in multidisciplinary breast cancer teams. **Social Science & Medicine**, v. 96, p. 69–77, nov. 2013.

GOVAERT, J. A. et al. Costs of complications after colorectal cancer surgery in the Netherlands: building the business case for hospitals. **European Journal of Surgical Oncology (EJSO)**, v. 41, n. 8, p. 1059–1067, 2015.

GOVAERT, J. A. et al. Hospital costs of colorectal cancer surgery for the oldest old: A Dutch population-based study. **Journal of surgical oncology**, v. 114, n. 8, p. 1009–1015, 2016a.

GOVAERT, J. A. et al. Colorectal cancer surgery for obese patients: financial and clinical outcomes of a Dutch population-based registry. **Journal of surgical oncology**, v. 113, n. 5, p. 489–495, 2016b.

GOVAERT, J. A. et al. Multicenter stratified comparison of hospital costs between laparoscopic and open colorectal cancer resections: influence of tumor location and operative risk. **Annals of surgery**, v. 266, n. 6, p. 1021–1028, 2017.

GREENBAUM, T. L. Focus groups: An overview. **The Handbook for Focus Group Research. 2nd Edition ed: Sage Publications**, 1998.

GUPTA, R. et al. The Population Health Value Framework: Creating Value by Reducing Costs of Care for Patient Subpopulations With Chronic Conditions. **Academic Medicine**, v. 94, n. 9, p. 1337–1342, set. 2019.

HAIR, J. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. [s.l.] Bookman Companhia Ed, 2005.

HALDER, G. E. et al. Creating a bundled care payment model for treatment of pelvic floor disorders: introducing value into urogynecology. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 223, n. 4, p. 538- 542.e1, 2020.

HARFOUCHE, A. et al. Breast cancer: Value-based healthcare, costs and financing [Cancro de mama: Valor em saúde, custos e financiamento]. **Acta Medica Portuguesa**, v. 30, n. 11, p. 762–768, 2017.

HARTUNG, N. L. W. et al. Creating Virtual Integration and Improved Oncology Care Quality Through a Co-Management Services Agreement. **Journal of Oncology Practice**, v. 12, n. 9, p. e839–e847, set. 2016.

HAYES, R. H.; UPTON, D.; PISANO, G. **Produção, estratégia e tecnologia: em busca da vantagem competitiva**. [s.l.] Bookman, 2008.

HENNINK, S. D. et al. Value-based healthcare in Lynch syndrome. **Familial Cancer**, v. 12, n. 2, p. 347–354, 2013.

HERTLER, A. et al. Utilization of clinical pathways can reduce drug spend within the oncology care model. **JCO Oncology Practice**, v. 16, n. 5, p. E456–E463, 2020.

HOBBS, E. A. et al. Gross Pathology of Routine Pediatric Tonsillectomy Specimens: Optimizing the Value of Patient Care. **Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)**, v. 160, n. 2, p. 339–342, 2019.

HOLTZMAN, J. N. et al. Value-Based Health Care in Undergraduate Medical Education. **Academic Medicine**, v. 95, n. 5, p. 740–743, 2020.

HUGHES, B. D. et al. Cost of benign versus oncologic colon resection among fee-for-service Medicare enrollees. **Journal of Surgical Oncology**, v. 120, n. 2, p. 280–286, 2019.

HUGHES, K. S. et al. Identifying health information technology needs of oncologists to facilitate the adoption of genomic medicine: Recommendations from the 2016 American society of clinical oncology omics and precision Oncology workshop. **Journal of Clinical Oncology**, v. 35, n. 27, p. 3153–3159, 2017.

HURH, J.; KO, Y.-H.; LEE, S.-S. Value-based healthcare: Prerequisites and suggestions for full-fledged implementation in the Republic of Korea. **Journal of Korean Medical Association**, v. 60, p. 826, 1 out. 2017.

ILG, A. M. et al. Time-driven activity-based costing of low-dose-rate and high-dose-rate brachytherapy for low-risk prostate cancer. **Brachytherapy**, v. 15, n. 6, p. 760–767, 2016.

JOHANSEN, N. J.; SAUNDERS, C. M. Value-based care in the worldwide battle against cancer. **Cureus**, v. 9, n. 2, 2017.

JOHNSON, T. et al. NCCN Patient Advocacy Summit: Delivering Value for Patients Across the Oncology Ecosystem. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 18, n. 9, p. 1181–1187, set. 2020.

KAPLAN, A. L. et al. **Measuring the cost of care in benign prostatic hyperplasia using time-driven activity-based costing (TDABC)**. Healthcare. **Anais**...Elsevier, 2015.

KAPOOR, D. A. et al. The LUGPA alternative payment model for initial therapy of newly diagnosed patients with organ-confined prostate cancer: rationale and development. **Reviews in urology**, v. 19, n. 4, p. 235, 2017.

KARHADE, A. V. et al. National databases for neurosurgical outcomes research: Options, strengths, and limitations. **Clinical Neurosurgery**, v. 83, n. 3, p. 333–344, 2018.

KARSTEN, M. M. et al. Web-based patient-reported outcomes using the international consortium for health outcome measurement dataset in a major german university hospital: observational study. **JMIR cancer**, v. 4, n. 2, p. e11373, 2018.

KELLER, D. S.; ZHANG, J.; CHAND, M. Opioid-free colorectal surgery: a method to improve patient & financial outcomes in surgery. **Surgical Endoscopy**, v. 33, n. 6, p. 1959–1966, 2019.

KHALAFALLAH, A. M. et al. A novel online calculator predicting short-term postoperative outcomes in patients with metastatic brain tumors. **Journal of Neuro-Oncology**, v. 149, n. 3, p. 429–436, set. 2020.

KIM, A. H. et al. Developing a Standard Set of Patient-Centred Outcomes for inflammatory Bowel Disease-an international, cross-disciplinary consensus. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 12, n. 4, p. 408–418, 2018.

KLINK, A. J. et al. Health Care Resource Utilization and Costs in First-Line Treatments for Patients with Metastatic Melanoma in the United States. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 25, n. 8, p. 869–877, ago. 2019.

KOEHLMOOS, T. P. et al. Assessing low-value health care services in the military health system. **Health Affairs**, v. 38, n. 8, p. 1351–1357, 2019.

KONSKI, A. A. Defining Value in Radiation Oncology: Approaches to Weighing Benefits vs Costs. **Oncology (Williston Park, NY)**, v. 31, n. 4, p. 248–254, 2017.

KOO, A. S.; JACOBY, D. L. Review Article: Patient Centered Specialty Practice: A Value Based Care Solution for Urology Groups. **Urology Practice**, v. 5, n. 4, p. 245–252, 2018.

KRUGER, R.; CASEY, M. **Focus Groups (T. Edition Ed.)**California: Sage Publications, , 2000.

KUKREJA, J. B. et al. Cost-Effectiveness of Robot-assisted Radical Cystectomy Using a Propensity-matched Cohort. **European Urology Focus**, v. 6, n. 1, p. 88–94, 2020.

LACERDA, D. P. et al. Design Science Research: método de pesquisa para a engenharia de produção. **Gestão & Produção**, v. 20, n. 4, p. 741–761, 26 nov. 2013.

LAGENDIJK, M. et al. Patient reported outcome measures in breast cancer patients. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 44, n. 7, p. 963–968, 2018.

LAGENDIJK, M. et al. Incorporating Patient-Reported Outcome Measures into Breast Surgical Oncology: Advancing Toward Value-Based Care. **Oncologist**, v. 25, n. 5, p. 384–390, 2020.

LANGEVIN, A.; RIOPEL, D. **Logistics systems: design and optimization**. [s.l.] Springer Science & Business Media, 2005. v. 2

LEE, C. T. et al. Models of care in outpatient cancer Centers. **Nursing Economics**, v. 30, n. 2, p. 108–116, 2012.

LEE, J. M. et al. Mammography Performance Benchmarks in an Era of Value-based Care. **Radiology**, v. 284, n. 2, p. 605–607, ago. 2017.

LEITHNER, D. et al. Abbreviated MRI of the Breast: Does It Provide Value? **Journal of**

Magnetic Resonance Imaging, v. 49, n. 7, p. e85–e100, jun. 2019.

LENDNER, P. **Breast Cancer Provides Unique Test For Acceptance of Value-Based CareManagedcaremag.com**, 23 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.managedcaremag.com/archives/2017/5/breast-cancer-provides-unique-test-acceptance-value-based-care/>. Acesso em: 26 out. 2021

LENDNER, P. **For oncologists, it is bye to buy-and-bill and hello to value-based careManagedcaremag.com**, 29 mar. 2021b. Disponível em: <https://www.managedcaremag.com/archives/2015/7/oncologists-it-bye-buy-and-bill-and-hello-value-based-care/>. Acesso em: 2 nov. 2021

LENFANT, L. et al. Single-institution Cost Comparison: Single-port Versus Multiport Robotic Prostatectomy. **European Urology Focus**, 2020.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, p. 115–121, jun. 2001.

LEUNG, S. et al. Critical Care Organizations: Business of Critical Care and Value/Performance Building. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 1, p. 1–11, jan. 2018.

LIEVENS, Y.; GRAU, C.; AGGARWAL, A. Value-based health care – what does it mean for radiotherapy? **Acta Oncologica**, v. 58, n. 10, p. 1328–1332, 3 out. 2019.

LIN, M. P. et al. Effect of accountable care organizations on emergency medicine payment and care redesign: a qualitative study. **Annals of emergency medicine**, v. 75, n. 5, p. 597–608, 2020.

LOBATTO, D. J. et al. Toward Value Based Health Care in pituitary surgery: application of a comprehensive outcome set in perioperative care. **European Journal of Endocrinology**, v. 181, n. 4, p. 375–387, out. 2019.

MANJUNATHAN, A. et al. A Streamlined Preoperative Surgical Oncology Clinic Workflow Reduces Patient Burden. **Journal of Surgical Research**, v. 251, p. 146–151, jul. 2020.

MANSON, N. J. Is operations research really research? **Orion**, v. 22, n. 2, p. 155–180, 2006.

MANZANO, J.-G. M. et al. Readmission patterns after GI cancer hospitalizations: The medical versus surgical patient. **Journal of Oncology Practice**, v. 14, n. 3, p. e137–e148, 2018.

MARCOUX, M.; OST, D. E. What's new in endobronchial ultrasound for mediastinal staging? **Current opinion in pulmonary medicine**, v. 26, n. 4, p. 346–358, 2020.

MARKS, M. A.; MATHIEU, J. E.; ZACCARO, S. J. A temporally based framework and taxonomy of team processes. **Academy of management review**, v. 26, n. 3, p. 356–376, 2001.

MARTIN, N. E. et al. Defining a Standard Set of Patient-centered Outcomes for Men with Localized Prostate Cancer. **European Urology**, v. 67, n. 3, p. 460–467, mar. 2015.

MAYER, D. K. et al. Assuring Quality Cancer Survivorship Care: We've Only Just Begun. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, n. 35, p. e583–e591, maio 2015.

MCCLEARY, N. J. et al. Oncology Patient Portal Enrollment at a Comprehensive Cancer Center: A Quality Improvement Initiative. **Journal of Oncology Practice**, v. 14, n. 8, p. e451–e461, ago. 2018.

MCCRAY, D. K. S.; GROBMYER, S. R.; PEDERSON, H. J. Impact of value based breast cancer care pathway implementation on pre-operative breast magnetic resonance imaging utilization. **Gland Surgery**, v. 6, n. 1, p. 57–63, fev. 2017.

MCKEE, S. P. et al. Intracranial Meningioma Surgery: Value-Based Care Determinants in New York State, 1995–2015. **World Neurosurgery**, v. 118, p. e731–e744, 2018.

MCLAUGHLIN, D. B.; HAYS, J. M. **Healthcare operations management**. Chicago : Washington, DC: Health Administration Press ; AUPHA Press, 2008.

MIDDLETON, L. P. et al. Second-Opinion Pathologic Review Is a Patient Safety Mechanism That Helps Reduce Error and Decrease Waste. **Journal of Oncology Practice**, v. 10, n. 4, p. 275–280, jul. 2014.

MIETTINEN, S.; TENHUNEN, H. Digital Follow-Up Application for Cancer Patients – Value Mechanisms Regarding Health Professionals' Work. **Digital Personalized Health and Medicine. European Federation for Medical Informatics (EFMI) and IOS Press**, v. 270, p. 572–576, 2020.

MILLER, J. D. et al. Value Analysis of Digital Breast Tomosynthesis for Breast Cancer Screening in a US Medicaid Population. **Journal of the American College of Radiology**, v. 14, n. 4, p. 467- 474.e5, 2017.

MINGERS, J. Variety is the spice of life: combining soft and hard OR/MS methods. **International Transactions in Operational Research**, v. 7, n. 6, p. 673–691, 1 nov. 2000.

MINGERS, J.; ROSENHEAD, J. **Rational Analysis for a Problematic World Revisited**. Edited book. Disponível em: <https://kar.kent.ac.uk/3902/>. Acesso em: 13 fev. 2022.

MISRA-HEBERT, A. D. **Cervical cancer in African American women: optimizing prevention to reduce disparities**, 2017.

MISRA-HEBERT, A. D. et al. Testing of a Tool for Prostate Cancer Screening Discussions in Primary Care. **Frontiers in Oncology**, v. 8, p. 238, 28 jun. 2018a.

MISRA-HEBERT, A. D. et al. Implementing team-based primary care models: a mixed-methods comparative case study in a large, integrated health care system. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 11, p. 1928–1936, nov. 2018b.

MODI, P. K.; HOLLENBECK, B. K.; BORZA, T. **Searching for the value of**

accountable care organizations in cancer care Wiley Online Library, , 2018.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **International Journal of Surgery**, v. 8, n. 5, p. 336–341, 2010.

MOSS, H. A.; HAVRILESKY, L. J. The use of patient-reported outcome tools in Gynecologic Oncology research, clinical practice, and value-based care. **Gynecologic Oncology**, v. 148, n. 1, p. 12–18, 2018.

MOTT, F. E. Patient Reported Outcomes (PROs) as Part of Value-Based Care Can Shape Therapy Guidelines: Impact on Emerging Targeted Agents and Immunotherapy Protocols in Resource-Limited Regions. **Oncology and Therapy**, v. 5, n. 1, p. 69–74, jun. 2017.

MUIR GRAY, J. A. Evidence-based and value-based healthcare. **Evidence-Based Healthcare and Public Health**, v. 9, n. 5, p. 317–318, 2005.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 9–24, 7 jan. 2013.

NABHAN, C.; PHILLIPS, E. G.; FEINBERG, B. A. Value in Oncology: It Is in the Eyes of the Beholder. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 17, n. 1, p. 2–5, jan. 2019.

NAGLE, S. J.; AAKHUS, E. Preparing Trainees to Deliver High-Value and Cost-Conscious Care in Hematology. **Current Hematologic Malignancy Reports**, v. 15, n. 4, p. 248–253, 2020.

O'DEA, R. E. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses in ecology and evolutionary biology: a PRISMA extension. **Biological Reviews**, p. brv.12721, 7 maio 2021.

ONG, W. L. et al. A standard set of value-based patient-centered outcomes for breast cancer: The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) initiative. **JAMA Oncology**, v. 3, n. 5, p. 677–685, 2017.

OSAROGIAGBON, R. U. Making the Evidentiary Case for Universal Multidisciplinary Thoracic Oncologic Care. **Clinical Lung Cancer**, v. 19, n. 4, p. 294–300, 2018.

OSTBY, S. A. et al. Reducing emergency department (ED) computed tomography (CT) utilization in women treated for gynecologic cancers. **Gynecologic Oncology**, v. 156, n. 2, p. 288–292, fev. 2020.

PAGE, M. J. et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 134, p. 103–112, 1 jun. 2021.

PARTRIDGE, A. H. et al. Developing a Service Model That Integrates Palliative Care Throughout Cancer Care: The Time Is Now. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 29, p.

3330–3336, 10 out. 2014.

PATEL, K. B. et al. The role of biosimilars in value-based oncology care. **Cancer Management and Research**, v. Volume 10, p. 4591–4602, out. 2018.

PEARD, L. et al. Examining and Understanding Value: The Impact of Preoperative Characteristics, Intraoperative Variables, and Postoperative Complications on Cost of Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy. **Journal of Endourology**, v. 33, n. 7, p. 541–548, 2019.

PENEDO, F. J. et al. The increasing value of eHealth in the delivery of patient-centred cancer care. **The Lancet Oncology**, v. 21, n. 5, p. e240–e251, maio 2020.

PHAN, R.; HUNTER-SMITH, D. J.; ROZEN, W. M. The use of Patient Reported Outcome Measures in assessing patient outcomes when comparing autologous to alloplastic breast reconstruction: A systematic review. **Gland Surgery**, v. 8, n. 4, p. 452–460, 2019.

PIANYKH, O. S. et al. Improving healthcare operations management with machine learning. **Nature Machine Intelligence**, v. 2, n. 5, p. 266–273, 2020.

PLICHTA, J. K. et al. It's not you, It's me: The influence of patient and surgeon gender on patient satisfaction scores. **The American Journal of Surgery**, v. 220, n. 5, p. 1179–1188, 2020.

POLLOCK, R. E. Value-Based Health Care: The MD Anderson Experience. **Annals of Surgery**, v. 248, n. 4, p. 510–516, out. 2008.

POPAT, K.; MCQUEEN, K.; FEELEY, T. W. The global burden of cancer. **Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology**, v. 27, n. 4, p. 399–408, 2013.

PORTER, M. E. Value-Based Health Care Delivery. **Annals of Surgery**, v. 248, n. 4, p. 503–509, out. 2008.

PORTER, M. E. What is value in health care. **N Engl J Med**, v. 363, n. 26, p. 2477–2481, 2010.

PORTER, M. E.; LEE, T. H. The strategy that will fix health care. **Harvard business review**, v. 91, n. 10, p. 1–19, 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results**. [s.l.] Harvard Business Press, 2006.

PRICE-HAYWOOD, E. G. et al. Depression, anxiety, pain and chronic opioid management in primary care: Type II effectiveness-implementation hybrid stepped wedge cluster randomized trial. **Contemporary Clinical Trials**, v. 101, p. 106250, fev. 2021.

PRINTZ, C. MACRA paves way for changes in reimbursements: Physicians hopeful law will lead to more value-based care. **Cancer**, v. 121, n. 13, p. 2103–2104, 2015.

Processos: Uma Abordagem da engenharia para a gestão de operações. **MIGUEL, PAC et al. Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção e Gestão de Operações. Rio**

de Janeiro: Campus, p. 63–72, 2011.

PUCCINI, L. R. S.; GIFFONI, M. G. P. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. v. 10, p. 8, 2015.

RASPER, A. M.; TERLECKI, R. P. Prostate Cancer Survivorship: Implementation of Survivorship Care Plans to Meet the Mandate and Enhance Urologic Practice Through Collaborative Care. p. 7, 2016a.

RASPER, A. M.; TERLECKI, R. P. Prostate cancer survivorship: Implementation of survivorship care plans to meet the mandate and enhance urologic practice through collaborative care. **Reviews in urology**, v. 18, n. 4, p. 214, 2016b.

REDONDO, P. et al. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? **ecancermedicalscience**, v. 13, 27 ago. 2019.

REESINK, D. J. et al. Treatment patterns and clinical outcomes of chemotherapy treatment in patients with muscle-invasive or metastatic bladder cancer in the Netherlands. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 1–10, 2020.

REINKE, T. Value-based Health Care: One Patient's Experience and What Really Matters. **Managed care (Langhorne, Pa.)**, v. 25, n. 10, p. 17–22, 2016.

REITBLAT, C. et al. Value-Based Healthcare in Urology: A Collaborative Review. **European Urology**, 2021.

RESNICK, M. J. et al. The association between Medicare accountable care organization enrollment and breast, colorectal, and prostate cancer screening: ACO Enrollment and Cancer Screening. **Cancer**, v. 124, n. 22, p. 4366–4373, 15 nov. 2018.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779–786, dez. 2008.

ROCQUE, G. et al. Choosing Wisely in Oncology: Are We Ready For Value-Based Care? v. 13, n. 11, p. 10, 2017.

ROCQUE, G. et al. Engaging Multidisciplinary Stakeholders to Drive Shared Decision-Making in Oncology. **Journal of Palliative Care**, v. 34, n. 1, p. 29–31, jan. 2019a.

ROCQUE, G. B. et al. Where are the opportunities for reducing health care spending within alternative payment models? **Journal of Oncology Practice**, v. 14, n. 6, p. e375–e383, 2018.

ROCQUE, G. B. et al. Quality Improvement at the Health System Level: Measurement, Risk Stratification, Disparity Populations, and Governance. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, n. 39, p. 388–398, maio 2019b.

RODIN, D. et al. Balancing Equity and Advancement: The Role of Health Technology Assessment in Radiotherapy Resource Allocation. **Clinical Oncology**, v. 29, n. 2, p. 93–98, fev. 2017.

ROMANUS, D. et al. Concordance with NCCN Colorectal Cancer Guidelines and ASCO/NCCN Quality Measures: An NCCN Institutional Analysis. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 7, n. 8, p. 895–904, set. 2009a.

ROMANUS, D. et al. Concordance with NCCN Colorectal Cancer Guidelines and ASCO/NCCN Quality Measures: An NCCN Institutional Analysis. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 7, n. 8, p. 895–904, set. 2009b.

ROTHENBERG, M. L.; MCCARTHY, J.; HOLMES, P. Price, cost, and value of cancer medicines: A pharmaceutical industry perspective. **Cancer Journal (United States)**, v. 26, n. 4, p. 281–286, 2020.

RUSSELL, H. et al. Longitudinal Trends in Costs for Hospitalizations at Children's Hospitals. **Hospital pediatrics**, v. 10, n. 9, p. 797–801, 2020.

RYSKINA, K. L. et al. US internal medicine residents' knowledge and practice of high-value care: a national survey. **Academic Medicine**, v. 90, n. 10, p. 1373–1379, 2015.

SACKMAN, J. E.; KUCHENREUTHER, M. J. Value-based healthcare in the: United Kingdom. **Pharmaceutical Technology**, v. 39, n. 1, p. 26–76, 2015.

SAMPAIO, R.; MANCINI, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 1, p. 83–89, fev. 2007.

SAUNDERS, C. et al. High-impact workflow changes for value-based care success. **The American journal of managed care**, v. 23, n. 13, p. SP514–SP516, 2017.

SAUNDERS, C. Towards value-based healthcare – modelling an answer for cancer care delivery. **Australian Health Review**, v. 43, n. 2, p. 121, 2019.

SCHAPIRA, M. M. et al. Seeking Consensus on the Terminology of Value-Based Transformation Through use of a Delphi Process. **Population health management**, v. 23, n. 3, p. 243–255, 2020.

SCHILDMANN, J. Value and Values in Cancer Care. Assessing the Benefit of Treatment in Patients with Advanced Cancer. **Oncology Research and Treatment**, v. 42, n. 1–2, p. 35–40, 2019.

SCHULER, M. et al. Implementation and first results of a tablet-based assessment referring to patient-reported outcomes in an inpatient cancer care unit [Implementierung unter Routinebedingungen und erste Ergebnisse einer Tablet-basierten Patientenbefragung zur Erfassung von patientenberichteten Outcomes (PRO) der stationären onkologischen Versorgung]. **Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen**, v. 121, p. 64–72, 2017.

SCOTT, B. C.; EMINGER, T. L. Bundled payments: Value-based care implications for providers, payers, and patients. **American Health and Drug Benefits**, v. 9, n. 9, p. 493–496, 2016.

SERDIUK, A. A. et al. Aligning Anesthesiology and Perioperative Services with Value-Based Care: Proceedings of the Annual Meeting of the Association of Anesthesia Clinical Directors (AACD). **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 50, p. 76–77, nov. 2018.

SEYMOUR, E. K.; DE SOUZA, J. A.; FENDRICK, A. M. Incorporating value-based care into oncology. **Cancer Journal (United States)**, v. 26, n. 4, p. 311–322, 2020.

SHARMA, G. Medical consultation for surgical cases in the era of value-based care. **JAMA Internal Medicine**, v. 174, n. 9, p. 1477–1478, 2014.

SHECKTER, C. C. et al. Applying a value-based care framework to post-mastectomy reconstruction. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 175, n. 3, p. 547–551, jun. 2019.

SHEN, J.; XIE, Z.; NAEIM, A. **Healthcare informatics and technology in managing the older cancer patient**. [s.l.] Springer International Publishing, 2020.

SHUNG, D. L.; BYRNE, M. F. How Artificial Intelligence Will Impact Colonoscopy and Colorectal Screening. **Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America**, v. 30, n. 3, p. 585–595, jul. 2020.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. ANÁLISE DE CONTEÚDO: EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS. p. 14, 2015.

