

Título do capítulo	CAPÍTULO 5 EFICIÊNCIA E VALOR EM SAÚDE: ENSAIO CRÍTICO
Autores (as)	Luiz Vianna Sobrinho
DOI	
Título do livro	SUS: AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE
Organizadores (as)	Carlos Octávio Ocké-Reis
Volume	
Série	
Cidade	
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1ª
ISBN	
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://repositorio.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Eficiência e valor em saúde: ensaio crítico

Luiz Vianna Sobrinho

Introdução

Desde as últimas décadas do século XXI, a medicina e as práticas sanitárias evoluíram de forma marcante em três dimensões: a crescente incorporação tecnológica, o aumento da utilização e dos custos de insumos e procedimentos, e o incremento da participação da saúde na economia e do mercado na prática médica. O poder da tecnologia médica respondeu às expectativas, com ganhos em eficácia terapêutica nunca vistos; no entanto, foi justamente o uso demasiado desse poder¹ que se tornou um dos maiores problemas de saúde nos países desenvolvidos².

A evolução da medicina dentro do ambiente hospitalar impôs-se como necessária para o emprego desse arsenal tecnológico, justamente nessas últimas duas décadas do século. Segundo a OMS, os avanços terapêuticos mais do que dobraram nesse período³. Com a crescente importância da saúde na economia mundial, a indústria de insumos de diagnose e terapêutica médica passou a investir fortemente nos hospitais como vertedouro final de consumo e utilização dessas novas tecnologias⁴.

As demandas levantadas pelas descobertas revolucionárias da tecnociência ampliaram o poder da medicina e o volume de recursos envolvidos nessas atividades – e, conseqüentemente, os custos e a rentabilidade delas. E foi a pujança desse modelo econômico, alicerçado na centralidade absoluta da ciência, que passou a exigir uma constante renovação e criatividade no campo de argumentação bioética, para responder criticamente e propor os limites para o avanço das biotecnologias sobre a vida e seus postulados, e em outras áreas, que abordaremos neste manuscrito.

Este ensaio visa discutir a emergência da eficiência como imperativo para os sistemas de saúde nesse contexto mercantilizado e as metamorfoses do modelo médico

e do conceito de valor, tão pregnante nas discussões atuais. As transformações de um mercado setorial de produtos e serviços, cada vez mais dinâmico e lucrativo, resvalam em mudanças na prática médica ensejadas pelo avanço da tecnologia médica. O novo modelo da indústria da saúde assenta-se sobre o tripé autonomia do paciente (*patient-centeredness*)⁵, medicina baseada em evidência e valor como finalidade. A transformação do conceito de valor e o contraponto com os princípios estruturantes do SUS embutidos nas novas definições são ressaltados nas soluções do mercado para paulatinamente estabelecer um novo modelo de exercício profissional nessa área.

A centralidade do paciente e o novo papel do médico

O novo modelo da indústria da saúde emergiu no contexto social de ampliação dos direitos civis e conquistas individuais e científicas ocorridas nas décadas de 1960 e 1970, período de uma plena expansão do horizonte axiológico e mudança de valores. Nesse sentido, o trato com a vida vai envolver o paciente, de forma declarada e cada vez mais explícita, e a definitiva inclusão da sua autonomia no contrato das decisões; o princípio da centralidade do paciente (*patient-centeredness*)^{5I} – conceito sobre o qual não nos aprofundaremos neste ensaio – ganhará espaço e força no debate ético, que se limitava até então aos imperativos hipocráticos da não-maleficência e beneficência.

Essas discussões remetem ao novo papel do médico. Até esse momento, não havíamos ultrapassado o modelo de medicina enunciado pelo clássico Canguilhem, quando diz : “É a própria vida, [...] que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas.”⁶⁽⁸⁸⁾.

Ou seja, a medicina se preservava como um saber técnico-profissional, estruturado a partir do aprendizado teórico e da experiência empírica, que reserva ao médico, como sujeito da relação ou equação médico-paciente, a decisão da condução do seu agir – mesmo que, no avançar das acomodações da relação trabalho-capital do final do século XX, a transformação da medicina liberal em medicina socializada tenha dinamizado novos mecanismos de controle e coerção sobre a autonomia – tanto do profissional quanto do paciente. No nosso meio, há textos seminais que avaliam essa transição: na década de 1970, com a absorção da força de trabalho médico aos moldes de uma organização econômica capitalista de mercado⁷, ou no auge dessa transição na década de 1990, com uma adaptação à padronização dos processos necessários à gestão corporativa do trabalho médico⁸.

I O conceito de centralidade do paciente não é muito claro e, segundo revisão recente, abrange pelo menos 15 dimensões – desde a relação médico-paciente até envolvimento do paciente e seus entes queridos nas decisões, passando pelo direito de ser tratado de forma digna. É um conceito vinculado aos direitos da pessoa à saúde.

A partir da introdução do novo modelo, haverá a possibilidade de extinguir de vez o aspecto subjetivo da medicina, transformando todo o substrato para a decisão e domínio da saúde e da doença pelos limites estritos da ciência biológica em parâmetros totalmente objetivos. No fim extremo desse processo de mudança, o que unificará a relação entre mundo e modelo será a substituição do núcleo duro da anatomia patológica pelo dado científico. Enfim, chegaremos ao ponto em que pensar em medicina será pensar em dados científicos⁹. Logo, com dados, todos podem pensar e lidar. Mentos, grupos, processos de trabalhos, gestores e programas automatizados. Nesse ponto, poderemos dizer que a medicina conta com um novo “paradigma”¹⁰.