SILVA, G. DO E. S.; MALIK, A. M. Valor em saúde. **GV EXECUTIVO**, v. 18, n. 1, p. 12–15, 1 fev. 2019.

SIMONE, J. V. Understanding Academic Medical Centers: Simone's Maxims. p. 6, 2002.

SMITH, W. H. et al. Estimating cost implications of potentially avoidable hospitalizations among oncology care model patients with prostate cancer. **Journal of Cancer Policy**, v. 23, 2020.

SONG, A. et al. The Oncology Care Model: Oncology's First Foray Away From Volume and Toward Value-Based Care. **American Journal of Medical Quality**, v. 34, n. 4, p. 321–323, jul. 2019.

SØRENSEN, K. et al. The call for a strategic framework to improve cancer literacy in Europe. **Archives of Public Health**, v. 78, n. 1, p. 60, dez. 2020.

SPATZ, E. S. et al. Shared decision making as part of value based care: New U.S. policies challenge our readiness. **Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen**, v. 123–124, p. 104–108, jun. 2017.

SPIEGEL, T. **Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações: análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações**. PhD Thesis—[s.l: s.n.].

SPIEGEL, T. et al. TÓPICOS EMERGENTES E DESAFIOS METODOLÓGICOS EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO: CASOS, EXPERIÊNCIAS E PROPOSIÇÕES-Volume VIII. 2016.

SQUITIERI, L.; BOZIC, K. J.; PUSIC, A. L. The Role of Patient-Reported Outcome Measures in Value-Based Payment Reform. **Value in Health**, v. 20, n. 6, p. 834–836, jun. 2017.

STEINBERG, A. S. et al. Development and implementation of an academic cancer therapy stewardship program. **American Journal of Managed Care**, v. 24, n. 3, p. 147–151, 2018.

STEINMANN, G. et al. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 862, dez. 2020.

STEINMANN, G. et al. Expert consensus on moving towards a value-based healthcare system in the Netherlands: a Delphi study. **BMJ Open**, v. 11, n. 4, p. e043367, abr. 2021.

STROUGO, A. D. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. p. 143, 2019.

SUBRAMANIAM, S.; AALBERG, J. J.; DIVINO, C. M. Age stratified analysis of pre-operative factors impacting unplanned thirty day readmission in geriatric general surgery. **American Journal of Surgery**, v. 218, n. 1, p. 77–81, 2019.

SUIDAN, R. S. et al. Total and out-of-pocket costs of different primary management strategies in ovarian cancer. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 221, n. 2, p. 136.e1-136.e9, 2019.

SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, maio 2021.

TAKES, R. P. et al. Value and Quality of Care in Head and Neck Oncology. **Current Oncology Reports**, v. 22, n. 9, p. 92, set. 2020.

TALWAR, R. et al. Concordance of confirmatory prostate biopsy in active surveillance with national guidelines: An analysis from the multi-institutional PURC cohort. **Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations**, v. 38, n. 11, p. 846.e17-846.e22, 2020.

TAYLOR, B. L. et al. Frailty and Greater Health Care Resource Utilization Following Major Urologic Oncology Surgery. **European Urology Oncology**, v. 2, n. 1, p. 21–27, 2019.

TECKIE, S.; MCCLOSKEY, S. A.; STEINBERG, M. L. Value: A framework for radiation oncology. **Journal of Clinical Oncology**, n. 26, p. 2864–2870, 2014.

THAKER, N. G.; ORIO, P. F.; POTTERS, L. Defining the value of magnetic resonance imaging in prostate brachytherapy using time-driven activity-based costing. **Brachytherapy**, v. 16, n. 4, p. 665–671, 2017.

THOMPSON-LASTAD, A. et al. Improving Access to Integrative Oncology Through Group Medical Visits: A Pilot Implementation Project. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 25, n. 7, p. 733–739, jul. 2019.

TRACY, L. F. et al. Satisfaction in Academic Otolaryngology: Do Physician Demographics Impact Press Ganey Survey Scores? **Laryngoscope**, v. 130, n. 8, p. 1902–

1906, 2020.

TRAN, K. et al. Choosing Wisely in Cancer Control across Canada—A Set of Baseline Indicators. **Current Oncology**, v. 24, n. 3, p. 201–206, 1 jun. 2017.

TRANFIELD, D.; DENYER, D.; SMART, P. Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. **British Journal of Management**, v. 14, n. 3, p. 207–222, set. 2003.

TSENG, E. K.; HICKS, L. K. Value Based Care and Patient-Centered Care: Divergent or Complementary? **Current Hematologic Malignancy Reports**, v. 11, n. 4, p. 303–310, 2016.

UENO, N. T. et al. ABC conceptual model of effective multidisciplinary cancer care. **Nature Reviews Clinical Oncology**, v. 7, n. 9, p. 544–547, set. 2010.

VALUCK, T. et al. Improving Oncology Quality Measurement in Accountable Care: Filling Gaps with Cross-Cutting Measures. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 23, n. 2, p. 174–181, fev. 2017.

VAN AKEN, J. E. Management research as a design science: Articulating the research products of mode 2 knowledge production in management. **British journal of management**, v. 16, n. 1, p. 19–36, 2005.

VAN DEEN, W. K. et al. The impact of value-based healthcare for inflammatory bowel diseases on healthcare utilization: a pilot study. **European journal of gastroenterology & hepatology**, v. 29, n. 3, p. 331–337, 2017.

VAN DEEN, W. K.; ESRAILIAN, E.; HOMMES, D. W. Value-Based Health Care for Inflammatory Bowel Diseases. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 9, n. 5, p. 421–427, 1 maio 2015.

VAN ECK, N. J.; WALTMAN, L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. **Scientometrics**, v. 84, n. 2, p. 523–538, ago. 2010.

VAN EGDOM, L. S. E. et al. Implementation of Value Based Breast Cancer Care. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 45, n. 7, p. 1163–1170, 2019.

VAN HOEVE, J. et al. Quality improvement by implementing an integrated oncological care pathway for breast cancer patients. **The Breast**, v. 23, n. 4, p. 364–370, ago. 2014.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711–724, set. 2004.

VILLAFLOR, V. M.; MASSARELLI, E. Nasopharyngeal cancer: Is the addition of chemotherapy to radiotherapy worthwhile in an era of value-based care? **JCO Oncology Practice**, v. 16, n. 11, p. 711–712, 2020.

VLAHIOTIS, A. et al. Analysis of utilization patterns and associated costs of the breast imaging and diagnostic procedures after screening mammography. **ClinicoEconomics and Outcomes Research**, v. Volume 10, p. 157–167, mar. 2018.

VUONG, B. et al. **What Are the Most Significant Cost and Value Drivers for Pancreatic Resection in an Integrated Healthcare System?JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS**360 PARK AVE SOUTH, NEW YORK, NY 10010-1710 USAELSEVIER SCIENCE INC, , jul. 2018.

WAHIDI, M. M. et al. State of the Art: Interventional Pulmonology. **Chest**, v. 157, n. 3, p. 724–736, 2020.

WALKER, B. et al. Evaluation of practice patterns among oncologists participating in the Oncology Care Model. **JAMA network open**, v. 3, n. 5, p. e205165–e205165, 2020.

WANG, K. Y.; MALAYIL LINCOLN, C. M.; CHEN, M. M. Radiology Support, Communication, and Alignment Network and Its Role to Promote Health Equity in the Delivery of Radiology Care. **Journal of the American College of Radiology**, v. 16, n. 4, p. 638–643, abr. 2019.

WARD, L. et al. Patient-centered specialty practice: defining the role of specialists in value-based health care. **Chest**, v. 151, n. 4, p. 930–935, 2017.

WEBER, R. P. **Basic content analysis**. [s.l.] Sage, 1990.

WHEELER, S. B.; SPENCER, J.; ROTTER, J. Toward value in health care: perspectives, priorities, and policy. **North Carolina medical journal**, v. 79, n. 1, p. 62–65, 2018.

WILLIAMS, S. B. et al. Comparing Survival Outcomes and Costs Associated With Radical Cystectomy and Trimodal Therapy for Older Adults With Muscle-Invasive Bladder Cancer. **JAMA Surgery**, v. 153, n. 10, p. 881, 1 out. 2018.

WILLIAMS, S. B. et al. Impact of Centralizing Care for Genitourinary Malignancies to High-volume Providers: A Systematic Review. **European Urology Oncology**, v. 2, n. 3, p. 265–273, maio 2019a.

WILLIAMS, S. B. et al. Impact of Centralizing Care for Genitourinary Malignancies to High-volume Providers: A Systematic Review. **European Urology Oncology**, v. 2, n. 3, p. 265–273, maio 2019b.

WILLKE, R. J. et al. Review of Recent US Value Frameworks—A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [6]. **Value in Health**, v. 21, n. 2, p. 155–160, fev. 2018.

WÜRNSCHIMMEL, C. et al. Quality criteria in urology: How to obtain comparable results? **Der Urologe. Ausg. A**, 2021.

WYSONG, A. et al. Defining skin cancer local recurrence. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 81, n. 2, p. 581–599, 2019.

YOUNG, G. et al. Insights from the oncology care first proposal-where We’ve been and where We’re going in value-based care. **Journal of Oncology Practice**, v. 16, n. 4, p. 151–153, 2020.

ZAMANIPOOR NAJAFABADI, A. H. et al. Unmet needs and recommendations to

improve meningioma care through patient, partner, and health care provider input: A mixed-method study. **Neuro-Oncology Practice**, v. 7, n. 2, p. 239–248, 2020.

ZANOTTI, K. et al. Improving Value-Based Care Education in a Fellowship by Incorporating ACGME Competencies. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 11, n. 6, p. 668–673, 1 dez. 2019.

ZERILLO, J. A. et al. An international collaborative standardizing a comprehensive patient-centered outcomes measurement set for colorectal cancer. **JAMA Oncology**, v. 3, n. 5, p. 686–694, 2017.

ZERILLO, J. A. et al. Quality Improvement Training in a Variety of Cancer Care Delivery Settings: Experiences From a Comprehensive Cancer Center, an Academic Medical Center, and Community Practices. **Journal of Oncology Practice**, v. 14, n. 12, p. e815–e822, dez. 2018.

ZHU, Y. Value-based Practice: Integration of Cancer Rehabilitation and Palliative Care in Oncology Services. **Chinese Medical Sciences Journal**, v. 33, n. 4, p. 204–209, 1 dez. 2018.

Apêndices

Apêndice A – Planejamento da revisão da literatura

Este Apêndice A tem como objetivo descrever a fase de planejamento da revisão da literatura, contemplando as etapas de definição do painel de especialistas, o estudo do escopo das revisões, a definição da pergunta de pesquisa, a definição do protocolo de pesquisa e a definição das bases de dados. A fase de planejamento da revisão precede a condução da revisão e é, portanto, fundamental para sua execução.

1.1 Definição de um painel de especialistas

Foi definido um painel de especialistas para direcionar o processo de revisão através de reuniões regulares, onde foram resolvidos os dissensos quanto a inclusão ou exclusão de artigos, além das classificações temáticas. O painel foi composto por quatro especialistas em Gestão de Operações em Saúde, de formação em Engenharia de Produção, atuantes na área de saúde há pelo menos 2 anos. As reuniões ocorreram quinzenalmente durante o período de 25/01/2021 a 05/04/2021, remotamente por videochamada através do *Google Meet*, com duração média de 1h. Durante as reuniões, a pesquisadora autora da tese era moderadora das discussões, apresentando os artigos e conduzindo a avaliação do grupo sobre a pertinência de inclusão ou exclusão dos artigos. Em cada reunião, eram apresentados no máximo 4 artigos para que seu conteúdo pudesse ser devidamente revisado e avaliado pelo grupo.

1.2 Estudo do escopo das revisões

O objetivo do estudo do escopo das revisões é delimitar os assuntos de interesse e contextualização acerca dos principais temas. O primeiro desafio de pesquisa contemplou as seguintes perguntas: (1) Como projetar uma atenção integral ao paciente oncológico com base em valor? (2) Essa é uma boa aposta para solução da equação desbalanceada entre volume de pacientes, custos de tratamento e restrição de recursos?

A primeira busca contemplou os termos *"comprehensive care"* e *"value-based"* ou *"value based"*. Com essa primeira exploração foi possível identificar que não havia uma definição única para cuidado integral (ou atenção integral) e o termo "*multidisciplinar care*" se apresentou como relevante.

Além disso, pode-se identificar um volume pouco expressivo de resultados, apesar de sinalizações de aproximação à agenda de valor com o intuito de redução de custos e entrega de melhores resultados, o que incentivou novas buscas em dois sentidos: (1) de compreender as práticas de atenção integral ao paciente oncológico e (2) de compreender as práticas de VBHC no contexto oncológico.

O objetivo era, então, a partir da experiência do grupo de especialistas, identificar as interseções entre os temas para projetar um modelo conceitual que incorporasse tanto as práticas de cuidado integral, mas que também respeitasse as premissas da agenda de valor.

1.3 Definição da pergunta de pesquisa definitiva

O entendimento dos dois novos caminhos de investigação na literatura na etapa anterior foi fundamental para a definição das perguntas de pesquisa. A questão de pesquisa (QP) foi, então, validada e orientou a condução da primeira revisão da literatura. As perguntas secundárias (PS), desdobradas da questão de pesquisa central, estão associadas à trajetória metodológica de condução das demais revisões da literatura.

QP: Como construir um Modelo de Atenção Integral ao Paciente Oncológico baseado em valor?

- PS1: Quais são as referências e/ou práticas de atenção integral ao paciente oncológico?
- PS2: Quais são as abordagens de VBHC aplicadas ao cuidado ao paciente oncológico?
- PS3: Há práticas/aplicações de VBHC em pacientes oncológicos que possam contribuir para um modelo de atenção integral ao paciente oncológico?

1.4 Definição do protocolo de pesquisa

O protocolo contém informações sobre as questões específicas abordadas pelo estudo, a população (ou amostra) que é o foco do estudo, a estratégia de busca para identificação de estudos relevantes e os critérios para inclusão e exclusão de estudos na revisão (CROMBIE; DAVIES, 2009). Para apoiar a condução das três revisões sistemáticas, foi adotado o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), amplamente utilizado em revisões sistemáticas da literatura, uma vez que orienta um conjunto de etapas para sua condução e reduz vieses na seleção e reporte dos resultados (DONATO; DONATO, 2019; PAGE et al., 2021). Além disso, observa-se sua crescente importância em pesquisas na área da saúde, tanto para o desenvolvimento de diretrizes para a prática clínica, quanto para a justificativa de novas pesquisas mediante agências de fomento (MOHER et al., 2010; O'DEA et al., 2021).

1.5 Definição das bases de dados

As 3 revisões da literatura foram conduzidas na Scopus e na Pubmed. A Scopus foi definida por ser uma base de dados multidisciplinar que cobre a literatura acadêmica de quase todas as disciplinas (ANDALIA; RODRÍGUEZ; MULET, 2015; FALAGAS et al., 2008) e cerca de 48% dos seus títulos são referentes a ciência da vida e saúde (ANDALIA; RODRÍGUEZ; MULET, 2015). Além disso, é passível de análise bibliométrica pelo pacote Bibliometrix (ARIA; CUCCURULLO, 2017) no software R, versão 3.5.3 e possui um banco de dados internacional mais abrangente que o Web of Science (FALAGAS et al., 2008). A Pubmed foi selecionada por apresentar a maior cobertura de periódicos da área biomédica (FALAGAS et al., 2008; PUCCINI; GIFFONI, 2015).

Ademais, na etapa de análise bibliométrica das revisões (exposta no Apêndice C), foi possível verificar complementaridade entre as bases de acordo com a análise de produção anual pelo Bibliometrix. Na revisão 2, que buscou aspectos mais assistenciais a respeito do cuidado integral ao paciente oncológico, a Pubmed trouxe mais resultados que a SCOPUS. Na revisão 3, cujo objetivo foi identificar práticas apoiadas na agenda de valor em saúde, a A Scopus se mostrou mais relevante do ponto de vista do volume de resultados. Essa constatação aponta para uma complementaridade entre as bases no escopo da tese.

Apêndice B – Condução das revisões sistemáticas da literatura

O objetivo do Apêndice B é explicitar os passos seguidos na condução das revisões sistemáticas da literatura, conforme proposto por Tranfield; Denyer; Smart (2003). Os passos são: identificação preliminar das palavras-chaves e descritores, definição dos descritores mais pertinentes, a definição dos critérios de inclusão e exclusão, e identificação dos artigos selecionados.

1.1 Identificação preliminar das palavras-chave e descritores

Uma busca sistemática começa com a identificação de palavras-chave e termos de pesquisa, que são construídos a partir do estudo de escopo, a literatura e as discussões dentro da equipe de revisão. O revisor deve, então, decidir sobre as *strings* de pesquisa que são mais apropriados para o estudo. A estratégia de busca deve ser relatada em detalhes suficientes para garantir que a pesquisa possa ser replicada (TRANFIELD; DENYER; SMART, 2003).

As estratégias de busca adotadas combinaram os termos de busca com operadores booleanos (AND, OR), aspas. O operador AND possibilita a identificação de resultados que contemplem ambos os termos da busca. O operador OR amplia a pesquisa e retorna resultados que contemplem qualquer combinação entre os termos. A utilização de aspas permite encontrar os termos exatamente como eles são difundidos na literatura. Nessa fase de identificação preliminar, algumas estratégias foram testadas para que se definisse, a posteriori, as estratégias definitivas.

As estratégias de busca foram avaliadas pelo painel de especialistas definidos no planejamento da revisão e a definição se deu a partir do consenso entre eles. Para tal, os títulos dos resultados das buscas foram lidos, foi realizada uma análise preliminar no *VOSViewer* para identificação de coocorrência de palavras-chave para que fosse avaliada a adequação da estratégia de busca às perguntas de pesquisa. Na tese, estão oportunamente representadas as análises bibliométricas referentes à definição definitiva de descritores. Os quadros 1, 2 e 3 representam o registro dessas estratégias de busca preliminares executadas para cada revisão.

Quadro 32 – Estratégias de busca preliminares da revisão 1

#	**Estratégia de busca**
1	"comprehensive cancer" AND ("value-based" OR "value based")
2	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND ("value-based health care" OR "value-based healthcare" OR "value-based care" OR "value based health care" OR "value based healthcare" OR "value based care")

Quadro 33 – Estratégias de busca preliminares da revisão 2

#	**Estratégia de busca**
1	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinar cancer") AND (model OR frame*)
2	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND (model OR frame*) AND (project OR operation OR resources)
3	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND (model OR framework) AND (project OR resources)
4	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND (model OR framework) AND (process OR pathway)
5	("comprehensive cancer center" OR "multidisciplinary cancer center") AND (process OR pathway) AND (model OR project OR management)
6	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND ("process management" OR "care delivery") AND ("quality improvement" OR metrics)
7	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND ("care delivery") AND ("process management" OR "quality improvement" OR metrics)
8	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer") AND ("care delivery") AND ("process management" OR "quality improvement" OR metrics OR framework)
9	("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary cancer" OR "cancer center" OR "cancer model") AND ("care delivery") AND ("process management" OR "quality improvement" OR metrics OR framework)
10	("cancer center" OR "cancer model") AND ("care delivery") AND ("process management" OR "quality improvement" OR metrics OR framework)

Quadro 34 – Estratégias de busca preliminares da revisão 3

#	Estratégia de busca
1	("value-based health care" OR "value-based healthcare" OR "value-based care" OR "value based health care" OR "value based healthcare" OR "value based care") AND ("cancer" OR oncolog*)

1.2 Definição dos descritores mais pertinentes

A etapa de identificação preliminar das palavras-chave e descritores permitiu o entendimento preliminar do campo, uma vez que foram conduzidas análises de coocorrência de palavras-chaves, a validação das palavras-chave adotadas nas estratégias de busca, e a definição definitiva das estratégias de busca das três revisões da literatura. Dessa forma, para cada revisão foi adotada uma estratégia de busca mais adequada às respectivas perguntas de pesquisa.

1.2.1 Descritores da revisão 1

A escolha dos descritores e operadores lógicos da primeira revisão contemplou palavras-chave relacionadas ao conceito de VBHC e todas as suas variantes encontradas na busca preliminar, combinadas às palavras referentes a cuidado integral ao paciente oncológico. Apesar do uso muitas vezes equivocado dos conceitos de VBHC e da referência aos elementos de VBHC com outras terminologias (STROUGO, 2019), definiu-se, no âmbito da tese, a utilização das variantes que se referem estritamente a VHBC, para que os resultados refletissem especificamente os textos de autores que compreendem e usam adequadamente os conceitos e definições do termo. A estratégia de busca defina foi *[("comprehensive cancer" OR "multidisciplinar cancer") AND ("value-based health care" OR "value-based healthcare" OR "value-based care" OR "value based health care" OR "value based healthcare" OR "value based care")].*

1.2.2 Descritores da revisão 2

A segunda revisão foi conduzida para compreender, a partir da literatura, os seguintes pontos: (1) quais são os modelos de atenção ao paciente oncológico e (2) quais são as práticas associadas aos modelos de cuidado que permitem um cuidado oportuno e integral ao paciente oncológico. A escolha dos descritores e operadores lógicos contemplou palavras relacionadas às estruturas, modelos e práticas de cuidado aos pacientes oncológicos associadas a palavras que se referem a gestão e métrica do cuidado. A estratégia de busca defina foi *[("comprehensive cancer" OR "multidisciplinary câncer") AND ("care delivery") AND ("process management" OR "quality improvement" OR metrics OR framework)]*.

1.2.3 Descritores da revisão 3

A terceira revisão pretende compreender a partir dos textos de valor em saúde aplicado ao paciente oncológico, (1) quais os principais temas abordados e (2) quais práticas que podem contribuir para a construção do modelo. A estratégia de busca defina foi *[("value-based health care" OR "value-based healthcare" OR "value-based care" OR "value based health care" OR "value based healthcare" OR "value based care") AND ("cancer" OR oncolog*)]*.

1.3 Definição dos critérios de inclusão e exclusão

Como os critérios de inclusão e exclusão são relativamente subjetivos, esta etapa deve ser conduzida por mais de um pesquisador. O painel de especialistas foi acessado para tratativa das divergências de interpretação na seleção dos artigos.

Enquanto critérios objetivos de inclusão, comuns às três revisões, no que tange ao recorte temporal, foram mantidos textos até 2020 e não foram feitas restrições quanto ao tipo de documento ou idioma. Foram adotados os campos título, resumo e palavras-chave como critérios de identificação dos resultados nas bases.

Quanto aos critérios de seleção dos artigos identificados, cada revisão teve suas particularidades.

1.3.1 Especificidades da revisão 1

A primeira fase de seleção se deu a partir da leitura dos títulos dos artigos identificados, conforme orientação do Protocolo PRISMA, com o objetivo de identificar potenciais modelos de atenção integral para o paciente oncológico baseados em valor. Para tal, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critério de inclusão: Artigo aborda VBHC no cuidado ao paciente oncológico? (Sim – inclui /Não – exclui);
- Critério de exclusão: Artigo apresenta abordagem assistencial ou genômica? (Sim – exclui / Não – inclui);

A segunda fase de seleção se deu a partir da leitura do resumo, de acordo com a orientação do PRISMA e para tal foram definidos também os critérios de inclusão e exclusão. Sobre os critérios de exclusão, vale destacar que apesar da reconhecida relevância das discussões de modelo de custeio e pagamento e de difusão de VBHC em serviços de saúde, o interesse de pesquisa se dá pelo projeto de serviços (modelo de operações) baseados em valor para o paciente oncológico, tendo sido, portanto, excluídos os artigos com foco exclusivo em modelos de pagamento e custeio e difusão do conceito de VBHC. Dessa forma, faz-se um recorte de interesse na leitura dos resumos, sendo definidos os critérios:

- Critério de inclusão: Artigo aborda modelos de cuidado ou práticas de cuidado baseadas em valor para o paciente oncológico? (Sim – inclui /Não – exclui);
- Critérios de exclusão: Artigo foca em modelos de pagamento ou aplicações de métodos de custeio? (Sim – exclui / Não – inclui) / Artigo foca somente na difusão da agenda de valor? (Sim – exclui / Não – inclui);

A fase de seleção a partir da leitura na íntegra teve como objetivo validar se os artigos tratavam de modelos de cuidado ou práticas de cuidado que pudessem contribuir para o projeto de serviços de saúde para o paciente oncológico baseados em valor. Dessa forma, foram definidos os critérios:

- Critério de inclusão: Artigo aborda modelos de cuidado ou práticas de cuidado baseadas em valor para o paciente oncológico? (Sim – inclui /Não – exclui); Foram incluídos: modelos para análise de aderência do serviço à agenda de

valor, modelos de integração de serviços, práticas de melhoria da qualidade, práticas para implantação da agenda de valor.

1.3.2 Especificidades da revisão 2

Dada a ausência de modelos de cuidado integral ao paciente oncológico baseados em valor na primeira revisão, a segunda teve como propósito a identificação de modelos ou práticas de cuidado integral ao paciente oncológico. A primeira fase de seleção de deu a partir da leitura dos títulos, de acordo com o PRISMA, e para tal, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão:

- Critério de inclusão: Artigo aborda modelos de cuidado ou práticas de cuidado baseadas em valor para o paciente oncológico? (Sim – inclui /Não – exclui);
- Critério de exclusão: Artigo apresenta abordagem assistencial ou genômica? (Sim – exclui / Não – inclui);

A segunda fase de seleção se deu a partir da leitura dos resumos, e nessa fase, novos critérios de inclusão e exclusão foram necessários para que se selecionasse artigos relevantes para se entendesse os elementos de projeto de um modelo de atenção integral ao paciente oncológico:

- Critério de inclusão: Artigo aborda modelos de cuidado ou práticas de cuidado baseadas em valor para o paciente oncológico? (Sim – inclui /Não – exclui);
- Critério de exclusão: Artigo apresenta abordagem assistencial ou genômica? (Sim – exclui / Não – inclui) / Artigo foca em política de saúde para um tipo de câncer exclusivamente? (Sim – exclui / Não – Inclui) / Artigo aborda exclusivamente análises de reembolso? (Sim – exclui / Não – Inclui);

A terceira fase de seleção se deu a partir da leitura na íntegra dos resultados. O objetivo foi identificar modelos e práticas de cuidado integral para cuidado oncológico e para tal foram definidos os critérios:

- Critério de inclusão: Artigo aborda modelos de cuidado ou práticas de cuidado para o paciente oncológico? (Sim – inclui /Não – exclui);

Foram incluídos: modelos de cuidado ambulatorial para paciente oncológico, modelo de cuidado ao paciente com doença crônica adaptados ao cuidado oncológico, práticas de cuidado multidisciplinar, práticas educativas no cuidado ao paciente oncológico, projeto de indicadores em atenção ao paciente oncológico, métodos para criação de *guidelines*, práticas de melhoria da qualidade no contexto oncológico.

1.3.3 Especificidades da revisão 3

A terceira revisão objetivou identificação de práticas de valor em saúde para o contexto oncológico e, por isso, a primeira etapa, de leitura dos títulos, teve como objetivo identificar se o artigo tratava de valor em saúde. Para tal, foi definido um primeiro critério de inclusão:

- Critério de inclusão: Artigo aborda alguma dimensão da agenda de valor no contexto oncológico? (Sim – Inclui / Não – Exclui);
- Critério de exclusão: Artigo adota abordagem assistencial? / Artigo foca em testes de medicamentos? / Artigo adota modelos de predição? Artigo não aborda valor / Artigo aborda outra condição de saúde (não oncológica)? (Sim – Exclui / Não – Inclui);

A primeira pergunta eliminou 62 artigos, conforme descrito no PRISMA na Figura 6. Os 192 textos não eliminados tiveram seus resumos lidos e foram classificados quanto ao tema central, para viabilizar o entendimento dos principais assuntos dentro da temática de VBHC em câncer, seguindo as categorias apontados no Quadro 2.

Quadro 35 – Categorias de classificação dos artigos secionados para leitura do *abstract*

Tema	**Abordagem**
Desfecho	Criar padrão de aferição de desfecho
	Testar / analisar resultado da aplicação de um padrão de aferição de desfecho
	Descrever um padrão ou uso de padrão de aferição de desfecho
	Ajuste de risco
Custo	Criar um padrão de aferição de custo

Tema	Abordagem
	Testar / analisar resultado da aplicação de um padrão de aferição de custo
	Descrever um padrão de aferição de custo
	Modelo de reembolso / pagamento
Difusão VBHC	Discutir o papel / definição de VBHC
	Ensino em VBHC
	Propor / aplicar estrutura VBHC

Fonte: A autora (2023).

A segunda fase de seleção consistiu em identificar os artigos que abordassem práticas de atenção integral ou de navegação do paciente oncológico. Para tal, os critérios de inclusão e exclusão foram:

- Critério de inclusão: Artigo trata de alguma prática de cuidado integral no contexto do paciente oncológico? (Sim – Inclui / Não – Exclui);
- Critério de exclusão: Artigo aborda difusão de VBHC? / Artigo aborda modelo de custeio ou análise econômica? / Artigo adota abordagem assistencial ou análise farmacêutica? Artigo adota modelo de predição ou modelo de regressão? (Sim – exclui / Não – Inclui);

A segunda pergunta eliminou 149 artigos. Os 43 textos não eliminados nessa fase foram classificados, *a priori*, a partir ainda da leitura dos resumos, nas categorias representadas no Quadro 35. Um total de 18 artigos não se adequaram a nenhuma das categorias e foram classificados como outros, de acordo com a classificação representada no Quadro *37*.

Quadro 36 – Categorias de classificação dos artigos selecionados para leitura na íntegra

Tema	Abordagem
Modelo integral	Descrever / propor boas práticas / Definir protocolos
	Práticas de integração / projeto de serviço
	Aplicar um modelo de atenção integral com base em valor
	Construir modelo de atenção integral com base em valor

Fonte: A autora (2023).

Quadro 37 – Categorias dos artigos classificados como outros

Tema	Abordagem
Outros	Análise econômica e modelo econômico

	Correlação processo-desfecho, tempo de permanência e uso das instalações
	Predição e tomada de decisão
	Comunicação equipe-paciente

Fonte: A autora (2023).

Após leitura na íntegra dos textos selecionados a partir dos resumos, algumas classificações foram ajustadas para a melhor enquadramento dentre as categorias disponíveis no Quadro 35 e Quadro 36. A fase de seleção a partir da leitura na íntegra teve como objetivo a identificação de artigos que abordassem práticas de atenção integral ao paciente oncológico que pudessem contribuir com o projeto do modelo de atenção integral. Para tal, os critérios de inclusão e exclusão foram:

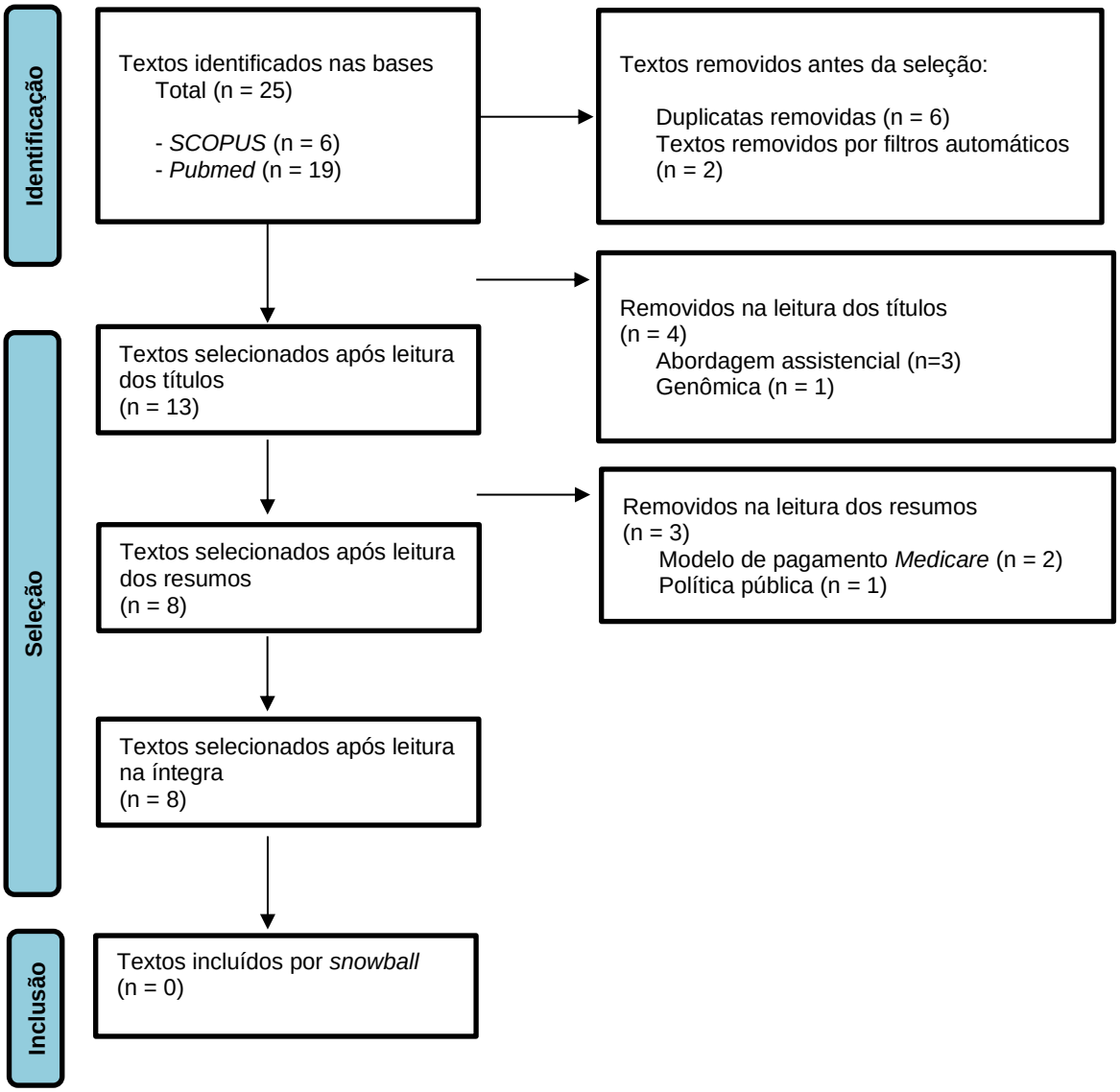
- Critério de inclusão: Artigo trata de alguma prática de cuidado integral no contexto do paciente oncológico? (Sim – Inclui / Não – Exclui);
- Critério de exclusão: Artigo adota abordagem assistencial, biomarcadores ou genômica? / Artigo foca em custos? Artigo foca em política de saúde? Artigo foca em teste de medicamentos? (Sim – Exclui / Não – Inclui);

1.4 Identificação dos artigos nos quais as revisões serão baseadas

1.4.1 Identificação de artigos da revisão 1

A etapa de identificação iniciou-se com as buscas nas bases realizadas em 04 de abril e 02 de maio de 2021, respectivamente, nas bases SCOPUS e Pubmed. A pesquisa na SCOPUS resultou em 6 artigos. A busca na Pubmed resultou em 19 artigos, dentre os quais estavam os 6 resultantes da SCOPUS. Dessa forma, após eliminação de duplicatas, restaram 19 textos, dos quais 2 eram textos de 2021 e foram eliminados pelo recorte temporal definido na pesquisa, conforme detalhado no fluxograma do PRISMA, na Figura 6.

Figura 6 – PRISMA da revisão sistemática da literatura 1



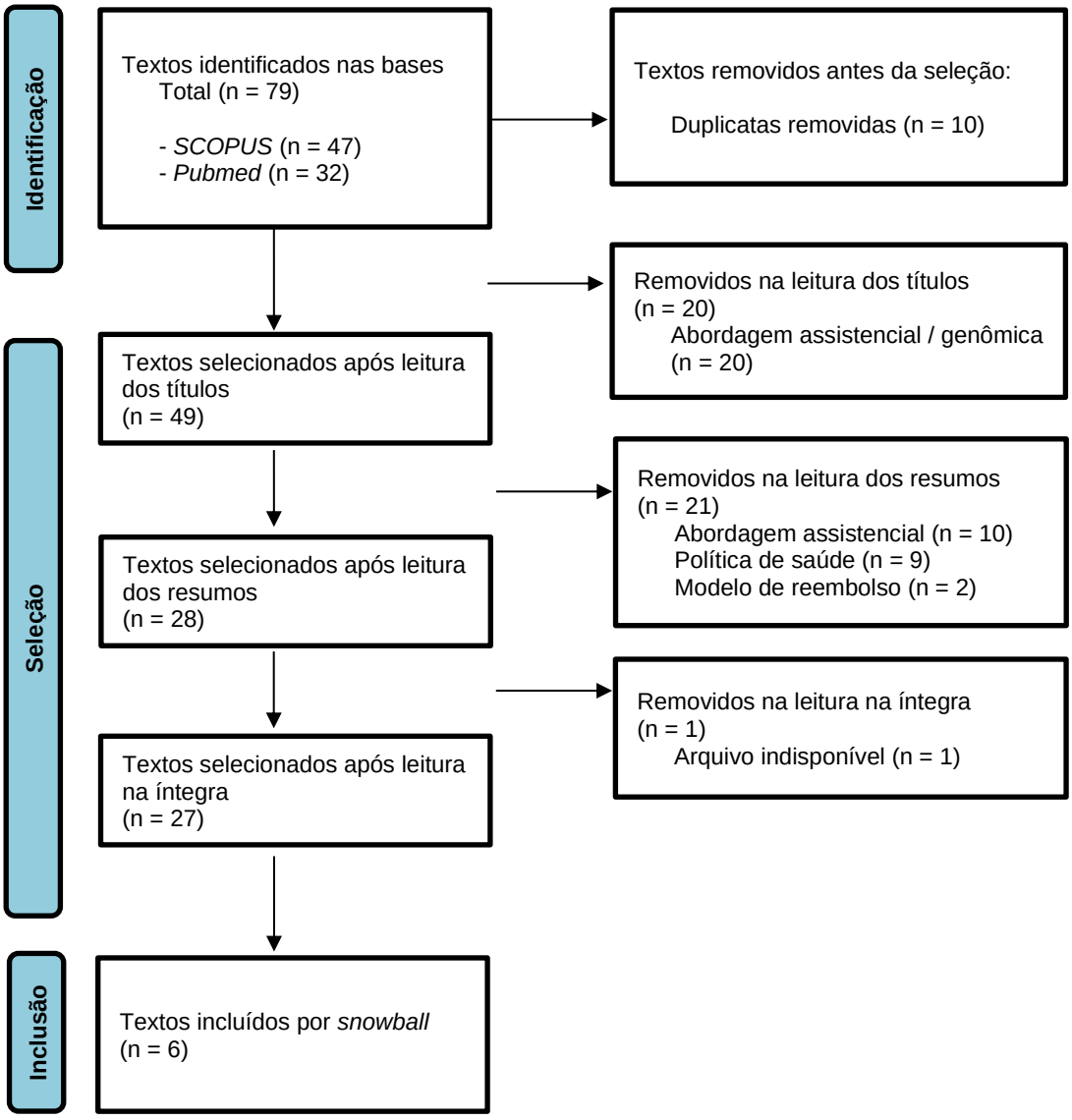
Fonte: A autora (2023).

Dos 19 artigos identificados após exclusão das duplicatas, apenas 8 mostraram potencial para responder à pergunta de pesquisa. No entanto, após leitura na íntegra, nenhum dos textos foi capaz de fazê-lo, de forma que apenas algumas práticas de cuidado integral ao paciente oncológico puderam ser observadas e aproveitadas para o escopo da tese. Assim sendo, considerando o volume pouco expressivo de artigos pertinentes e sua incapacidade de responder à pergunta de pesquisa, evidenciando, portanto, o *gap* da tese, duas novas revisões foram construídas com o intuito de explorar a literatura em busca de práticas que pudessem apoiar a concepção no modelo.

1.4.2 Identificação de artigos da revisão 2

A etapa de identificação iniciou-se com a busca nas bases realizada em 06 e 07 de abril de 2021, respectivamente, nas bases *SCOPUS* e *Pubmed*. A pesquisa na *SCOPUS* resultou em 47 artigos. A busca na *Pubmed* resultou em 32 artigos. Dessa forma, após eliminação de duplicatas, restaram 69 textos, dos quais 3 eram textos de 2021 e foram eliminados pelo recorte temporal. As etapas de identificação, seleção e inclusão estão detalhadas no PRISMA, com as devidas adaptações para adequação à tese, na Figura 7.

Figura 7 – PRISMA da revisão sistemática da literatura 2

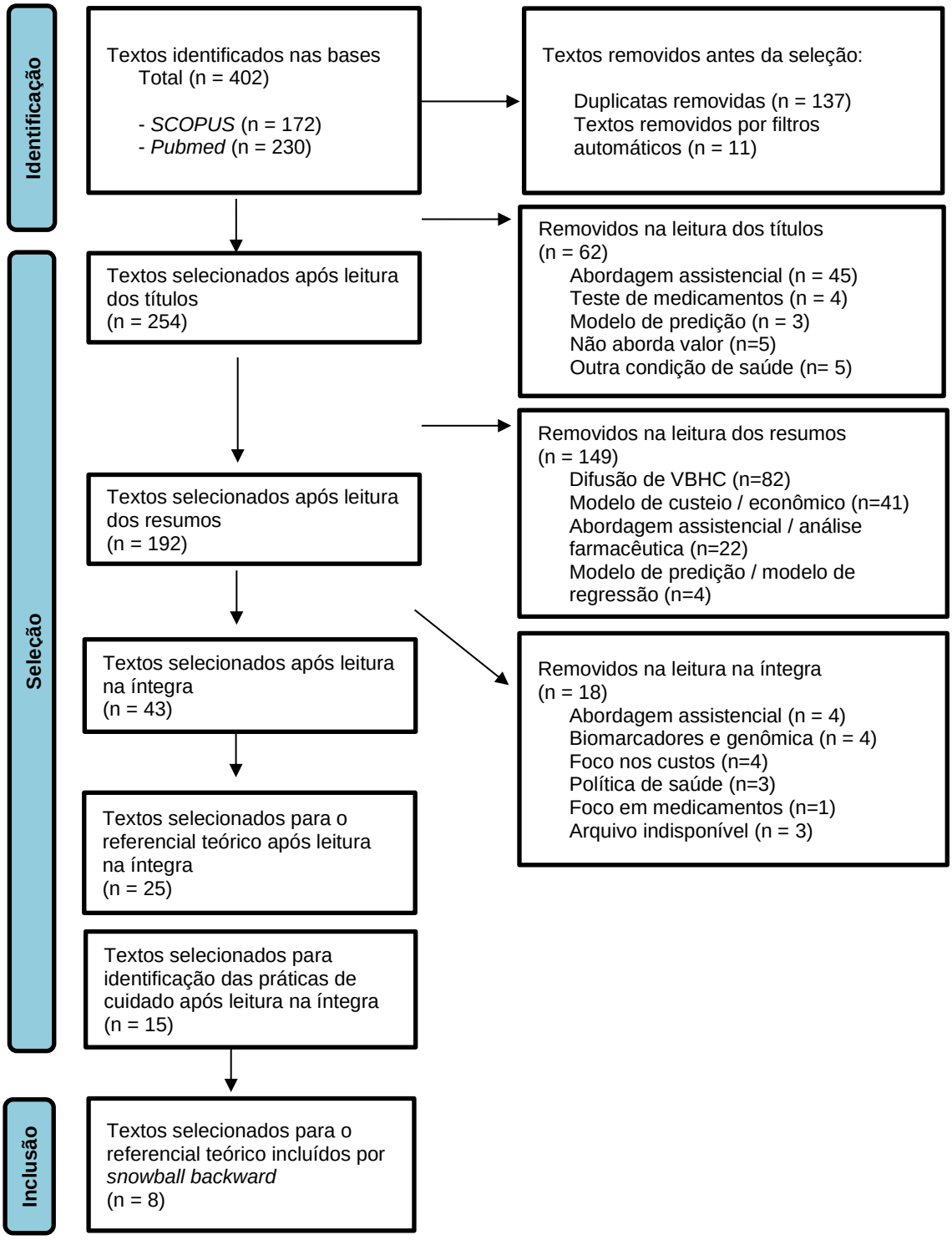


Fonte: A autora (2023).

1.4.3 Identificação de artigos da revisão 3

A etapa de identificação iniciou-se com a busca nas bases realizadas em 25 e 26 de janeiro de 2021, respectivamente, nas bases SCOPUS e Pubmed. A pesquisa na *SCOPUS* retornou 172 resultados, dos quais 21 foram selecionados. Vale pontuar que 4 artigos do ano de 2021 foram excluídos desse total, de forma que da base *SCOPUS*, foram analisados na etapa de seleção 168 artigos. Na base *Pubmed*, 230 artigos foram resultados da busca, sendo 222 artigos publicados até o ano de 2020. Após eliminação das duplicatas, restaram 254 artigos para as etapas de seleção e classificação. O fluxograma PRISMA contemplando as etapas, quantidade e critérios de exclusão está representado na Figura 8.

Figura 8 – PRISMA da revisão sistemática da literatura 3



Fonte: A autora (2023).

Apêndice C – Análise descritiva do campo de pesquisa

Este Apêndice C tem como objetivo apresentar a análise descritiva do campo de pesquisa, conduzida fundamentalmente a partir de análises bibliométricas e de classificações qualitativas das pesquisas. Essa etapa permitiu a construção de um panorama acerca dos principais temas, além de identificar o comportamento do campo do ponto de vista do volume de publicações, autores mais relevantes e países que mais contribuem com publicações no tema. A análise descritiva faz parte do reporte e disseminação de resultados, último estágio da revisão sistemática da literatura, conforme proposto por Tranfield; Denyer; Smart (2003).

A primeira análise conduzida foi através da construção da *keyword co-occurrence network* (KCN), ou rede de coocorrência de palavras-chave, que se concentra na compreensão dos componentes do conhecimento e da estrutura do conhecimento de um campo científico ou técnico, examinando as ligações entre as palavras-chave na literatura. O software adotado foi o *VOSViewer* para as análises das duas bases exploradas na tese. A segunda forma de análise conduzida foi através do *Bibliometrix* em RStudio. A terceira análise de seu a partir da classificação qualitativa dos resultados. Vale destacar que o objetivo não é extinguir as possibilidades de análises bibliométricas, mas trazer pontos de destaque sobre o comportamento do campo a partir das publicações nas bases.

1.1 Análise de coocorrência de palavras-chave

Os relatórios de resultados de cada base foram submetidos a uma análise de coocorrências das palavras-chave no *VOSViewer* para que fosse possível uma primeira compreensão acerca dos temas abordados nos textos identificados na RSL através das redes construídas.

Para que as redes sejam definidas pelo *software*, é necessário parametrizar o número mínimo de ocorrências de cada palavra-chave identificada. Definiu-se como critério, *a priori*, aquele número mínimo que retornasse 50 ou menos conexões entre palavras na rede resultante, para que se pudesse analisar e descrever a rede, entendendo que um número superior seria de difícil compreensão por parte da autora. Essa regra foi adotada para todos os casos, exceto para a análise da revisão 2 na *SCOPUS*, em que o volume de conexões de

palavras com 1 ou mais ocorrência como parâmetro (parâmetro mínimo) foi maior que 50, sendo 74, nesse caso. Essa decisão se deu pelo fato de a rede com 2 ou mais ocorrências ser muito restrita, com apenas 8 itens, e, portanto, menos potente para análises mais aprofundadas. Preferiu-se, nesse caso, realizar uma análise por partes, vista a complexidade do diagrama com 74 conexões, para prezar pelo conteúdo, ao invés de seguir rigorosamente o critério de 50 ou menos conexões. Apesar do resultado de conexões para a análise da revisão 1 ser equivalente (com 8 conexões), nesse caso, o parâmetro mínimo de 1 ou mais ocorrências já estava definindo, não havendo possibilidade de mais conexões. Os critérios de seleção das quantidades de ocorrência para parametrização do *VOSViewer*, bem como o número de palavras identificadas e o número de conexões correspondentes estão explicitados na Tabela *1*.

Tabela 1 – Critérios de parametrização do VOSviewer para as análises das revisões

Revisão	Base	Nº mínimo de ocorrências (parâmetro)	Nº de palavras-chave identificadas (resultado)	Nº de conexões (resultado)	Parâmetro adotado
1	*SCOPUS*	1	12	8	Sim
1	*Pubmed*	1	42	16	Sim
2	*SCOPUS*	1	123	74	Sim
2	*SCOPUS*	2	123	8	Não
2	*Pubmed*	1	76	18	Sim
3	*SCOPUS*	1	373	315	Não
3	*SCOPUS*	2	373	61	Não
3	*SCOPUS*	3	373	25	Sim
3	*Pubmed*	1	536	243	Não
3	*Pubmed*	2	75	39	Sim

Fonte: A autora (2023).

1.1.1 Coocorrências na revisão sistemática 1

A primeira análise referente à primeira revisão da literatura foi realizada a partir dos resultados da base *SCOPUS*. Foram selecionadas palavras-chave com 1 ou mais ocorrências definidas pelos autores, as quais refletem mais apropriadamente o conteúdo de seus estudos do que as palavras-chave indexadas, escolhidas pelos provedores de conteúdo com base em vocabulários publicamente disponíveis. De um total de 12 palavras-chave identificadas,

foram mantidas no gráfico apenas as palavras que possuíam ao menos 1 conexão com outras palavras, restando, portanto, 8 palavras conectadas, conforme representado na Figura *9*.

Do ponto de vista do objeto da tese, o que se pode destacar é que há correlação temática entre melhoria da qualidade, medição de performance de processos e coordenação do cuidado. Isso evidencia que práticas de mensuração da performance como ferramenta para melhoria da qualidade do cuidado, pontos-chave para a concepção do modelo, foram abordadas nos textos dessa primeira revisão na *SCOPUS*.

Figura 9 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 1 da *SCOPUS*



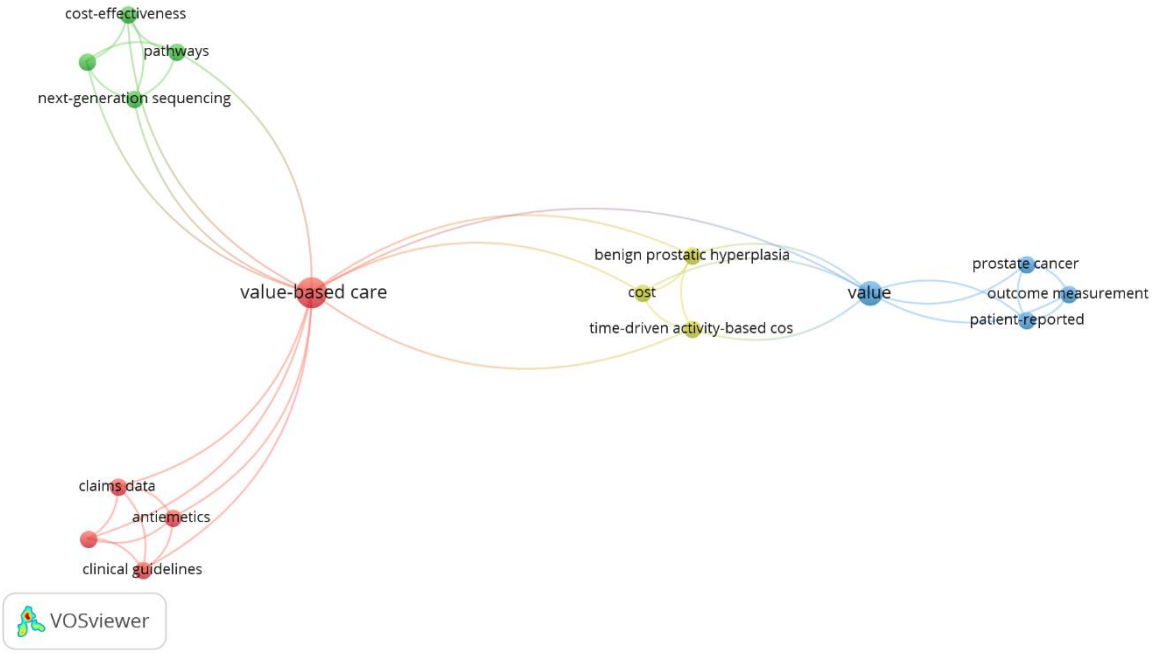
Fonte: A autora (2023).

A segunda análise de coocorrências no VOSViewer foi realizada a partir das palavras-chave dos resultados da *Pubmed*. Foram mantidas as palavras definidas pelos autores, com 1 ou mais ocorrências. De um total de 42 palavras-chave identificadas, permaneceram no gráfico apenas as palavras que possuíam ao menos 1 conexão, restando, portanto, 16 palavras conectadas, conforme Figura 10.

Nessa análise é possível observar correlação temática entre valor e as ferramentas que podem contribuir para a discussão de desfechos e custos. Na discussão de desfechos, destacam-se as correlações entre *value-based care* e *pathways,* entre *value-based care* e *clinical guidelines,* entre *value* e *outcomes measurement* e entre *value* e *patient-reported.*

Sobre a agenda de custos, destacam-se as correlações entre *value-based care* e *cost*, entre *value* e *time-driven activity-based costing.* Além de permitir compreensão prévia acerca dos principais temas abordados nos textos, essa análise também confirma a pertinência da *query* de busca nas bases.

Figura 10 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave indexadas com 1 ou mais ocorrências na revisão 1 da *Pubmed*

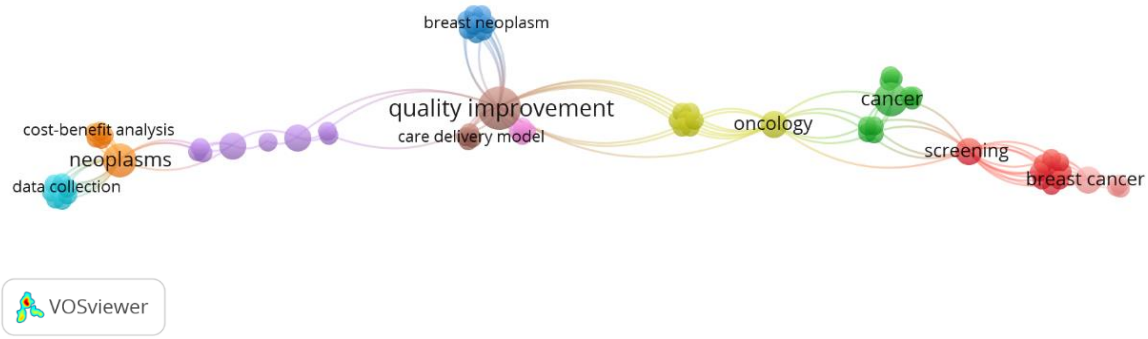


Fonte: A autora (2023).

1.1.2 Coocorrências na revisão sistemática 2

A primeira análise referente a segunda revisão da literatura foi realizada a partir dos resultados da base *SCOPUS*. Foram selecionadas palavras-chave com 1 ou mais ocorrências definidas pelos autores. De um total de 123 palavras-chave identificadas, foram mantidas no gráfico apenas as palavras que possuíam ao menos 1 correlação, restando, portanto, 74 palavras conectadas, conforme Figura *11*.

Figura 11 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *SCOPUS*

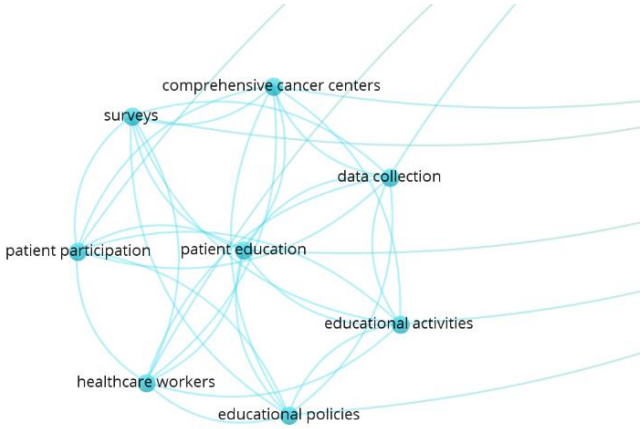


Fonte: A autora (2023).

Um conjunto de recortes foi feito a partir da Figura 11, dando origem a Figura 12, Figura 13, Figura 14, Figura 15 representando hubs estratégicos, de forma a evidenciar correlações importantes para o entendimento do tema investigado na revisão 2 na base SCOPUS.

A Figura 12 traz à luz um conjunto de práticas relacionadas ao processo de cuidado, à educação do paciente e à proximidade da equipe a essas atividades educacionais. O papel do *cancer center*, nesse caso um *comprehensive cancer center* também se coloca como protagonista nessa discussão.

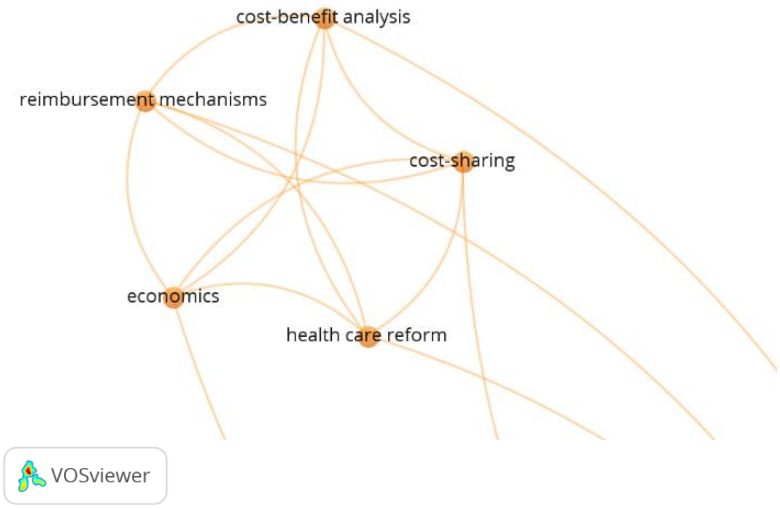
Figura 12 – Zoom 1 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

A Figura 13 evidencia uma discussão centralmente econômica, trazendo temas como análise custo benefício no cuidado, práticas de reembolso e uma necessidade de reforma dos sistemas de saúde para adequação a essa nova lógica.

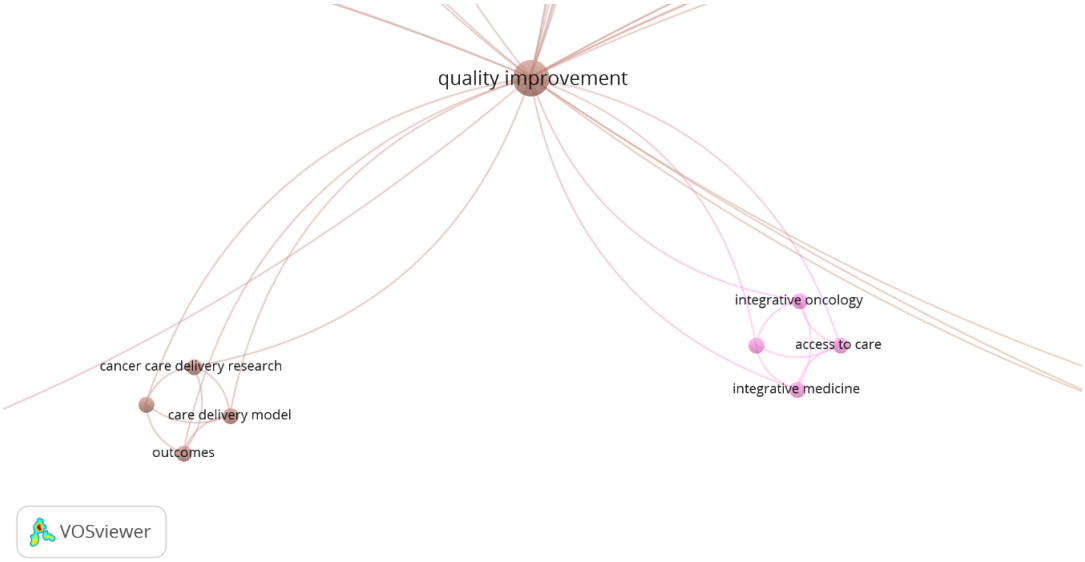
Figura 13 – Zoom 2 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

A Figura 14 traz dois clusteres que elucidam pontos importantes na discussão de melhoria da qualidade em cuidados de saúde. O primeiro cluster aponta para a correlação entre os modelos de cuidado ao câncer e os desfechos entregues ao paciente. O segundo, não menos importante, aponta a correlação entre a medicina integrativa e os cuidados integrados em saúde como alternativas para melhoria da qualidade do serviço prestado.

Figura 14 – Zoom 3 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

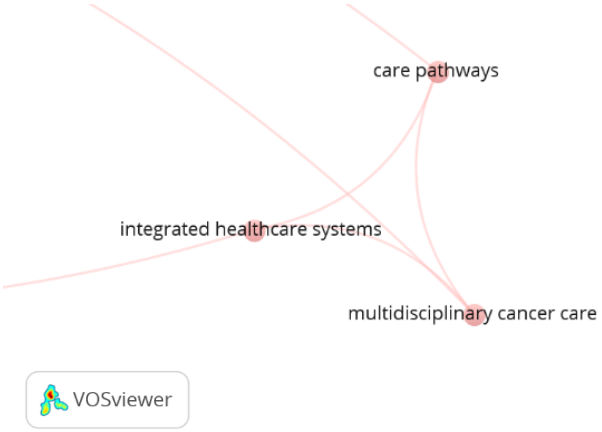
A Figura 15 aponta para os *guidelines*, considerando uma medicina baseada em evidências e um cuidado centrado no paciente como alternativas para a gestão do cuidado. Ainda nessa lógica de integração e acompanhamento do cuidado, a Figura 16 aponta para correlação temática entre cuidados multidisciplinares, sistemas integrados de saúde e definição estruturada do percurso do paciente.

Figura 15 – Zoom 4 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

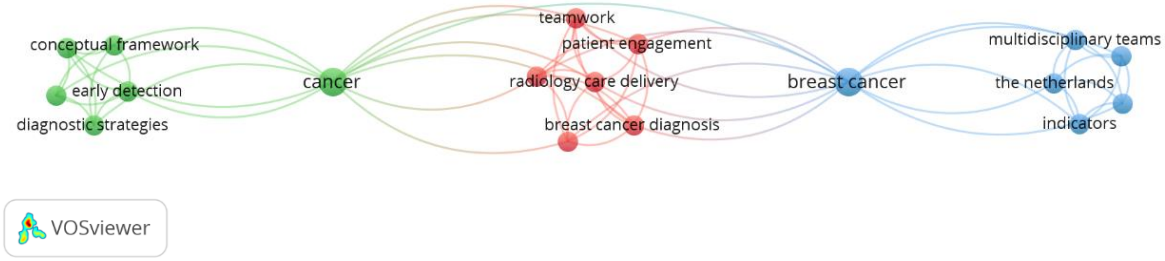
Figura 16 – Zoom 7 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

O segundo conjunto de análises referente a segunda revisão da literatura foi realizado a partir dos resultados da base *Pubmed*. Foram selecionadas palavras-chave com 1 ou mais ocorrências definidas pelos autores. De um total de 76 palavras-chave identificadas, foram mantidas no gráfico apenas as palavras que possuíam ao menos 1 conexão, restando, portanto, 18 palavras conectadas, conforme Figura 17.

Figura 17 – Clusteres de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na revisão 2 da *Pubmed*



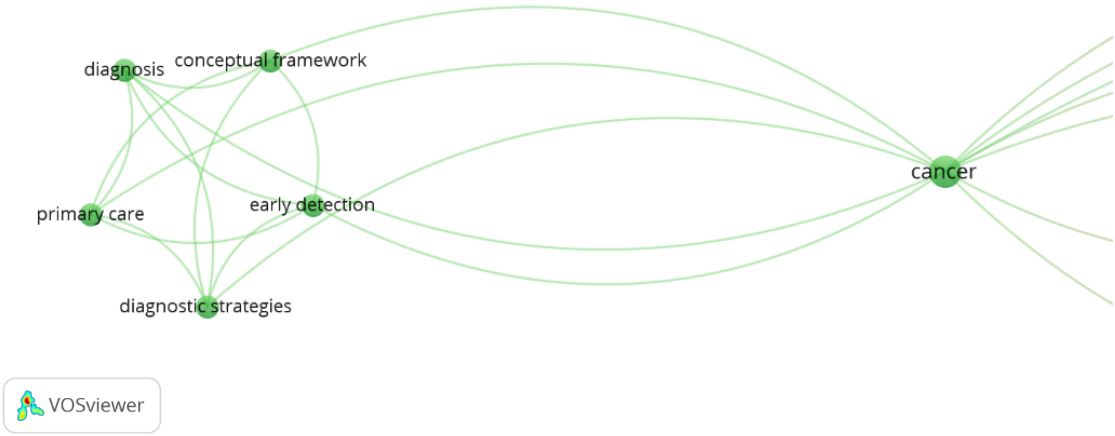
Fonte: A autora (2023).

Um conjunto de recortes foi feito a partir da Figura 17, dando origem a Figura 18, Figura 19, Figura 20, representando *hubs* estratégicos, de forma a evidenciar correlações importantes para o entendimento do tema investigado na revisão 2 na base *Pubmed*.

A Figura 18 evidencia uma discussão recorrente no tratamento ao paciente

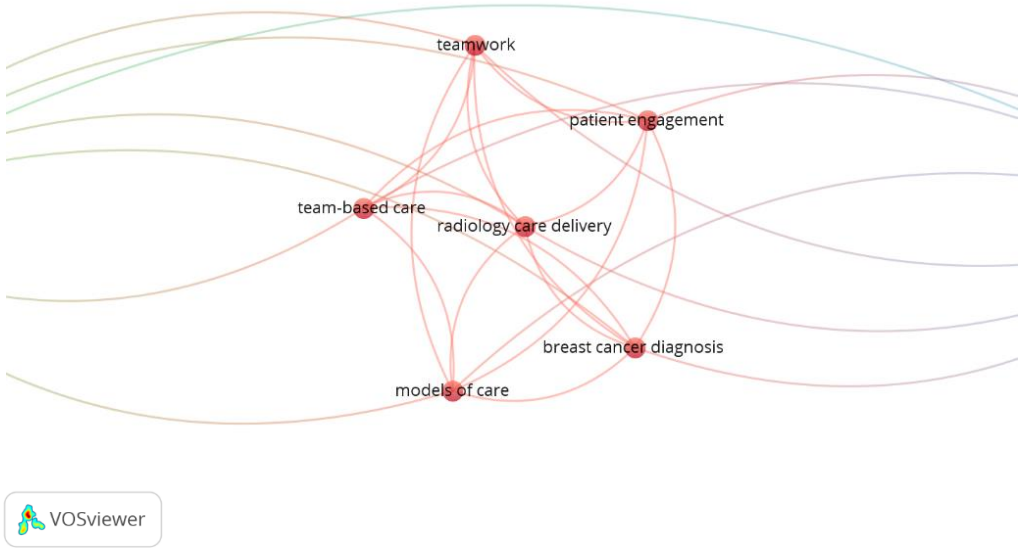
oncológico que é o diagnóstico precoce. As correlações associam essa fase do tratamento a um cuidado primário, além de apontar para a importância dos modelos conceituais como orientadores do cuidado nesse estágio. A Figura 19 associa os modelos de cuidado ao engajamento do paciente e a um cuidado baseado na equipe e a Figura 20 associa a melhoria da qualidade à gestão da performance, indicadores e equipes multidisciplinares.

Figura 18 – Zoom 1 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na *Pubmed* da revisão 2



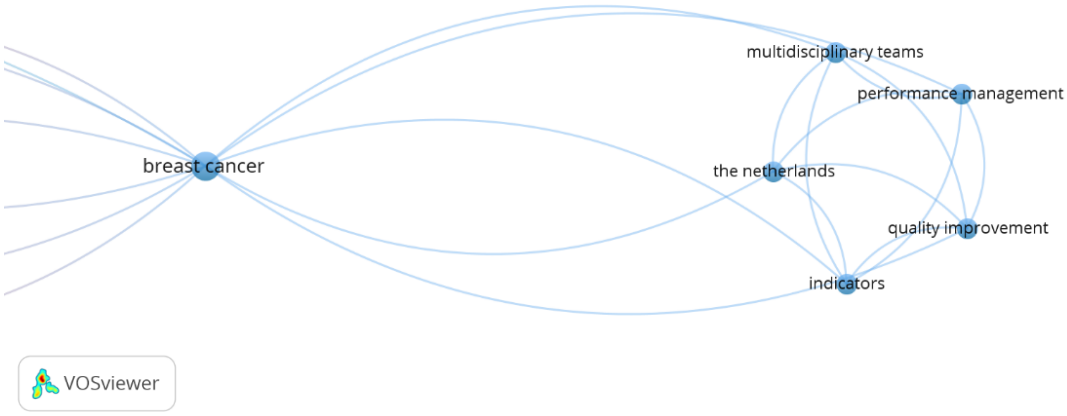
Fonte: A autora (2023).

Figura 19 – Zoom 2 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na *Pubmed* da revisão 2



Fonte: A autora (2023).

Figura 20 – Zoom 3 na análise de coocorrência das palavras-chave dos autores com 1 ou mais ocorrências na *Pubmed* da revisão 2



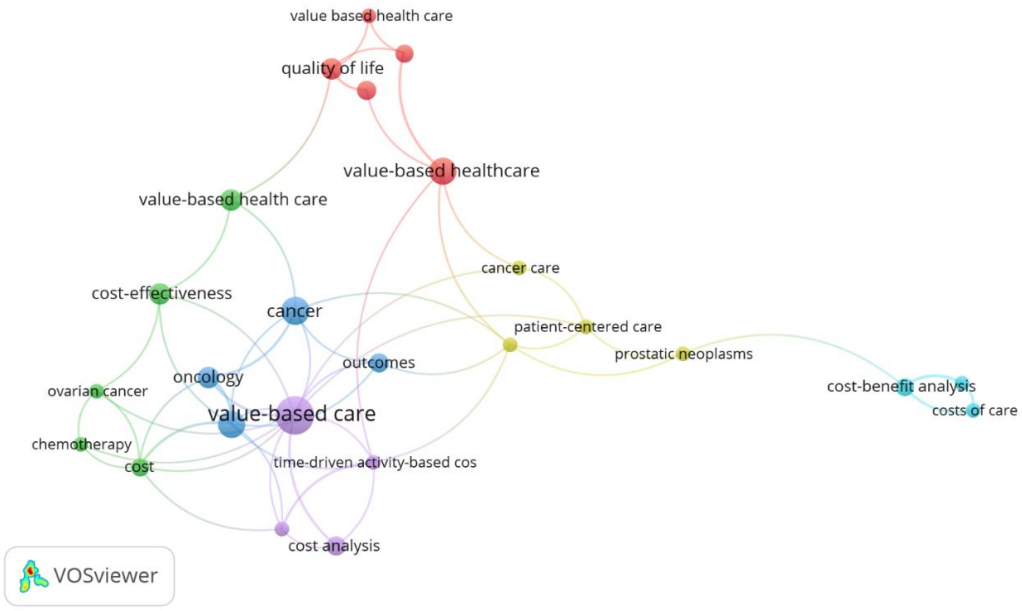
Fonte: A autora (2023).

1.1.3 Coocorrências na revisão sistemática 3

O primeiro conjunto de análises referente a terceira revisão da literatura foi realizado a partir dos resultados da base *SCOPUS*. Na primeira análise, foram selecionadas palavras-chave com 3 ou mais ocorrências definidas pelos autores. Foram mantidas no gráfico apenas as palavras que possuíam ao menos 1 conexão.

Por sugestão do software, a palavra *quality improvement* foi excluída por não possuir conexão com as demais. Restaram, portanto, 25 palavras, conforme Figura 19, dentre as quais estão os próprios descritores da busca na base, a saber: *value based care, value, cancer, cost, oncology, time-drivem activity-based costing, brachytherapy, cost-benefit analysis, urolory, value-based healthcare, health care costs, quality of life, breast cancer, cost analysis, cost-effectiveness, costs of care, outcomes, ovarian cancer, patient-centered care, cancer care, chemotherapy, patient reported outcomes, prostatic neoplasm, value-based health care, value based health care.*

Figura 21 – Clusters de coocorrência das palavras-chave dos autores com 3 ou mais ocorrências na *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

Através da análise de coocorrências, pode-se observar grupos temáticos que não se restingem, no entanto, aos clusteres propostos pelo software. Tratam-se, em parte dos casos, de grafias diferentes para os mesmos temas, por isso nova clusterização, a saber:

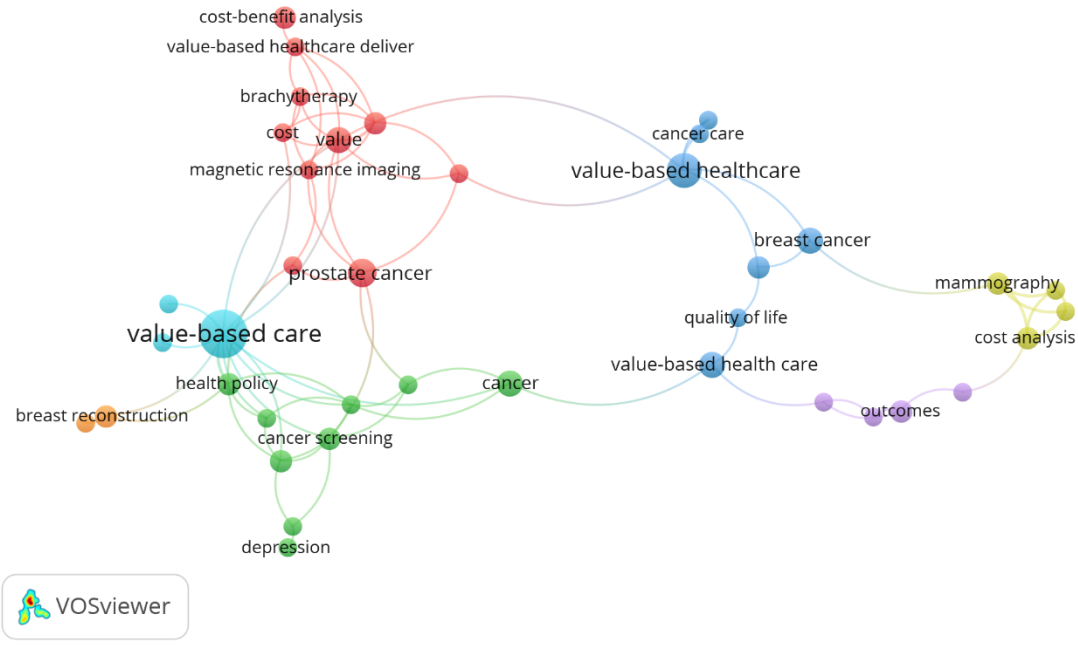
1) Variantes da expressão de valor: *value based care, value-based healthcare, value-based health care, value based health care;*
2) Componentes do conceito de valor: *value, cost, health care costs, quality of life, costs of care, outcomes;*
3) Mensuração de desfecho: *patient-centered care, patient reported outcomes;*
4) Mensuração de custo: *time-drivem activity-based costing, cost-benefit analysis, cost analysis, cost-effectiveness;*
5) Variantes da condição de saúde e seus tratamentos: *cancer, oncology, brachytherapy, breast cancer, ovarian cancer, cancer care, chemotherapy, prostatic neoplasm.*

O segundo conjunto de análises de coocorrências no VOSViewer foi realizado a partir das palavras-chave dos resultados da Pubmed. Foram mantidas palavras definidas pelos autores, com 2 ou mais ocorrências. O total de palavras-chave, que era de 536, foi para um total de 75, dentre as quais 39 foram mantidas por conter ao menos 1 conexão, conforme

representado na Figura 22. Assim no primeiro conjunto de análises, dos resultados da *SCOPUS*, pode-se observar grupos temáticos que não se restringem, no entanto, aos *clusters* propostos pelo software, a saber:

1) Variantes da expressão de valor: *value-based care*, *value-based healthcare*, *value-based healthcare delivery;*
2) Componentes do conceito de valor: *value*, *cost*, *quality of life*, *outcomes;*
3) Mensuração de custo: *cost-benefit analysis*, *cost analysis;*
4) Variantes da condição de saúde e seus tratamentos: *cancer care*, *brachytherapu*, *magnetic resonance imaging*, *prostate cancer*, *breast reconstruction*, *cancer screening*, *depression*, *mammography.*

Figura 22 – Clusters de coocorrência das palavras-chave dos autores com 2 ou mais ocorrências na Pubmed



Fonte: a autora (2020).

1.2 Análise bibliométrica em R das revisões

Os resultados da base *SCOPUS* e *Pubmed* foram analisados através do *Bibliometrix* em R, adotando-se a última versão disponível da biblioteca, de 10 de maio de 2021. As análises de cada uma das revisões estão representadas nas seções 1.2.1, 1.2.2 e 1.2.3.

1.2.1 Análise bibliométrica revisão sistemática 1

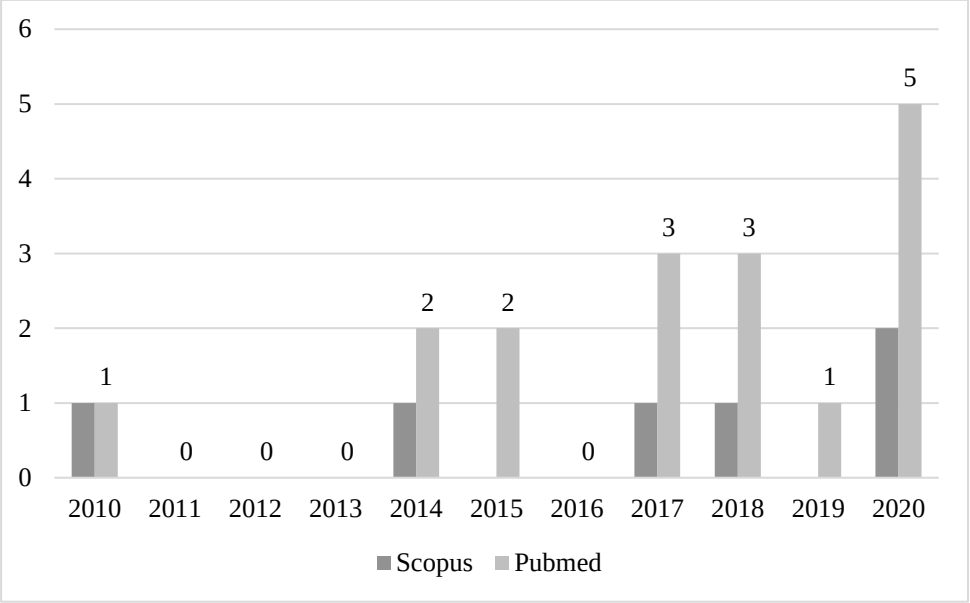
A produção anual foi a primeira das análises bibliométricas e está representada na Tabela 2 e no Gráfico 2. O que se pode observar é que, apesar do ainda baixo volume de resultados em ambas as bases, há uma tendência de crescimento das publicações, principalmente na Pubmed. Essa análise explicita a oportunidade de estudos na área, que quando somada a análise detalhada dos textos, reforça o ineditismo da pesquisa. A tendência de crescimento em temas correlatos aponta para a relevância e potencialidade da aproximação das pautas de cuidado integral ao paciente oncológico e a agenda de valor em saúde.

Tabela 2 – Produção anual por base da revisão 1

Ano	***SCOPUS***	***Pubmed***
2010	1	1
2011	0	0
2012	0	0
2013	0	0
2014	1	2
2015	0	2
2016	0	0
2017	1	3
2018	1	3
2019	0	1
2020	2	5

Fonte: A autora (2023).

Gráfico 2 - Crescimento do total de publicações por ano da revisão 1



Fonte: A autora (2023).

Ao observar os tipos de documentos mais prevalentes, nota-se que os artigos que não são revisões são mais recorrentes em ambas as bases. Na *SCOPUS*, conforme Tabela 3, apenas 1 deles é uma revisão, por se tratar de uma combinação de temas ainda pouco explorados. Na *Pubmed*, esse número é maior, com 4 revisões, conforme Tabela 4, mas a revisão ainda não se trata do tipo mais prevalente quando comparado à classificação de artigos que não são revisão, com 13 resultados. A leitura na íntegra dessas revisões apontou para a confirmação da ausência de um modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor, delimitando, assim, um espaço ainda inexplorado de pesquisas e publicações.

Tabela 3 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 1 na *SCOPUS*

Tipo de documento	**Quantidade**
Article	5
Review	1

Fonte: A autora (2023).

Tabela 4 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 1 na *Pubmed*

Tipo de documento	Quantidade
Journal article	13
Journal article; review	4
Consensus development conference; journal article	1
Journal article; research support, extramural; research support, non-u.s. Gov't	1

Fonte: A autora (2023).

Quanto aos países com mais publicações, se observa predominância de publicações pelos Estados Unidos na *SCOPUS* (Tabela 5) e na *Pubmed* (Tabela 6), o que nos remete ao fato de os Estados Unidos terem sido os primeiros a mencionar o conceito de VBHC através de (PORTER, 2010; PORTER; TEISBERG, 2006) e também pioneiros na operação de modelos de *Cancer Center* (FEELEY; ALBRIGHT; WALTERS, 2010; POLLOCK, 2008).

Tabela 5 – Países com mais produções da revisão 1 na *SCOPUS*

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP[2]	MCP[3]
USA	5	0.833	5	0
NETHERLANDS	1	0.167	1	0

Fonte: A autora (2023).

Tabela 6 – Países com mais produções da revisão 1 na *Pubmed*

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP	MCP
USA	7	0.7	6	1
NETHERLANDS	2	0.2	2	0
CANADA	1	0.1	0	1

Fonte: A autora (2023).

A análise dos artigos mais citados somente retornou resultados para a SCOPUS (Tabela 7), apontando para Feeley em primeira posição. Para a Pubmed, todos os artigos listados apareceram sem citações. No ranking dos cinco autores mais produtivos da SCOPUS (

Tabela *8*) e Pubmed (

[2] SCP – *Intra-country colaboration indice*
[3] MCP – *Intercountry colaboration indice*

Tabela 9), Feeley também protagoniza a primeira posição, com seu artigo onde propõe um método para avaliar a adequação de um cancer center às premissas da agenda de valor.

Tabela 7 – Artigos com mais citações da revisão 1 na *SCOPUS*

Artigo	Total de citação (TC)	TC por ano
FEELEY TW, 2010, J HEALTHC MANAGE	29	2.42
MIDDLETON LP, 2014, J ONCOL PRACT	24	3.00
DIVI V, 2018, OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG	8	2.00
ZAMANIPOOR NAJAFABADI AH, 2020, NEURO-ONCOL PRACT	1	0.50
TALWAR R, 2020, UROL ONCOL SEMIN ORIG INVEST	0	0.00
GORDAN L, 2017, J ONCOL PRACT	0	0.00

Fonte: A autora (2023).

Tabela 8 – 5 autores com mais produtivos da revisão 1 na *SCOPUS*

Autor	Quantidade de artigos publicados
FEELEY.TW	2
WALTERS.R	2
ALBRIGHT.H	1
ALBRIGHT.HW	1
BIERMASZ.N	1

Fonte: A autora (2023).

Tabela 9 – 5 autores com mais produtivos da revisão 1 na *Pubmed*

Autor	Quantidade de artigos publicados
FEELEY TW	2
BASCH E	2
SALGIA R	2
WALTERS R	2
WHEELER SB	2

Fonte: A autora (2023).

As tabelas de crescimento de palavras-chave consideram as 10 palavras mais recorrentes nos resultados das buscas. Um ponto importante de se observar na tabela de

crescimento de palavras-chave da *SCOPUS* (Tabela *10*) é a tendência de crescimento, ainda que bem inicial, do uso do termo *'quality improvement'*, o que pode apontar para o uso da agenda de valor no contexto do cuidado oncológico como uma estratégia para melhoria da qualidade assistencial. Outras palavras que aparecem dentre as mais recorrentes e que corroboram para essa hipótese são *'care coordination'*, *'process measures'* e *'Patient-reported outcome measures'*.

Na tabela de crescimento de palavras-chave da *Pubmed* (Tabela *11*) o termo *'quality improvement'* também está presente e com tendência de crescimento, junto a outros termos de interesse no escopo da tese, a saber: *'Delivery of health care/standards', 'Guideline adherence', 'Health care costs'* e *'Costs and cost analysis'*, apontando para uma aproximação crescente entre o cuidado ao paciente oncológico e as discussões em torno das premissas de valor em saúde e mensuração de resultados.

Tabela 10 – Crescimento das palavras-chave da revisão 1 na *SCOPUS*

Year	Quality improvement	Active surveillance	Adjuvant therapy	Benchmarks	Care coordination	Case manager	Head and neck surgery	Meningioma	Patient-reported outcome measures	Process measures
2018	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1
2019	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1
2020	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: A autora (2023).

Tabela 11 – Crescimento das palavras-chave da revisão 1 na *Pubmed*

Year	Humans	Male	Costs and cost analysis	Female	Neoplasms/therapy	Quality improvement	United states	Delivery of health care/standards	Guideline adherence	Health care costs
2010	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
2011	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
2012	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
2013	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
2014	3	1	1	1	2	0	1	0	0	0

Year	Humans	Male	Costs and cost analysis	Female	Neoplasms/therapy	Quality improvement	United states	Delivery of health care/standards	Guideline adherence	Health care costs
2015	5	3	2	1	2	0	1	0	0	1
2016	5	3	2	1	2	0	1	0	0	1
2017	8	3	3	1	2	0	2	0	0	1
2018	10	5	3	2	2	1	2	0	0	2
2019	11	6	3	3	2	1	2	0	1	2
2020	13	6	3	3	3	3	3	2	2	2
2021	14	6	3	3	3	3	3	2	2	2

Fonte: A autora (2023).

1.2.2 Análise bibliométrica revisão sistemática 2

A produção anual de ambas as bases está representada na Tabela 12 e no Gráfico 3. Apesar de não haver uma tendência de crescimento de publicações na *SCOPUS*, na *Pubmed* essa tendência é bem expressiva. O que se pode inferir dessa observação é que a *Pubmed*, por estar mais concentrada em temas correlacionados a saúde, tem fomentado a discussão de gestão de indicadores e performance como contribuição para o cuidado integral ao paciente oncológico. Esse achado reforça a relevância da escolha dessa base para o tema da tese, uma vez que viabiliza o acesso às discussões que correlacionam estratégias de gestão com os desafios das organizações de saúde e do cuidado ao paciente oncológico.

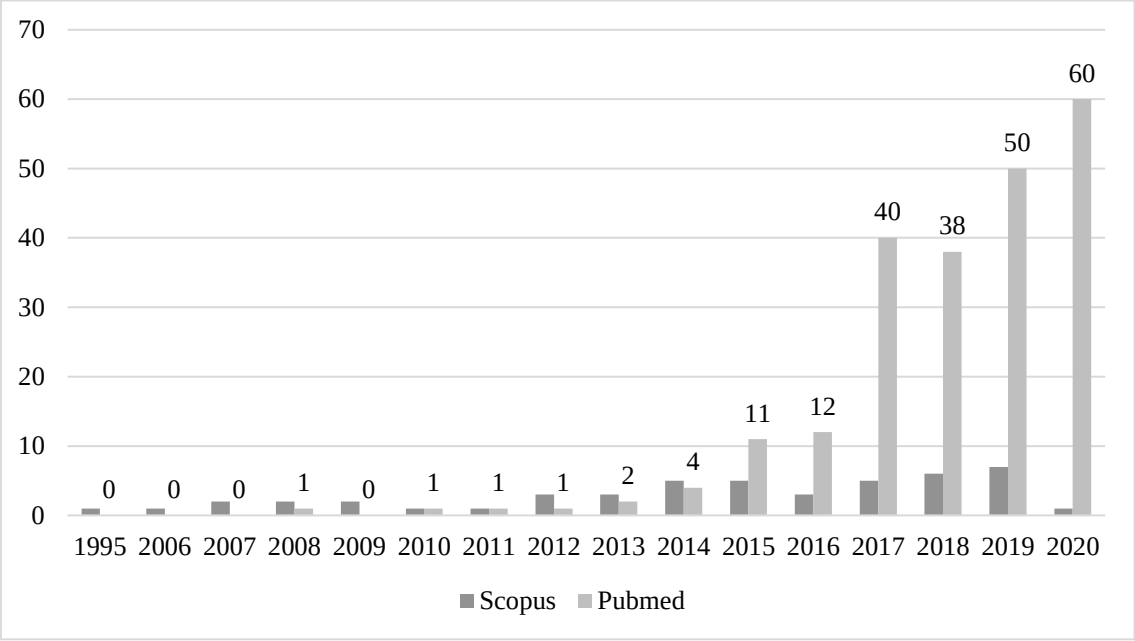
Tabela 12 – Produção anual da revisão 2

Ano	***SCOPUS***	***Pubmed***
1995	1	0
2006	1	0
2007	2	0
2008	2	1
2009	2	0
2010	1	1
2011	1	1
2012	3	1
2013	3	2

2014	5	4
2015	5	11
2016	3	12
2017	5	40
2018	6	38
2019	7	50
2020	1	60

Fonte: A autora (2023).

Gráfico 3 - Crescimento do total de publicações por ano da revisão 2



Fonte: A autora (2023).

Com relação aos tipos de documentos, na *SCOPUS* (Tabela *13*) e na *Pubmed* (Tabela *14*), ainda é observada prevalência de artigos, quando comparada ao volume de revisões publicadas. No entanto, há mais revisões disponíveis do que na revisão 1, o que evidencia que a discussão de modelos de cuidado já é mais amplamente feita na literatura. Dessa forma, confirma a pertinência dessa revisão para o objetivo de identificar estruturas, modelos e práticas na construção do modelo proposto na tese.

Tabela 13 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 2 na *SCOPUS*

Tipo de documento	**Quantidade**
Article	31
Conference paper	4

Note	1
Review	11

Fonte: A autora (2023).

Tabela 14 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 2 na *Pubmed*

Tipo de documento	Quantidade
Journal article	17
Journal article; review	3
Journal article; research support, non-u.s. Gov't	2
Others	10

Fonte: A autora (2023).

Os Estados Unidos seguem como país que mais publica no tema, com um total de 31 publicações na SCOPUS (Tabela 15) e 12 publicações na Pubmed (Tabela 16). Também são os que possuem maior contribuição de publicação dentro e fora do país, com 26 das 31 publicações fruto de contribuições dentro do próprio país e 5 contribuições internacionais na SCOPUS. Na Pubmed, as colaborações internas representam quase a integralidade das publicações, com 10 das 12 publicações e as 2 restantes são frutos de colaborações entre países.

Tabela 15 – Países com mais produções da revisão 2 na *SCOPUS*

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP[4]	MCP[5]
USA	31	0.7561	26	5
CANADA	4	0.0976	4	0
UNITED KINGDOM	2	0.0488	1	1
GERMANY	1	0.0244	1	0
ISRAEL	1	0.0244	1	0
JAPAN	1	0.0244	1	0
NETHERLANDS	1	0.0244	1	0

Fonte: A autora (2023).

Tabela 16 – Países com mais produções da revisão 2 na *Pubmed*

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP	MCP
USA	12	0.8000	10	2
CANADA	1	0.0667	1	0

[4] SCP – *Intra-country colaboration indice*
[5] MCP – *Intercountry colaboration indice*

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP	MCP
ISRAEL	1	0.0667	0	1
NETHERLANDS	1	0.0667	1	0

Fonte: A autora (2023).

Ao analisar as publicações mais citadas na SCOPUS (Tabela 17), a que se destaca, com mais que o dobro de citação que a segunda colocada é a de Browman et al. (1995). Na Pubmed, nenhum dos artigos foi citado, ou seja, o resultado da análise do Bibliometrix retornou zero nas colunas de total de citação e total de citação por ano. Quanto aos autores que mais publicaram na SCOPUS (Tabela 15), no topo do ranking está Anderson que estão também em segunda posição entre os artigos mais citados. Já na Pubmed (Tabela 19), os autores que mais produziram foram Osarogiagbon e Rocque, com 2 publicações cada.

Tabela 17 – Artigos com mais citações da revisão 2 na *SCOPUS*

Artigo	Total de citação (TC)	TC por ano
BROWMAN GP, 1995, J CLIN ONCOL	373	13.815
ANDERSON BO, 2008, WORLD J SURG	117	8.357
BOLAND GM, 2013, CANCER	116	12.889
FINGERET MC, 2014, CANCER	103	12.875
SPENCER BA, 2008, J CLIN ONCOL	59	4.214
CAMPBELL MK, 2011, J CANCER SURVIVORSHIP	52	4.727
ROMANUS D, 2009, JNCCN J NAT COMPR CANCER NETW	48	3.692
ANDERSON BO, 2015, BREAST J	47	6.714
HAWARD RA, 2006, LANCET ONCOL	45	2.812
STUBBLEFIELD MD, 2013, CANCER	42	4.667

Fonte: A autora (2023).

Tabela 18 – 5 autores com mais produtivos da revisão 2 na *SCOPUS*

Autor	Quantidade de artigos publicados
ANDERSON BO	3
DUBOIS RW	2
GARRISON J	2
JACOBSON JO	2
MCCABE MS	2

Fonte: A autora (2023).

Tabela 19 – 5 autores com mais produtivos da revisão 2 na *Pubmed*

Autor	Quantidade de citações
OSAROGIAGBON RU	2
ROCQUE G	2
ABEL GA	1
ABY ES	1
ANDEMARIAM B	1

Fonte: A autora (2023).

Quando se observa o crescimento das palavras-chave mais adotadas na SCOPUS nessa segunda revisão (Tabela 20), nota-se que todas apresentam alguma tendência de crescimento, mas há uma tendência de crescimento consideravelmente mais acentuada na adoção do termo *'quality improvement'*, o que reforça a relevância do espaço que se pretende preencher com a tese, ao criar estratégias que possam contribuir com a melhoria da qualidade da prestação de um determinado serviço de saúde, nesse caso, na atenção integral ao paciente oncológico. Na Pubmed, *'quality improvement'* também apresenta crescimento, mas um ponto interessante é o uso também crescente do termo *'Models, organizational'*, que pode apontar que os modelos de cuidado têm sido estudados no contexto da melhoria da qualidade da assistência.

Tabela 20 – Crescimento das palavras-chave da revisão 2 na *SCOPUS (KeywordGrowth)*

Year	Quality improvement	Cancer	Breast cancer	Clinical practice guidelines	Neoplasms	Oncology	Screening	6th vital sign	Access to care	Biomedical engineering
2007	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
2008	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
2009	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
2010	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
2011	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
2012	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
2013	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0
2014	1	2	2	1	1	0	1	0	0	1

2015	1	2	2	1	2	0	1	0	0	1
2016	1	2	2	2	2	0	1	0	0	1
2017	1	3	2	2	2	1	2	1	0	1
2018	2	3	2	2	2	1	2	1	0	1
2019	5	3	2	2	2	2	2	1	1	1

Fonte: A autora (2023).

Tabela 21 – Crescimento das palavras-chave da revisão 2 na *Pubmed (KeywordGrowth)*

Year	Humans	Female	Middle aged	Male	Aged	Quality improvement	Retrospective studies	United states	Adult	Models, organizational
2008	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2009	2	2	1	1	1	0	0	0	1	0
2010	2	2	1	1	1	0	0	0	1	0
2011	2	2	1	1	1	0	0	0	1	0
2012	3	2	1	1	1	0	0	0	1	0
2013	4	3	1	1	1	0	0	0	1	0
2014	5	3	1	1	1	0	0	1	1	1
2015	6	4	2	2	2	0	1	1	1	1
2016	9	5	2	2	2	1	1	2	1	2
2017	14	6	4	3	2	2	1	3	1	3
2018	17	7	5	4	2	2	2	3	1	3
2019	22	8	6	5	3	3	3	3	2	3
2020	25	9	7	6	4	4	4	4	3	3

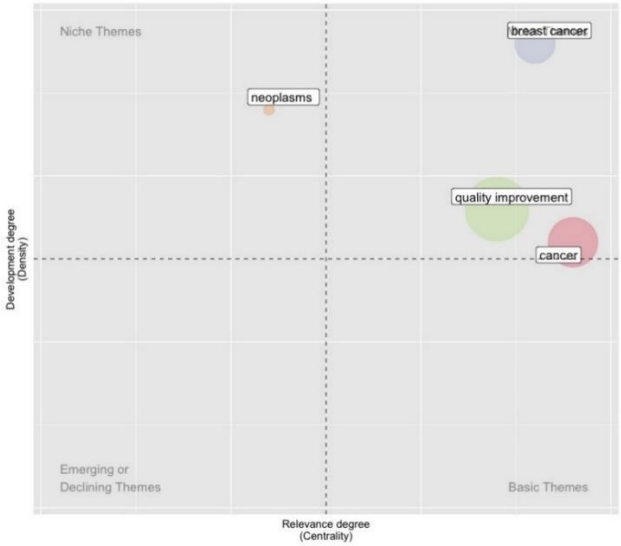
Fonte: A autora (2023).

Os mapas temáticos apoiam o entendimento acerca dos temas motores dentre os resultados das buscas, bem como os temas básicos, emergentes e temas de nicho. Os temas motores são temas bem desenvolvidos e importantes para a estruturação do campo de pesquisa, apresentando forte centralidade e alta densidade. A colocação de temas neste quadrante implica que eles estão externamente relacionados a conceitos aplicáveis a outros temas que são conceitualmente intimamente relacionados. Os temas no quadrante superior esquerdo (temas de nicho) têm laços internos bem desenvolvidos, mas laços externos sem importância e, portanto, são apenas de importância marginal para o campo. Os temas no quadrante inferior esquerdo (temas emergentes ou declinantes) são pouco desenvolvidos e marginais. Os temas deste quadrante têm baixa densidade e baixa centralidade, representando

principalmente temas emergentes ou desaparecidos. Os temas no quadrante inferior direito (temas básicos) são importantes para um campo de pesquisa, mas não são desenvolvidos. Então, este quadrante agrupa temas básicos transversais e gerais.

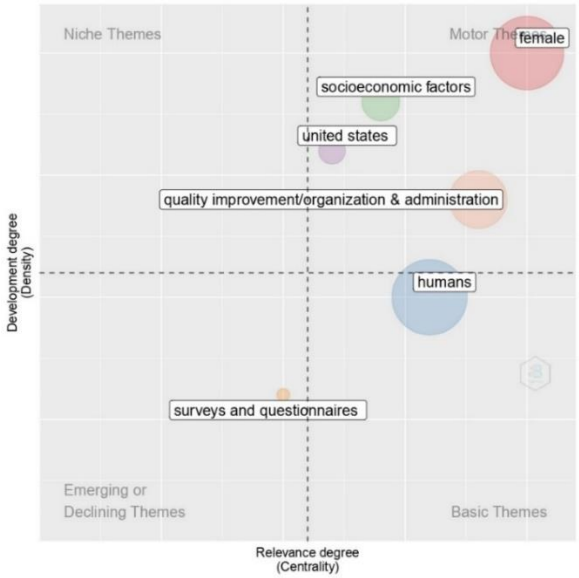
O que se destaca no mapa temático da *SCOPUS* (Figura 23) é que o termo *'quality improvement'* é entendido como tema motor dentro desse campo. Ele também aparece no mapa da *Pubmed* (Figura 24), associado ao termo *'organization&administration'*, o que reforça que os dois temas estão correlacionados e são importantes para a estruturação do campo.

Figura 23 – Mapa temático da revisão 2 na *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

Figura 24 – Mapa temático da revisão 2 na *Pubmed*



Fonte: A autora (2023).

1.2.3 Análise bibliométrica revisão sistemática 3

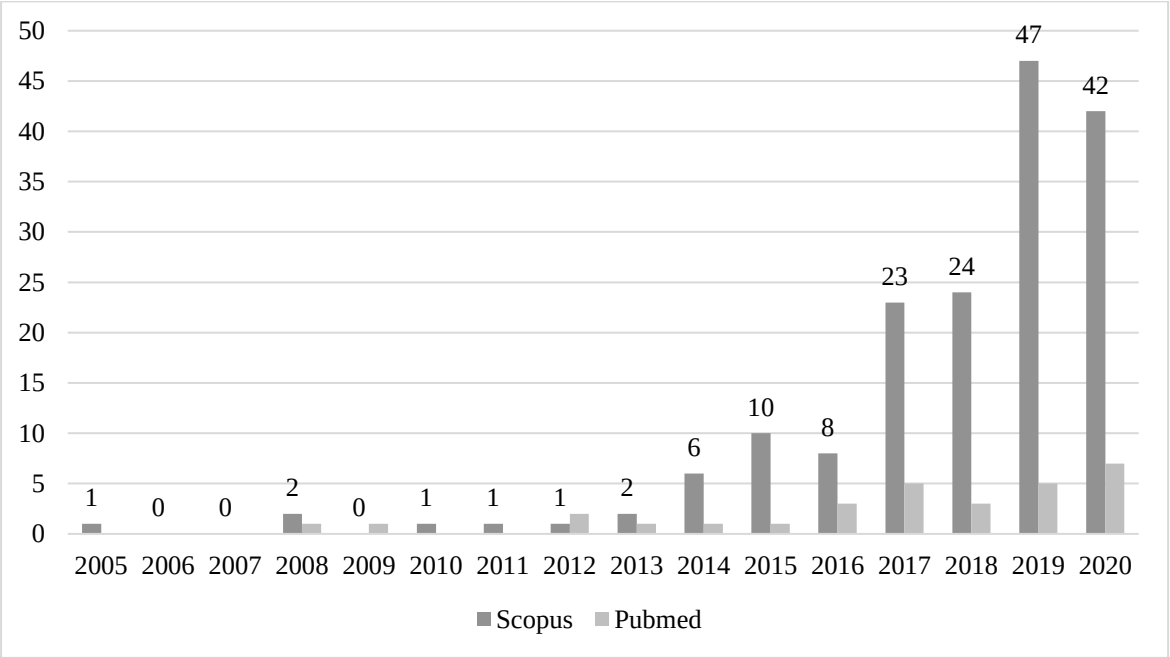
A produção anual das duas bases está disponível na Tabela 22 e do Gráfico 4. Nessa análise, ao contrário da análise da revisão 2, a base que apresenta maior tendência de crescimento é a *SCOPUS* ao invés da *Pubmed*, que também apresenta uma tendência de crescimento, mas muito mais discreta. Isso evidencia que, no que tange a discussões relativas a aplicações da agenda de valor em saúde no contexto do atendimento ao paciente oncológico, a base *SCOPUS* tem potencial maior de retorno de textos relevantes. Isso reforça a complementaridade entre as bases, quando se avalia a relevância de cada uma dentre as *queries* adotadas na tese.

Tabela 22 – Produção anual da revisão 3

Ano	***SCOPUS***	***Pubmed***
2005	1	0
2006	0	0
2007	0	0
2008	2	1
2009	0	1
2010	1	0
2011	1	0
2012	1	2
2013	2	1
2014	6	1
2015	10	1
2016	8	3
2017	23	5
2018	24	3
2019	47	5
2020	42	7

Fonte: A autora (2023).

Gráfico 4 – Crescimento do total de publicações por ano da revisão 3



Fonte: A autora (2023).

Os artigos e revisões são os tipos de publicação predominantes entre os resultados, tanto na SCOPUS (Tabela 23), quanto na Pubmed (Tabela 24) e o volume de revisões evidencia uma discussão consistente sobre tema. Assim sendo, foi possível compreender os principais elementos relacionados à agenda de valor no que tange ao cuidado ao paciente oncológico para definir as premissas do modelo proposto na tese. Trata-se, portanto, se um tema já amplamente abordado na literatura.

Tabela 23 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 3 na *SCOPUS*

Tipo de documento	**Quantidade**
Article	109
Book chapter	1
Conference paper	3
Editorial	3
Letter	3
Note	8
Review	40
Short survey	1

Fonte: A autora (2023).

Tabela 24 – Quantidade de resultados por tipos de documento da revisão 3 na *Pubmed*

Tipo de documento	Quantidade
Journal article	125
Journal article; review	37
Journal article; research support, non-u.s. Gov't	15
Editorial	6
Comparative study; journal article	3
Others	44

Fonte: A autora (2023).

Assim como na revisão 2, os Estados Unidos seguem com protagonistas dentre os países que mais publicam no tema, tendo publicado 100 artigos, dentre os quais 87 são cooperações nacionais e 13, cooperações internacionais na *SCOPUS* (Tabela *25*) e 70 publicações, dentre as quais 58 são resultado de cooperações nacionais e 12 internacionais na *Pubmed* (Tabela *26*). Apesar de ter um volume de publicação menos expressivo, podemos destacar nessa revisão a aparição da Holanda como segunda posição nos dois *rankings*.

Tabela 25 – Países com mais produções da revisão 3 na *SCOPUS*

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP[6]	MCP[7]
USA	100	0.74627	87	13
Netherlands	12	0.08955	10	2
Canada	5	0.03731	3	2
Australia	3	0.02239	2	1
Germany	3	0.02239	3	0
Italy	2	0.01493	2	0
United kingdom	2	0.01493	1	1
Belgium	1	0.00746	0	1
Finland	1	0.00746	1	0
France	1	0.00746	1	0
Hong kong	1	0.00746	1	0
Israel	1	0.00746	1	0
Portugal	1	0.00746	1	0
Ukraine	1	0.00746	1	0

Fonte: A autora (2023).

Tabela 26 – Países com mais produções da revisão 3 na *Pubmed*

[6] SCP – Intra-country colaboration indice
[7] MCP – Intercountry colaboration indice

País	Quantidade de artigos	Frequência	SCP	MCP
USA	70	0.61404	58	12
Netherlands	22	0.19298	20	2
Australia	6	0.05263	4	2
Germany	4	0.03509	3	1
Belgium	2	0.01754	1	1
Canada	2	0.01754	1	1
France	2	0.01754	1	1
Italy	2	0.01754	1	1
Denmark	1	0.00877	0	1
Finland	1	0.00877	1	0
Peru	1	0.00877	0	1
Portugal	1	0.00877	1	0

Fonte: A autora (2023).

Dentre os artigos mais citados na SCOPUS (Tabela 27), destaca-se o texto de Martin et al. (2015), com 134 citações. Na Pubmed, assim como na revisão 2, não houve resultados de citações para os artigos listados. Entre os autores mais produtivos da SCOPUS (Tabela 28), estão Feeley e Koppert com 4 publicações cada um nesse tema, e na Pubmed (Tabela 29), destacam-se Dijksman e Rothberg, com 11 publicações cada.

Tabela 27 – Artigos com mais citações da revisão 3 na *SCOPUS*

Autor e revista	Total de citação (TC)	TC por ano
MARTIN NE, 2015, EUR UROL	134	19,143
PORTER ME, 2008, ANN SURG	107	7,643
ONG WL, 2017, JAMA ONCOL	75	15,000
ROCQUE GB, 2017, JAMA ONCOL	67	13,400
POPAT K, 2013, BEST PRACT RES CLIN ANAESTHESIOL	62	6,889
PARTRIDGE AH, 2014, J CLIN ONCOL	59	7,375
ALFANO CM, 2019, CA CANCER J CLIN	47	15,667
ZERILLO JA, 2017, JAMA ONCOL	44	8,800
KIM AH, 2018, J CROHN'S COLITIS	38	9,500
WILLIAMS SB, 2018, JAMA SURG	35	8,750

Fonte: A autora (2023).

Tabela 28 – 5 autores mais produtivos da revisão 3 na *SCOPUS*

Autor	Quantidade de artigos publicados
FEELEY TW	4
KOPPERT LB	4
FEINBERG BA	3
KLINK AJ	3
LAGENDIJK M	3
LOBATTO DJ	3
NABHAN C	3
NAEIM A	3
PARIKH AB	3
PEUL WC	3

Fonte: A autora (2023).

Tabela 29 – 5 autores mais produtivos da revisão 3 na *Pubmed*

Autor	Quantidade publicações
DIJKSMAN LM	11
ROTHBERG MB	11
BIESMA DH	7
FEELEY TW	7
MISRA-HEBERT AD	7

Fonte: A autora (2023).

Quanto ao crescimento das palavras-chave na SCOPUS (Tabela 30), um destaque é o uso crescente do termo ‘value-based care’, acompanhado do crescimento também expressivo das suas variantes ‘value-based healthcare’ e ‘value-based health care’. Dentre as palavras relacionadas na Pubmed (Tabela 31), a única que é relacionada ao tema de interesse da pesquisa é ‘Health care costs’, que apresenta crescimento expressivo.

Tabela 30 – Crescimento das palavras-chave da revisão 3 na *SCOPUS (KeywordGrowth)*

Year	Value-based care	Cancer	Value	Value-based healthcare	Cost-effectiveness	Quality of life	Value-based health care	Cost analysis	Oncology	Outcomes
2012	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
2013	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0
2014	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0
2015	0	1	3	1	2	0	2	1	0	1
2016	2	1	3	2	2	0	2	2	1	1
2017	3	1	5	2	3	1	2	3	1	1
2018	9	3	5	2	4	4	3	3	2	2
2019	13	6	7	5	4	4	3	4	4	3
2020	19	9	9	8	6	6	6	5	5	5

Fonte: A autora (2023).

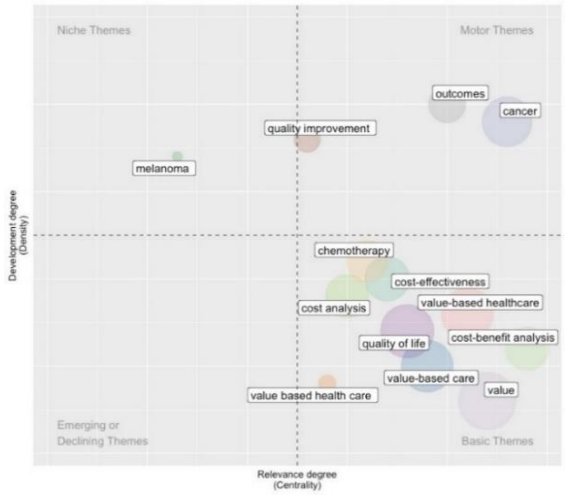
Tabela 31 – Crescimento das palavras-chave da revisão 3 na *Pubmed (KeywordGrowth)*

Year	Humans	Female	Male	Aged	Middle aged	United states	Retrospective studies	Adult	Aged, 80 and over	Health care costs
2008	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2009	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2010	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
2011	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0
2012	3	0	0	0	0	3	0	0	0	1
2013	5	0	0	1	0	3	0	0	0	1
2014	9	1	1	1	0	4	0	0	0	2
2015	17	5	6	4	2	6	2	1	0	3
2016	27	9	10	7	7	9	3	4	1	3
2017	59	21	19	15	13	22	6	9	5	7
2018	88	37	34	27	21	27	15	14	12	10
2019	133	61	58	45	38	40	25	20	17	18
2020	156	70	67	52	47	45	32	22	20	18
2021	157	71	68	53	48	45	32	22	20	18

Fonte: A autora (2023).

Assim como no mapa temático da revisão 2 na *SCOPUS*, o mapa da revisão 3 (Figura *25*) também aponta para termo *'quality improvement'* como tema motor, e adiciona a discussão de desfechos através do termo *'outcomes'.* Ainda sobre esse mapa, observamos que os termos relacionados a valor em saúde são alocados no quadrante de temas básicos, ou seja, entende-se que são temas relevante, porém ainda pouco explorados no campo. Essa constatação reforça a relevância do escopo da tese. Na contra-mão dos demais mapas, o mapa temático da *Pubmed* (Figura 26) coloca *'quality improvement'* e *'decision making'* como temas de nicho, ou seja, temas bem desenvolvidos, mas com importância marginal para o campo.

Figura 25 – Mapa temático da Revisão 3 na *SCOPUS*



Fonte: A autora (2023).

Figura 26 – Mapa temático da Revisão 3 na *Pubmed*



Fonte: A autora (2023).

1.3 Análises qualitativas do campo

Os estudos selecionados foram submetidos a uma leitura averiguativa e foram classificados quanto a abordagem do problema (qualitativa, quantitativa, qualitativa e quantitativa), o tipo de pesquisa (descritiva, prescritiva, preditiva), a amplitude da proposição (intra-organização, entre organizações) e quanto ao objeto da pesquisa (paciente, unidade de saúde, sistema de saúde). O Quadro 38, Quadro 39 e Quadro 40 apresentam os resultados dessa análise, representando a quantidade de artigos classificados e descrevendo os autores relacionados. O Gráfico 5 sumariza os volumes de publicações classificados em cada revisão.

Quadro 38 – Síntese qualitativa da revisão sistemática 1

Classificação	Tipo	Quantidade	Autores
Abordagem	Qualitativa	6	FEELEY et al. (2010); MARTIN et al. (2015); PARTRIDGE et al. (2014); DAS et al. (2020); JOHNSON et al. (2020); BROOKS et al. (2017)
	Quantitativa	0	-
	Quali-quanti	2	DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014)
Tipo de pesquisa	Descritiva	8	FEELEY et al. (2010); MARTIN et al. (2015); PARTRIDGE et al. (2014); DAS et al. (2020); JOHNSON et al. (2020); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014); BROOKS et al. (2017)
	Prescritiva	1	BROOKS et al. (2017)
	Preditiva	0	-
Gênero	Teórico	4	PARTRIDGE et al. (2014); DAS et al. (2020); JOHNSON et al. (2020); BROOKS et al. (2017)
	Aplicado	4	FEELEY et al. (2010); MARTIN et al. (2015); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014)
	Teórico-aplicado	0	
Amplitude	Intra-organização	4	PARTRIDGE et al. (2014); DAS et al. (2020); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014)
	Entre organizações	4	FEELEY et al. (2010); MARTIN et al. (2015); JOHNSON et al. (2020); BROOKS et al. (2017)
Foco da pesquisa	Paciente	3	MARTIN et al. (2015); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014)
	Unidade de saúde (pessoas e recursos próprios)	3	FEELEY et al. (2010); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014)
	Sistema de saúde	4	PARTRIDGE et al. (2014); DAS et al. (2020); JOHNSON et al. (2020); BROOKS et al. (2017)

Fonte: A autora (2023).

Quadro 39 – Síntese qualitativa da revisão sistemática 2

Classificação	Tipo	Quantidade	Autores
Abordagem	Qualitativa	17	BROWMAN et al. (1995); CAMPBELL et al. (2011); CAMPOLINA (2018); DANIEL; VARGHESE (2019); DUBOIS; WESTRICH (2019); GANZ; HASSETT; MILLER (2016); GARCIA et al. (2016); LEE et al. (2012); MAYER et al. (2015); PARTRIDGE et al. (2014); PENEDO et al. (2020); ROCQUE et al. (2019); ROCQUE et al. (2019); UENO et al. (2010); VALUCK et al. (2017); WILLKE et al. (2018); ZERILLO et al. (2018)
	Quantitativa	2	BROWN et al. (2019); ROMANUS et al. (2009)
	Quali-quanti	9	BUNNELL et al. (2014); CIPOLAT et al. (2015); CORTER et al. (2019); GORT; BROEKHUIS; REGTS (2013); HARTUNG et al. (2016); LEE et al. (2012); MCCLEARY et al. (2018); THOMPSON-LASTAD et al. (2019); VAN et al. (2014)
Tipo de pesquisa	Descritiva	25	BROWN et al. (2019); BUNNELL et al. (2014); CAMPBELL et al. (2011); CAMPOLINA (2018); CIPOLAT et al. (2015); CORTER et al. (2019); DANIEL; VARGHESE (2019); DUBOIS; WESTRICH (2019); GANZ; HASSETT; MILLER (2016); GARCIA et al. (2016); GORT; BROEKHUIS; REGTS (2013); HARTUNG et al. (2016); LEE et al. (2012); MAYER et al. (2015); MCCLEARY et al. (2018); PENEDO et al. (2020); ROCQUE et al. (2019); ROCQUE et al. (2019); ROMANUS et al. (2009); THOMPSON-LASTAD et al. (2019); UENO et al. (2010); VALUCK et al. (2017); VAN et al. (2014); WILLKE et al. (2018); ZERILLO et al. (2018)
	Prescritiva	13	BROWMAN et al. (1995); BUNNELL et al. (2014); DANIEL; VARGHESE (2019); DUBOIS; WESTRICH (2019); GANZ; HASSETT; MILLER (2016); MCCLEARY et al. (2018); PARTRIDGE et al. (2014); ROCQUE et al. (2019); THOMPSON-LASTAD et al. (2019); UENO et al. (2010); VALUCK et al. (2017); VAN et al. (2014); WILLKE et al. (2018)
	Preditiva	0	-
Gênero	Teórico	4	BROWMAN et al. (1995); PARTRIDGE et al. (2014); PENEDO et al. (2020); ROCQUE et al. (2019)
	Aplicado	8	BROWN et al. (2019); CAMPBELL et al. (2011); CIPOLAT et al. (2015); GORT; BROEKHUIS; REGTS (2013); HARTUNG et al. (2016); LEE et al. (2012); ROMANUS et al. (2009); ZERILLO et al. (2018)
	Teórico-aplicado	0	-
Amplitude	Intra-organização	17	BROWMAN et al. (1995); BUNNELL et al. (2014); CAMPOLINA (2018); CORTER et al. (2019); DUBOIS; WESTRICH (2019); GANZ; HASSETT; MILLER (2016); GARCIA et al. (2016); GORT; BROEKHUIS; REGTS (2013); MAYER et al. (2015); MCCLEARY et al. (2018); PARTRIDGE et al. (2014); PENEDO et al. (2020); ROCQUE et al. (2019); ROCQUE et al. (2019); THOMPSON-LASTAD et al. (2019); VAN et al. (2014); ZERILLO et al. (2018)
	Entre organizações	10	BROWN et al. (2019); CAMPBELL et al. (2011); CIPOLAT et al. (2015); DANIEL; VARGHESE (2019); HARTUNG et al. (2016); LEE et al. (2012); ROMANUS et al. (2009);

Classificação	Tipo	Quantidade	Autores
			UENO et al. (2010); VALUCK et al. (2017); WILLKE et al. (2018)
Foco da pesquisa	Paciente	18	BUNNELL et al. (2014); CAMPOLINA (2018); CIPOLAT et al. (2015); CORTER et al. (2019); DUBOIS; WESTRICH (2019); GANZ; HASSETT; MILLER (2016); GARCIA et al. (2016); LEE et al. (2012); MAYER et al. (2015); MCCLEARY et al. (2018); PARTRIDGE et al. (2014); PENEDO et al. (2020); ROCQUE et al. (2019); THOMPSON-LASTAD et al. (2019); UENO et al. (2010); VALUCK et al. (2017); VAN et al. (2014); WILLKE et al. (2018)
	Unidade de saúde (pessoas e recursos próprios)	16	BROWMAN et al. (1995); BROWN et al. (2019); CAMPBELL et al. (2011); CAMPOLINA (2018); CIPOLAT et al. (2015); CORTER et al. (2019); GANZ; HASSETT; MILLER (2016); GARCIA et al. (2016); GORT; BROEKHUIS; REGTS (2013); HARTUNG et al. (2016); LEE et al. (2012); MAYER et al. (2015); ROCQUE et al. (2019); ROCQUE et al. (2019); THOMPSON-LASTAD et al. (2019); ZERILLO et al. (2018)
	Sistema de saúde	5	DANIEL; VARGHESE (2019); ROMANUS et al. (2009); UENO et al. (2010); VALUCK et al. (2017); WILLKE et al. (2018)

Fonte: A autora (2023).

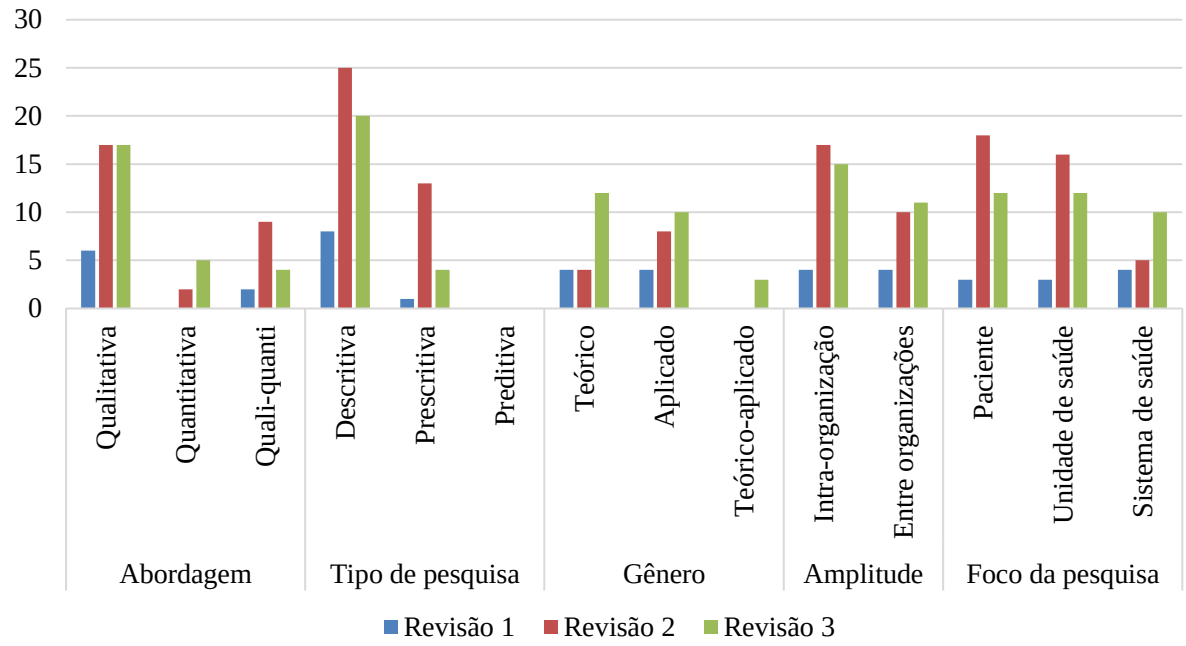
Quadro 40 – Síntese qualitativa da revisão sistemática 3

Classificação	Tipo	Quantidade	Autores
Abordagem	Qualitativa	17	FEELEY et al. (2010); SHECKTER et al. (2019); ABRAHAMS et al. (2017); PARTRIDGE et al. (2014); MIETTINEN; TENHUNEN (2020); SHUNG; BYRNE (2020); DAS et al. (2020); WILLIAMS et al. (2019); MISRA-HEBERT et al. (2018); VAN et al. (2017); BOSSERMAN (2016); WANG; MALAYIL; CHEN (2019); SPATZ et al. (2017); SAUNDERS (2019); CHAWLA et al. (2019); PORTER (2008); POLLOCK (2008)
	Quantitativa	5	MANJUNATHAN et al. (2020); ELSAID et al. (2020); ENNIS et al. (2019); OSTBY et al. (2020); MISRA-HEBERT et al. (2018)
	Quali-quanti	4	TRAN et al. (2017); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014); GUPTA et al. (2019)
Tipo	Descritiva	20	FEELEY et al. (2010); MANJUNATHAN et al. (2020); SHECKTER et al. (2019); ELSAID et al. (2020); TRAN et al. (2017); PARTRIDGE et al. (2014); MIETTINEN; TENHUNEN (2020); SHUNG; BYRNE (2020); DAS et al. (2020); WILLIAMS et al. (2019); MISRA-HEBERT et al. (2018); ENNIS et al. (2019); WANG; MALAYIL; CHEN (2019); OSTBY et al. (2020); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014); MISRA-HEBERT et al. (2018); CHAWLA et al. (2019); PORTER (2008); POLLOCK (2008)
	Prescritiva	4	ABRAHAMS et al. (2017); SPATZ et al. (2017); GUPTA et al. (2019); SAUNDERS (2019)
	Preditiva	0	-

Classificação	Tipo	Quantidade	Autores
Gênero	Teórico	12	SHECKTER et al. (2019); ABRAHAMS et al. (2017); PARTRIDGE et al. (2014); SHUNG; BYRNE (2020); DAS et al. (2020); WILLIAMS et al. (2019); BOSSERMAN (2016); WANG; MALAYIL; CHEN (2019); SPATZ et al. (2017); SAUNDERS (2019); CHAWLA et al. (2019); PORTER (2008)
	Aplicado (aplicação de modelos / ferramentas / técnicas já existentes)	10	FEELEY et al. (2010); MANJUNATHAN et al. (2020); ELSAID et al. (2020); MIETTINEN; TENHUNEN (2020); MISRA-HEBERT et al. (2018); ENNIS et al. (2019); OSTBY et al. (2020); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014); MISRA-HEBERT et al. (2018)
	Teórico aplicado (aplicação de um modelo / ferramenta / técnica novo criado no próprio texto)	3	TRAN et al. (2017); GUPTA et al. (2019); POLLOCK (2008)
Amplitude	Local / unidade	15	FEELEY et al. (2010); MANJUNATHAN et al. (2020); SHECKTER et al. (2019); ELSAID et al. (2020); PARTRIDGE et al. (2014); MIETTINEN; TENHUNEN (2020); SHUNG; BYRNE (2020); DAS et al. (2020); BOSSERMAN (2016); OSTBY et al. (2020); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014); MISRA-HEBERT et al. (2018); GUPTA et al. (2019); POLLOCK (2008)
	Regional	1	FEELEY et al. (2010)
	Nacional	6	TRAN et al. (2017); ABRAHAMS et al. (2017); MISRA-HEBERT et al. (2018); ENNIS et al. (2019); WANG; MALAYIL; CHEN (2019); SPATZ et al. (2017)
	Não se aplica	4	WILLIAMS et al. (2019); SAUNDERS (2019); CHAWLA et al. (2019); PORTER (2008)
Foco da pesquisa	Paciente	12	MANJUNATHAN et al. (2020); ELSAID et al. (2020); TRAN et al. (2017); WILLIAMS et al. (2019); BOSSERMAN (2016); WANG; MALAYIL; CHEN (2019); OSTBY et al. (2020); DIVI et al. (2018); MIDDLETON et al. (2014); MISRA-HEBERT et al. (2018); GUPTA et al. (2019); POLLOCK (2008)
	Unidade de saúde (pessoas e recursos próprios)	12	FEELEY et al. (2010); MANJUNATHAN et al. (2020); MIETTINEN; TENHUNEN (2020); SHUNG; BYRNE (2020); ENNIS et al. (2019); BOSSERMAN (2016); OSTBY et al. (2020); MIDDLETON et al. (2014); MISRA-HEBERT et al. (2018); GUPTA et al. (2019); CHAWLA et al. (2019); POLLOCK (2008)
	Pagadores e convênios	1	SHUNG; BYRNE (2020)

Fonte: A autora (2023).

Gráfico 5 - Síntese das classificações por revisão



Fonte: A autora (2023).

Do ponto de vista da abordagem das pesquisas, o que se observa nas três revisões é que o campo está estruturado majoritariamente por pesquisas qualitativas, o que evidencia uma preocupação, uma vez que trabalhos com medição de performance têm sido colocada como uma estratégia para definição das etapas necessárias para fornecer cuidados de saúde (SAUNDERS, 2019) e esse tipo de análise de performance geralmente é apresentada em pesquisas quantitativas, especialmente por sua natureza estatística. Quando ao tipo de pesquisa, as descritivas estão em maioria nas três revisões. Dentre as pesquisas prescritivas, houve maior volume de resultados na revisão 2. Essa constatação aponta para um conjunto de resultados que descrevem aplicações de práticas ou técnicas, mas não se compromete com a definição de um guia de projeto para projeto de serviços de natureza similar. Essa ausência reforça a proposta da tese, de construir um artefato de apoio à tomada de decisão para projeto de serviços oncológicos baseados em valor.

Quanto ao gênero das pesquisas, observa-se uma distribuição similar entre pesquisas teóricas e aplicadas. Somente na revisão 3 foram identificadas pesquisas teórico-aplicadas, mas em volume pouco expressivo. O que se pode interpretar é que poucos autores vêm desenvolvendo novas teorias e aplicando na prática, a maioria traz explanações sobre os temas e descrevem experimentos pontuais de práticas e técnicas. Nessa mesma linha,

observa-se, quanto a amplitude da pesquisa, mais intervenções ou descrições intraorganizacionais. Quanto ao foco da pesquisa, por mais que cuidados centrados no paciente seja um tema emergente, observa-se uma distribuição quase equivalente entre textos com foco no paciente e na unidade de saúde. O foco nesse segundo, apesar de objetivar ganhos de performance, acaba por afastar potenciais estudos com foco integralmente no paciente, por mais que isso exija mudanças organizacionais em segundo plano.

Apêndice D – Análise temática do campo de pesquisa

O objetivo deste Apêndice D é descrever a análise de conteúdo conduzida nos resultados das revisões da literatura para a elaboração do reporte dos resultados como última etapa da revisão da literatura, conforme orientação de Tranfield; Denyer; Smart (2003). A análise de conteúdo adotada seguiu as etapas propostas por Bardin (2011) e contempla as etapas: pré-análise do conteúdo, exploração do material e organização da análise.

1.1 Pré-análise do conteúdo

Na primeira fase, de pré-análise, foi feita a organização do material a ser investigado para condução das operações sucessivas de análise. Dessa forma, as etapas conduzidas foram:

1. Leitura "flutuante" e escolha dos documentos: a leitura flutuante permitiu garantir que os artigos selecionados a partir da RSL estavam aptos para a fase de análise.
2. Formulação dos objetivos: o objetivo formulado para análise de conteúdo foi a identificação de práticas de cuidado associadas a cada uma das categorias de operações pré-estabelecidas como interesse e como recorte temático da tese. As categorias de gestão de operações em saúde foram adotadas por sua potencialidade em apoiar o projeto de soluções pragmáticas para problemas reais, compreendendo o comportamento atual do sistema e projetando soluções adequadas conceitualmente e aderentes à realidade e devido à expertise da autora e do grupo de especialistas no uso do método para soluções de problemas em saúde a partir dessa abordagem.
3. Referenciação dos índices e preparação do material: os documentos foram organizados no Zotero para a condução da análise de conteúdo.

1.2 Exploração do material

A segunda fase, de exploração do material, consistiu na codificação e categorização. identificação das unidades de registros (as práticas de cuidado), a definição das regras de

contagem (ocorrência por autor). Dessa forma, quando práticas similares ou concorrentes eram identificadas, uma nova categoria inicial era delimitada para posterior contagem.

Para esta fase, também foi acessado o grupo de especialistas para geração de consenso das classificações quando havia mais de uma interpretação para a categorização da prática.

1.2.1 Codificação

1. Unidades de registro: as unidades de registro foram as práticas de cuidado.
2. Regra de contagem: as ocorrências foram registradas por autor, ou seja, mesmo que o autor mencionasse a prática mais de uma vez no artigo, a prática seria contabilizada uma única vez. Quando práticas similares ou concorrentes eram identificadas, uma nova unidade de registro era delimitada para posterior contagem.
3. Unidades de contexto: a definição da prática, conforme descrita pelo autor, foi a unidade de contexto da prática. Não foram adotadas como unidades de contexto a frase ou o parágrafo, por exemplo.

1.2.2 Categorização

1. Agrupamentos (categorização intermediária e final): a categorização intermediária foi feita a partir do agrupamento semântico (significado dos códigos/unidades de registro), que considerou a descrição das práticas e seus benefícios de uso. Ou seja, práticas entendidas como equivalentes a partir do seu significado, a partir da interpretação da autora e validação com os especialistas em gestão de operações em grupos nominais, foram agrupadas. O grupo recebeu o nome da prática mais recorrente. Não foram adotados agrupamentos sintáticos, léxicos ou expressivos no escopo da tese. Para a execução dessa fase, são considerados fundamentais elementos como fundamentação teórica, intuição e experiência do pesquisador no assunto. A categorização final foi conduzida a partir das categorias de operações pré-estabelecidas, para que fosse preservada a estrutura de apresentação dos resultados adotada também na síntese das entrevistas e na construção do modelo proposto na tese. Assim, as práticas com suas respectivas categorias intermediárias foram

categorizadas em 6 categorias de operações estabelecidas. Foi feita uma adaptação das categorias de operações propostas por Hayes; Upton; Pisano (2008) e por De Vasconcelos Silva; Spiegel; Assad (2018) para o contexto da tese, por entender que se tratam de categorias potenciais para a elaboração do modelo final e por terem sido previamente adotadas com êxito no projeto de soluções para saúde, conforme Quadro 41.

Quadro 41 – Categorias de operações adotadas na tese

Categoria original	**Definição Hayes; Upton; Pisano (2008)**	**Categoria adaptada**	**Definição adaptada**
Informação e tecnologia de processo.	Grau de automação, interconectividade, liderar versus seguir.	Tecnologia de processo e percurso do paciente	Percurso do paciente no sistema. Serviços ofertados.
		Gestão da informação e sistemas.	Registro de informação do paciente, sistemas e gestão de prontuário.
Planejamento do trabalho e sistemas de controle.	Compras, plano agregado, planejamento, controle ou estoques e/ou reservas de tempo de espera.	Programação do cuidado e acompanhamento do paciente.	Encaminhamento e acompanhamento do paciente no sistema. Organização do cuidado.
Medição e sistemas de recompensa	Medições, bônus, política de promoções.	Mensuração da performance e gestão da qualidade	Avaliação de desempenho da organização a partir do nível de serviço estabelecido. Monitoramento e definição dos indicadores.
Sistemas de qualidade	Prevenção de defeitos, monitoramento, intervenção e eliminação.		
Fornecimento e integração vertical	Direção, extensão, balanço.	Rede e integração	Integração das informações e cuidado do paciente com outras organizações de saúde.
Organização	Centralizada versus descentralizada, quais decisões deve se delegar, papel dos grupos de apoio.	Organização	Estrutura organizacional. Mecanismos de coordenação da equipe.

Fonte: A autora (2023) adaptado de Hayes; Upton; Pisano (2008).

1.3 Organização da análise

A terceira fase, de organização da análise, consistiu no tratamento e interpretação dos resultados. A etapa de tratamento dos resultados consistiu na elaboração das tabelas que compilam as práticas identificadas. O objetivo foi destacar o nome da prática, sua descrição e os benefícios da sua adoção, conforme apontado pelo autor que mencionou a prática. Essa organização dos achados permitiu compreender a natureza das práticas abordadas pela literatura e comparar a amplitude da discussão entre as categorias de operações. A etapa de

interpretação consistiu justamente na discussão de completude/suficiência das práticas e suas contribuições dos achados para a construção do modelo. Além disso, na fase de interpretação dos achados, foi discutido com o grupo de pesquisa quais desses elementos poderiam contribuir para a construção dos instrumentos de levantamento da prática, na fase de entrevistas.

Apêndice E – Questionário semiestruturado

O Apêndice E tem como objetivo descrever o questionário semiestruturado elaborado para a condução das entrevistas de levantamento das práticas de cuidado integral ao paciente oncológico adotadas pelas organizações de saúde brasileiras.

Para a revisão da literatura, foram adotadas 6 categorias de operações em função dos resultados obtidos, de forma a melhor adequar os agrupamentos temáticos. Para a fase de entrevistas, dada a oportunidade de discussão de cada tema como ponto de partida do método, a categoria de gestão da qualidade e mensuração da performance foi desdobrada em duas, resultando em 7 categorias de operações. O quadro 42 apresenta o resultado do questionário aplicado, contemplando a categoria, o objetivo de pesquisa ao qual os tópicos de interesse estão vinculados.

Quadro 42 – Questionário semiestruturado para levantamento da prática com os especialistas

Categoria	Objetivo	Tópicos de interesse
Tecnologia de processo e percurso do paciente (C1)	OE1	T1: Como você define um *Comprehensive Cancer Center* do ponto de vista do objetivo de serviço ao paciente?
		T2: Quais serviços que devem ser ofertados? (Prevenção, rastreamento, diagnóstico, decisão terapêutica/planejamento/tratamento, cuidado paliativo, acompanhamento pós-tratamento)
		T3: Como projetar as linhas de cuidado? Quais são os protocolos de referência? E para quais tipos de câncer?
		T4: Quais são as práticas de planejamento terapêutico utilizadas? São adotadas referências ou *guidelines* (ex.: SBOC Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica)?
Gestão da Informação e sistemas (C2)	OE1	T5: Quais as informações mínimas que devem ser registradas de um paciente? (Ex: TNM, CID-O)
		T6: Quais as funcionalidades mínimas para um prontuário eletrônico?
Programação e Acompanhamento do Paciente (C3)	OE1	T7: Quais são os mecanismos de coordenação entre profissionais e equipes/serviços? (Ex.: Grupos multidisciplinares, *Tumor Board*, Decisão Compartilhada)
		T8: Quais são os instrumentos/técnicas/práticas para acompanhamento do percurso do paciente no sistema? (Ex. Navegador, navegação do paciente)

Categoria	Objetivo	Tópicos de interesse
		T9: Quais são os instrumentos/técnicas/práticas para priorização dos pacientes nas filas de consulta/exame para cada condição do paciente?
Mensuração da performance e gestão da qualidade (C4)	OE1; OE2	T10: Quais são os indicadores mínimos para medir desempenho dos serviços? Usa alguma estrutura de referência? (Donabedian, Porter...)
		T11: Como medir e remunerar/reconhecer performance? Quais são os instrumentos/técnicas/práticas para monitoramento da qualidade no serviço prestado?
		T12: Quais as técnicas para coleta e integração do feedback dos pacientes no modelo?
		T13: Quais as políticas de intervenção/eliminação sistemática de problemas?
Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos (C5)	OE1	T14: Como incorporar práticas de pesquisa e ensino no modelo atenção integral?
		T15: Quais as práticas para aprendizado e aperfeiçoamento da equipe? E para troca de experiência entre as equipes de outras organizações?
		T16: Qual o papel do ciclo pesquisa/ensino/assistência e publicações como resultado das pesquisas para a performance do modelo?
Rede e integração (C6)	OE1; OE2	T17: Como integrar as informações do percurso do paciente pela rede?
		T18: Quais são as boas práticas de integração de rede?
		T19: Como manejar a diferenciação entre operadoras / prestadores? (Experiências do paciente a depender da cobertura do convênio)
Organização (C7)	OE1; OE2	T20: Qual a estratégia organizacional para gestão do *Comprehensive Cancer Center*? Configuração, perfil, objetivos.
		T21: Qual a configuração sugerida para organograma da organização? Estrutura de comando e controle, estrutura da linha de cuidado.

Fonte: A autora (2023).

Apêndice F – Registro dos entrevistados

O Apêndice F tem como objetivo apresentar os registros dos entrevistados na segunda fase da pesquisa. O Quadro 43 traz a identificação numérica do especialista, a categoria (formação), seu cargo de atuação, o tipo de organização ao qual o profissional pertence, a data e duração da entrevista. Trata-se de informações importante para qualificar a amostra entrevistada e para compreender os vieses que essa amostra pode representar.

Quadro 43 – Descrição dos especialistas e organizações entrevistados

Especialista	**Categoria**	**Cargo**	**Tipo de organização**	**Data e duração**
1	Cirurgião oncológico	Diretor executivo	Fundação	16/04/2021 1h30 19/04/2021 30min
2	Tecnologia da informação	Consultor	Fundação	22/04/2021 1h
3	Cirurgião	Cirurgião	Fundação e Instituto	28/04/2021 1h 29/04/2021 30min
4	Oncologista clínico	Diretor médico	Hospital geral	29/04/2021 1h30
5	Cirurgião oncológico	Chefe da mastologia	Hospital geral	30/04/2021 45min 03/05/2021 30min
6	Oncologista clínico	Pesquisador e consultor	Fundação e Hospital geral	04/05/2021 1h
7	Patologista	Diretor Geral	*Cancer center*	06/05/2021 1h
8	Oncologista torácico	Presidente e Diretor Científico	Instituto e Hospital especializado em câncer	13/05/2021 1h
9	Oncologista clínico	Fundador e Presidente do Conselho de Administração	Hospital especializado em câncer	17/05/2021 1h
10	Oncologista clínico	Médico, preceptor e coordenador do RHC	Hospital geral	20/05/2021 1h30
11	Cirurgião oncológico	Gerente médico	Hospital especializado em câncer	26/05/2021 1h
12	Psicóloga	Fundadora e presidente	ONG	28/05/2021 1h
13	Oncologista clínico	Consultor	Consultoria	01/06/2021 1h
14	Patologista	Diretor médico	Hospital geral	08/06/2021 1h30
15	Radioterapeuta	Médica sênior	Instituto e	08/06/2021

			Hospital especializado em câncer	30min
16	Enfermeira	Enfermeira Supervisora Operacional dos Centros de Referência e Programa de Navegação	*Cancer center*	10/06/2021 1h
17	Radiologista	Médico radiologista	Hospital geral	30/06/2021 1h

Fonte: A autora (2023).

Apêndice G – Resultados das sessões de grupo focal para construção e validação do modelo

O Apêndice G apresenta os resultados das sessões de grupo focal. A condução dos grupos focais foi descrita para que se possa compreender o processo de construção do modelo, a partir, fundamentalmente, da interação entre especialistas e se possa rastrear as contribuições de cada sessão para a elaboração do produto da tese (o artefato final). As etapas de preparação para a condução do grupo focal estão descritas no capítulo de metodologia.

1.1 Definição das componentes do modelo (Grupo Focal 1)

A primeira etapa para construção do modelo foi a definição das componentes do modelo, a saber: categorias de operações, premissas da agenda de valor, e decisões e práticas factíveis para o contexto das organizações de saúde brasileiras. Foram expostas ao grupo focal 1, composto pela moderadora e 3 especialistas em gestão de operações, as categorias de operações selecionadas na pesquisa e os resultados sobre VBHC e sobre práticas de cuidado identificadas na literatura. Também foram apresentadas as práticas identificadas a partir das entrevistas e as análises de complementariedade entre elas, com as convergências e divergências entre literatura e realidade das organizações de saúde. O resultado desse primeiro bloco de sessões foi a definição das categorias e práticas de cuidado que comporiam o modelo de atenção integral ao paciente oncológico. Importante destacar que a decisão do grupo foi de não restringir os caminhos decisórios quando se apresentaram divergências entre literatura e prática e entre entrevistados. Foi entendido pelo grupo que se manteriam os caminhos alternativos e que o modelo seria, portanto, um modelo de apoio a decisão. Foram conduzidas 3 sessões de 1h30 de duração. Os resultados estão descritos nos Quadros 44, 45 e 46.

Quadro 44 – Resultado da sessão 1 de grupo focal

	Sessão 1 - 08/07/2021
Abertura da sessão	A moderadora apresentou o objetivo da tese e a metodologia planejada para a construção do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor. Em seguida, foram apresentados o objetivo da condução do grupo focal e os critérios se seleção dos especialistas para esse grupo focal 1. Os especialistas foram convidados a se apresentarem brevemente ao grupo.

	Em seguida, foi apresentada a dinâmica das sessões e o planejamento temático de cada bloco de sessões planejadas para o grupo focal 1: • Bloco 1: definição das componentes do modelo; • Bloco 2: correlação entre as decisões (práticas) do modelo; • Bloco 3: validação do modelo; Por fim, foi apresentado o objetivo da sessão 1: definição das categorias de operações do modelo.
Apresentação do tema de discussão	Apresentação das categorias de operações: • Literatura: categorias de operações (HAYES; UPTON; PISANO, 2008); • Prática: Projeto Unidade de Emergência (DE VASCONCELOS SILVA; SPIEGEL; ASSAD, 2018); Perguntas: 1. As categorias de operações de Hayes et al. (2008) são adequadas para a construção do modelo? 2. A adaptação para a realidade da organização de saúde apresentada é pertinente? 3. As categorias devem ser adotadas com alguma adaptação para o modelo?
Debate	Os especialistas discutiram a adequação das categorias ao objeto em questão (cuidado oncológico). As categorias de Hayes foram apontadas como completas quando comparadas com autores da área, mas entendeu-se que seu uso na íntegra não seria oportuno; Os especialistas trouxeram uma experiência prática de projeto de operações no contexto oncológico na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON); Apesar de abordarem autores de referência distintos, as escolhas pelas categorias na unidade de emergência convergiam com as categorias adotadas no projeto FCECON; Entendeu-se que pequenos ajustes poderiam ser adotados para o contexto específico do modelo de atenção integral.
Síntese	Foram definidas as categorias que comporiam o modelo a partir das referências apresentadas: Rede e integração, Organização, Pesquisa e Desenvolvimento, Tecnologia de processo, Programação do Cuidado, Gestão da informação, Mensuração de performance, Sistema de qualidade. Não se entendeu como necessário por parte do grupo de especialistas a consideração de novas referências em gestão de operações.
Encerramento da sessão	As principais decisões foram lidas e validadas com os participantes; A data da próxima sessão foi confirmada pela moderadora; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.

Quadro 45 – Resultado da sessão 2 de grupo focal

	Sessão 2 - 15/07/2021
Abertura da sessão	A moderadora reforçou o objetivo do grupo focal na construção da pesquisa; A moderadora apresentou o objetivo da sessão 2: definir os elementos da agenda de valor que comporão o modelo.
Apresentação do tema de discussão	Apresentação de dois dos resultados da revisão da literatura 3 sobre valor em saúde para o contexto oncológico: • Tabela síntese da revisão da literatura – panorama sobre o campo; • Agenda de valor de Porter; Perguntas: 1. Como vincular o projeto do modelo à agenda de valor? 2. Os principais temas da literatura são suficientes para o projeto? 3. É possível associar as práticas de cuidado às premissas da agenda?

Debate	Os especialistas debateram a respeito da tabela síntese, destacando o gap de projeto organizacional no contexto oncológico baseado em valor; Apontam que essa dificuldade em tangibilizar as soluções de VBHC não ocorre apenas no contexto oncológico, mas nos sistemas de saúde como um todo; Destacam que pouco se publica e se discute sobre resultados aplicados, dizem que tem visto resultados muito pontuais sobre partes da agenda de valor; Para o projeto do modelo, destacam que a agenda de valor se apresenta como mais completa para ser adotada como premissa para a seleção e projeto das práticas de cuidado; Propõem como método a associação entre cada uma das práticas do modelo a cada uma das premissas da agenda de valor, destacando que mais de uma premissa pode estar associada a uma mesma prática.
Síntese	A agenda de valor foi adotada como referência para o projeto do modelo; O método proposto foi a associação entre as premissas da agenda e as práticas de cuidado selecionadas para modelo.
Encerramento da sessão	As principais decisões foram lidas e validadas com os participantes; A data da próxima sessão foi confirmada pela moderadora; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.

Quadro 46 – Resultado da sessão 3 de grupo focal

	Sessão 3 - 21/07/2021
Abertura da sessão	A moderadora reforçou o objetivo do grupo focal na construção da pesquisa; A moderadora apresentou o objetivo da sessão 3: definir as práticas que comporão o modelo.
Apresentação do tema de discussão	Apresentação das práticas de cuidado integral ao paciente oncológico: • Literatura: 61 práticas de cuidado distribuídas em 25 grupos de práticas e 6 categorias de operações; • Entrevistas: 117 práticas de cuidado distribuídas em 26 tópicos de interesse e 7 categorias de operações; • Divergências, convergências e complementariedade entre literatura e entrevistas; Perguntas: 1. O modelo deve contemplar todas as práticas somadas (literatura e entrevistas)? 2. Como lidar com as divergências na construção do modelo?
Debate	Inicialmente, foi proposta uma análise das divergências e um confrontamento dessas divergências com a literatura e com novos especialistas em cuidado oncológico; No entanto, entendeu-se que algumas das divergências ocorriam dentro da própria literatura e entre os próprios especialistas, não havendo dois polos (literatura e prática); Entendeu-se que havia sobreposição entre práticas identificadas na literatura e partir das entrevistas. Nesse caso, essas práticas foram consideradas fundamentais para a construção do modelo; Os grupos temáticos foram entendidos como relevantes pelos especialistas para a decisão sobre quais práticas comporiam o modelo;
Síntese	19 grupos de práticas da literatura foram julgados como pertinentes para a construção do modelo; 108 práticas das entrevistas foram entendidas como relevantes; As divergências foram entendidas como importantes no processo de tomada de decisão, especialmente porque as organizações e redes atuais apresentam características distintas (estrutura física e de integração, principalmente), que devem ser levadas em consideração no projeto de operações.
Encerramento da sessão	As principais decisões foram lidas e validadas com os participantes; A data da próxima sessão foi confirmada pela moderadora; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.

1.2 Correlação entre as decisões do modelo (Grupo Focal 1)

Após definição das componentes, foi conduzida a correlação entre as decisões e caminhos decisórios do modelo. A moderadora apresentou ao grupo focal uma referência como ponto de partida, o framework de sistemas logísticos proposto por Langevin; Riopel (2005). Um dos membros propôs uma primeira correlação entre as categorias, ainda em nível agregado, a partir da qual foram construídas as demais correlações. O grupo usou a ferramenta Miro, uma plataforma gratuita de planejamento visual e colaborativo, que opera em modo *online* e permite a construção de mapas mentais, diagramas, quadros e fluxogramas, com estrutura de navegação entre os elementos do modelo. A proposta agregada foi testada pelos demais membros do grupo até que se tivesse um cenário aceito por todos os participantes. Foi conduzida 1 sessão de 2h para a conclusão desse passo, conforme Quadro 47 e Figura 27.

Quadro 47 – Resultado da sessão 4 de grupo focal

	Sessão 4 – 22/07/2021
Abertura da sessão	A moderadora reforçou o objetivo do grupo focal na construção da pesquisa; A moderadora reforçou o objetivo do bloco 2: elaborar as correlações entre as categorias e práticas do modelo; A moderadora apresentou o objetivo da sessão 4: estabelecer a correlação entre as categorias de operações do modelo.
Apresentação do tema de discussão	Apresentação do framework de sistemas logísticos proposto por Langevin; Riopel (2005); Apresentação do Miro como ferramenta para elaboração do modelo. Perguntas: 1. Qual a correlação (relação de precedência) entre as categorias de operações?
Debate	Os especialistas pontuaram que o framework proposto por Langevin e Riopel, apesar de possui um objeto de projeto diferente, possuía uma adequação metodológica para a construção no modelo de atenção integral ao paciente oncológico; Um dos especialistas propôs uma primeira correlação agregada entre as categorias de operações. Os demais especialistas testaram a adequação da proposta a partir das orientações da literatura; A representação gráfica no Miro foi construída e a relação de predecessão foi lida pelos participantes do grupo focal.
Síntese	Foram construídas as correlações entre as categorias de operações (ver Figura *27*; As correlações foram testadas e validadas pelo grupo focal 1.
Encerramento da sessão	As decisões foram lidas e validadas com os participantes; A data da próxima sessão foi confirmada pela moderadora; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.

Figura 27 – Correlação entre as categorias de operações no Miro



Fonte: a autora.

A partir da definição das correlações agregadas entre as categorias de operações, foram iniciadas as sessões para correlação entre as práticas (ou caminhos decisórios). Foram definidas originalmente as práticas das categorias de rede e integração, organização, pesquisa e desenvolvimento, tecnologia de processo e programação do cuidado. Em seguida, foram correlacionadas as práticas das categorias de gestão da informação, mensuração de performance e sistema de qualidade. As correlações foram construídas diretamente no Miro. Foram conduzidas 2 sessões de 1h30 para a conclusão desse passo, conforme descrito nos Quadros 48 e 49. Importante destacar que as figuras (Figura 28, Figura 29, Figura 30, Figura 31, Figura 32, Figura 33, Figura 34, Figura 35, Figura 36, Figura 37, Figura 38) representadas nessa seção já contemplam as alterações propostas na fase de validação, apresentada na seção seguinte (ver seção 1.3). No entanto, a descrição da validação na seção 1.3 tem o papel de garantir rastreabilidade das contribuições dessa fase na representação do artefato que foi construído.

Quadro 48 – Resultado da sessão 5 de grupo focal

	Sessão 5 – 26/07/2021
Abertura da sessão	A moderadora reforçou o objetivo do grupo focal na construção da pesquisa; A moderadora reforçou o objetivo do bloco 2: elaborar as correlações entre as categorias e práticas do modelo; A moderadora apresentou o objetivo da sessão 5: estabelecer a correlação entre as práticas do modelo.
Apresentação do tema de discussão	Foram apresentadas as práticas relacionadas às categorias de rede e integração, organização, pesquisa e desenvolvimento, tecnologia de processo e programação do cuidado (ver Figura 28, Figura 29, Figura *30*, Figura 31, Figura *32*).
Debate	Os especialistas discutiram as relações de precedência entre as práticas; A moderadora representou as discussões na ferramenta Miro, para que se pudessem visualizar as propostas em tempo real; As propostas eram discutidas com o grupo até que a versão final, entendida como relevante e pertinente pelo grupo fosse construída.
Síntese	As correlações foram elaboradas podem ser visualizadas na **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, Figura *37*, Figura 38.
Encerramento da sessão	As decisões foram apresentadas e validadas com os participantes; A data da próxima sessão foi confirmada pela moderadora; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.

Quadro 49 – Resultado da sessão 6 de grupo focal

	Sessão 6 – 28/07/2021
Abertura da sessão	A moderadora reforçou o objetivo do grupo focal na construção da pesquisa; A moderadora reforçou o objetivo do bloco 2: elaborar as correlações entre as categorias e práticas do modelo; A moderadora apresentou o objetivo da sessão 5: estabelecer a correlação entre as práticas do modelo (continuação).
Apresentação do tema de discussão	Foram apresentadas as práticas relacionadas às categorias de rede e integração, organização, pesquisa e desenvolvimento, tecnologia de processo e programação do cuidado (ver Figura 33, Figura *34*, Figura 35).
Debate	Os especialistas discutiram as relações de precedência entre as práticas; A moderadora representou as discussões na ferramenta Miro, para que se pudessem visualizar as propostas em tempo real; As propostas eram discutidas com o grupo até que a versão final, entendida como relevante e pertinente pelo grupo fosse construída.
Síntese	As correlações foram elaboradas podem ser visualizadas na **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, Figura *37*,

	Figura 38.
Encerramento da sessão	As correlações foram apresentadas e validadas com os participantes; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nas sessões de elaboração do modelo.

Figura 28 – Práticas relacionadas à categoria de rede e integração no Miro



Figura 29 - Práticas relacionadas à categoria de organização no Miro

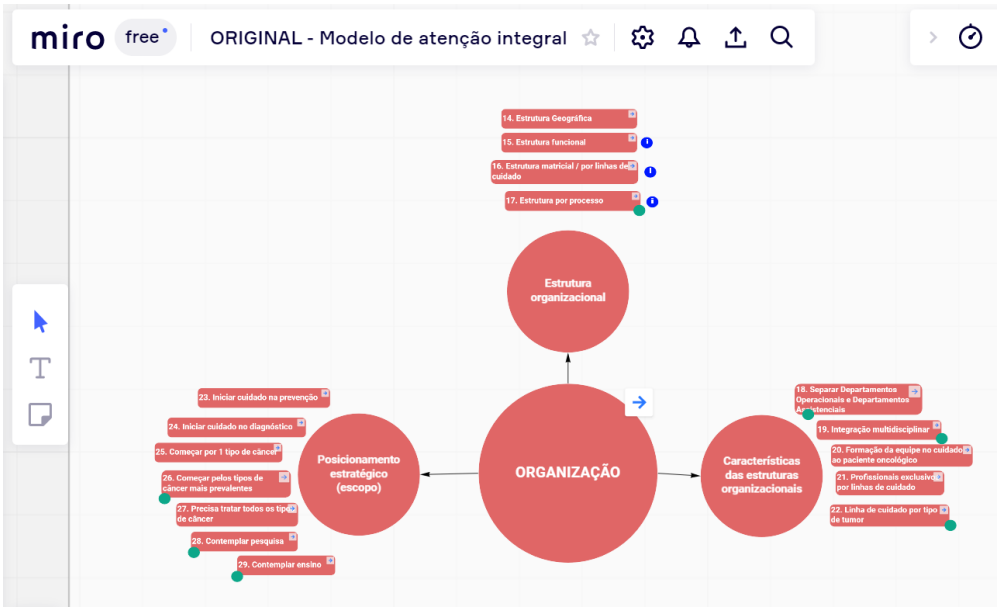


Figura 30 - Práticas relacionadas à categoria de pesquisa e desenvolvimento no Miro

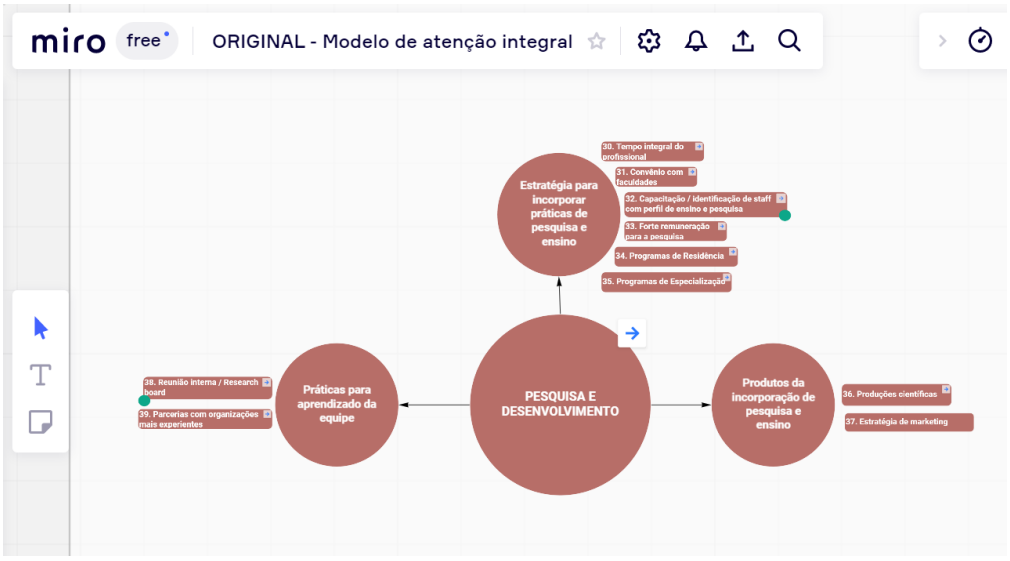


Figura 31 - Práticas relacionadas à categoria de tecnologia de processo no Miro



Figura 32 - Práticas relacionadas à categoria de programação e acompanhamento do paciente no Miro



Figura 33 - Práticas relacionadas à categoria de gestão da informação e sistemas no Miro



Figura 34 - Práticas relacionadas à categoria de mensuração e gestão de performance no Miro



Figura 35 - Práticas relacionadas à categoria de sistemas de qualidade no Miro

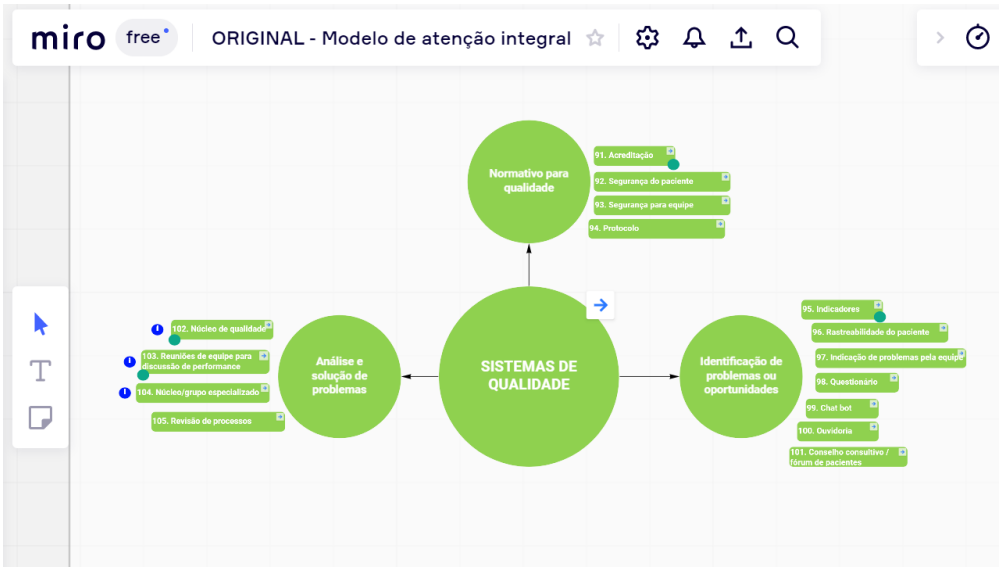
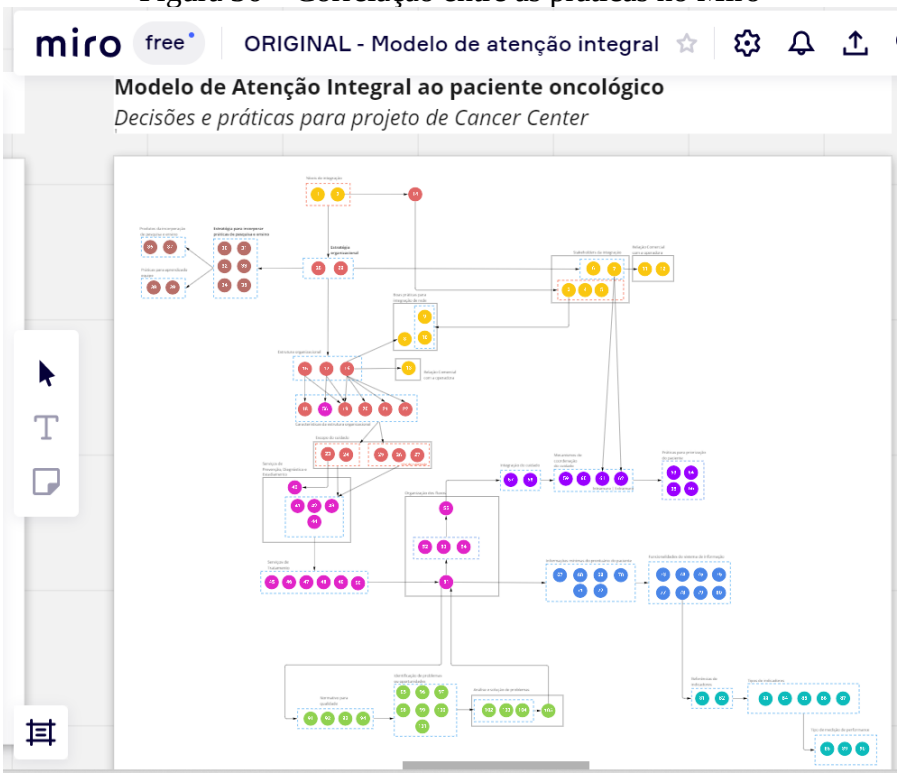


Figura 36 – Correlação entre as práticas no Miro



Fonte: A autora.

Figura 37 - Correlação entre as práticas no Miro (Zoom 1)

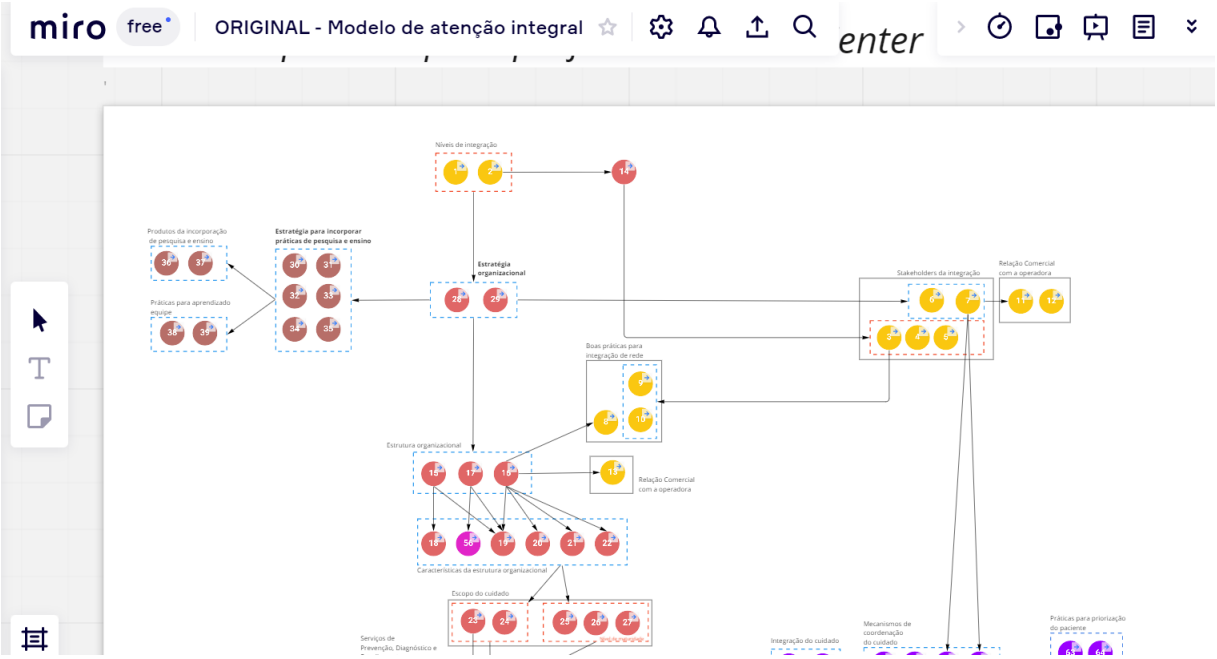
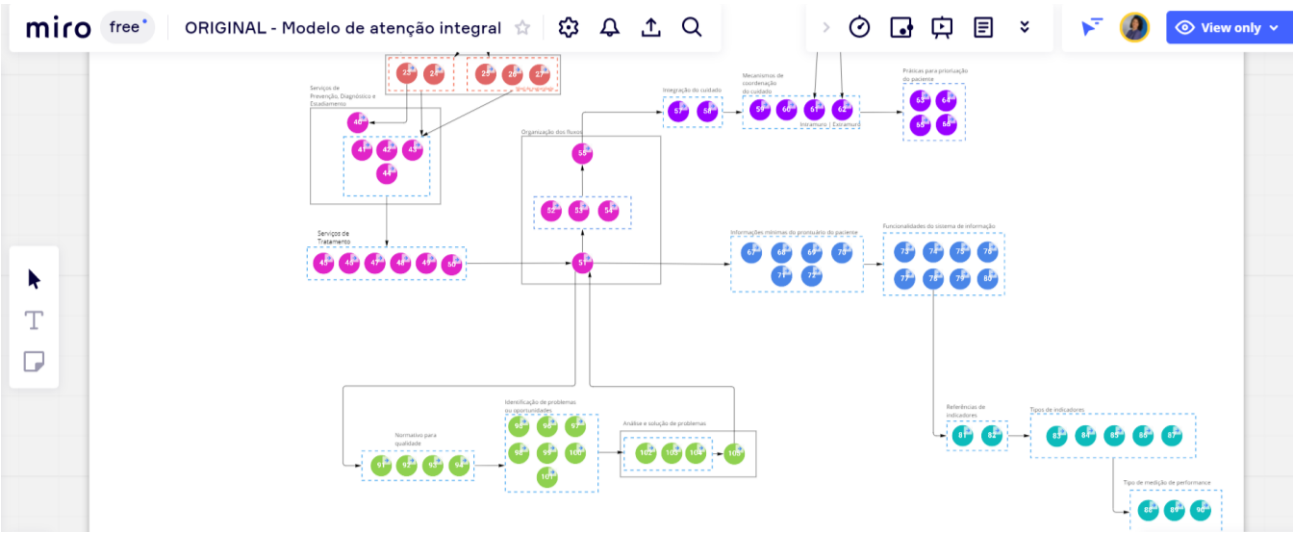


Figura 38 - Correlação entre as práticas no Miro (Zoom 2)



1.3 Validação do modelo (Grupo Focal 2)

A técnica de grupo focal também foi conduzida para a validação do modelo. Após a elaboração da correlação entre as práticas no passo anterior, o modelo foi apresentado pela moderadora aos participantes, de forma que foram colocados em pauta a clareza da navegação pelo modelo, o entendimento da notação adotada e a facilidade de uso do modelo (leitura do modelo e definição dos caminhos de projeto a partir das decisões). Foram conduzidas 2 sessões de 1h30 para conclusão desse passo, conforme exposto no Quadro 50 e Quadro 51.

Quadro 50 – Resultado da sessão 7 de grupo focal

	Sessão 7 – 03/08/2021
Abertura da sessão	A moderadora apresentou o objetivo da tese e a metodologia planejada para a construção do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor. Em seguida, foram apresentados o objetivo da condução do grupo focal e os critérios se seleção dos especialistas para esse grupo focal 2. Os especialistas foram convidados a se apresentarem brevemente ao grupo. Em seguida, foi apresentada a dinâmica das sessões; Por fim, foi apresentado o objetivo da sessão 7: validação do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor.
Apresentação do tema de discussão	Apresentação das categorias de operações; Apresentação das decisões; Apresentação dos caminhos decisórios;

Debate	Os especialistas discutiram a pertinência das categorias de operações e entenderam como relevantes as categorias selecionadas; Na categoria 'organização', o especialista 1 propôs a segmentação entre as decisões 'posicionamento estratégico' e 'características da estrutura organizacional'; Na categoria 'pesquisa e desenvolvimento', o especialista 2 propôs a inclusão da prática 'estratégia de marketing' na decisão 'produtos da incorporação de pesquisa e ensino'; Na categoria 'tecnologia de processos', o especialista 1 propôs a separação entre os serviços de prevenção, diagnóstico e estadiamento e os serviços de tratamento e acompanhamento; Na categoria 'programação e acompanhamento do paciente', os especialistas 1 e 3 propuseram a remoção da prática 'Pelo próprio paciente' na decisão de 'Mecanismos de coordenação entre profissionais e serviços'. Apesar de concordarem que esta é uma prática comum, entendem que é importante não projetar organizações dessa forma, visto que se trata de uma prática ruim; Na categoria 'programação e acompanhamento do paciente', os especialistas sugeriram segmentar a decisão de 'Mecanismos de coordenação entre profissionais e serviços' em duas: 'Integração do cuidado' e 'Mecanismos de coordenação entre profissionais e serviços'.
Síntese	Os ajustes propostos foram discutidos pelo grupo, caso a caso; Todas as propostas foram incorporadas ao modelo.
Encerramento da sessão	As decisões foram lidas e validadas com os participantes; A data da próxima sessão foi confirmada pela moderadora; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.

Quadro 51 – Resultado da sessão 8 de grupo focal

	Sessão 8 – 06/08/2021
Abertura da sessão	A moderadora reforçou o objetivo da sessão 7: validação do modelo de atenção integral ao paciente oncológico baseado em valor (continuação).
Apresentação do tema de discussão	Apresentação da notação adotada; Apresentação na navegabilidade do modelo no Miro;
Debate	Os especialistas acharam a notação adequada, mas sinalizaram dificuldade em relembrar a que decisão aquele conjunto de práticas se referia; O especialista 1 propôs que as decisões fossem explicitadas no modelo, para além da legenda nas tabelas, para facilitar a leitura; O especialista 2 sugeriu que as relações de concomitância ou excludência fossem representadas em cores diferentes para facilitar a leitura;
Síntese	A notação foi compreendida e entendida como adequada; Os ajustes para facilitar a navegação pelo modelo foram incorporados.
Encerramento da sessão	As decisões foram lidas e validadas com os participantes; Agradeceu-se pela participação dos especialistas nessa sessão.