Como se estrutura essa transformação? Por quais caminhos podemos perceber a redução efetiva da autonomia profissional, seja pela necessidade de normatização adequada dos novos armamentos tecnológicos – dada pelo seu próprio risco –, seja pela imposição de mecanismos regulatórios, visando ao melhor custo-efetividade no consumo dessas tecnologias?

O sociólogo Eliot Freidson, referência na análise da evolução do comportamento profissional do médico liberal norte-americano ao longo do século XX, publicou seu texto intitulado *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*¹¹ no início do boom tecnológico. Em um posfácio escrito em 1988, na reedição de sua obra magna, vai demonstrar sua percepção sobre as transformações que se aproximam. Na tradução brasileira da obra, lançada apenas em 2007, na qual felizmente já consta tal posfácio, analisa:

[...] a Era de Ouro da medicina foi de irresponsabilidade profissional, na qual as entidades médicas fizeram pouco para revelar e corrigir o comportamento incompetente, irresponsável e antiético por parte de seus membros. Nesse período, entidades médicas tentaram impedir que seus membros participassem de formas organizadas de exercício da profissão e de métodos de pagamentos que pudessem reduzir os custos de seus consumidores.^{12(417, tradução nossa)}

Logo, “[...] a concentração de poder econômico e administrativo nas mãos daqueles que pagam as contas dos pacientes direcionou-se para reduzir a liberdade clínica dos médicos assim como a liberdade de escolha dos pacientes”^{12(417, tradução nossa)}. Estava dado por um sociólogo um diagnóstico e um vaticínio para um novo momento em futuro próximo.

Medicina Baseada em ‘Evidência’

Para minimizar as incertezas sobre desfechos terapêuticos, foi fundamentado, a partir da tradicional epidemiologia-clínica anglo-saxônica, um modelo de tomada de decisões clínicas com base nas melhores evidências da pesquisa científica, que visava

contrapor-se à base decisória na experiência profissional isolada. Nasce a Medicina Baseada em Evidências (MBE), na década de 1990, com a intenção de melhorar as diretrizes para o aprendizado e o suporte para a decisão, ancorada na robustez da base epidemiológica. A MBE pauta-se em três questões mestras¹³: “O que podemos pensar? O que podemos saber? O que podemos provar?”^{II}.

A equipe^{III} que concebeu esse modelo de trabalho reconhecia como seus objetivos: combater os custos assistenciais elevados; substituir os métodos pedagógicos obsoletos e antiquados para o desenvolvimento tecnológico; e buscar maior homogeneidade na extensa produção científica das ciências médicas. Esse rearranjo seria concebido a partir de três disciplinas: a bioestatística, a epidemiologia clínica e a informática médica. Com isso, pretendia-se aumentar o embasamento científico e conferir maior precisão às decisões técnicas e ao ensino, por meio de melhores evidências externas. Não há, como podemos ver, uma mudança epistemológica fundamental nesse novo modelo, mas já se admite que ele nos traz uma grande mudança no plano da ética e da práxis médica¹⁴.

As diretrizes e protocolos, os *guidelines*, passam a propor uma reorientação na tomada de decisão, apoiada em três principais pressupostos: i) um julgamento rigoroso e imparcial dos resultados das pesquisas clínicas, sintetizadas e contextualizadas nas diretrizes; ii) a inclusão do consentimento do paciente, que deve estar bem-informado para as suas escolhas e decisões; iii) as características circunstanciais do momento do atendimento em cada situação.

Note-se que, agora, o tirocínio profissional deverá ser utilizado no trato com a adequação dessas etapas em cada caso particular do exercício clínico – o que, em si, já é um grande problema e será marcante em críticas futuras¹⁵. Porém, a grande questão é que a autonomia profissional sofrerá um abalo irreversível, pois, a partir da implementação desse novo sistema axiológico, o peso das evidências advindas das revisões sistemáticas, metanálises e estudos randomizados e multicêntricos impõem-se com maior valor do que a opinião do profissional (especialista) para a tomada de decisão de qualquer caso¹⁶. Precocemente, isso conduziu ao uso vulgar e burocrático de uma certa forma de ‘protocolização’ da prática médica, favorecendo sua cooptação pelas técnicas restritivas do *managed care*, já tão em moda no mesmo período¹⁷. Os interesses mercadológicos e a proliferação de uma cultura de *experts* em protocolos foram os principais motivos do

II A expressão, inspirada na metafísica kantiana, foi retirada do artigo original do grupo: Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine¹³.

III O grupo de estudos da Universidade de McMaster do Canadá, sob a coordenação do Prof. David Sackett, tinha finalidades tanto assistenciais quanto de ensino.

precoce abandono das fileiras da MBE pelo seu principal fundador, o Prof. David Sackett, que passa a criticá-la a partir da virada do século^{IV}.

Com reorientações, revisões e com a evolução de ajustes nos modelos iniciais, a inserção da MBE na prática médica avança até ser quase universalmente institucionalizada, apesar de todas as críticas realizadas desde esse período. Há que se ressaltar que ela ainda fundamenta o que se considera *off label* em medicina e, muitas das vezes, tomar decisões que contrariem aquilo que recomendam as ‘evidências’ pode incorrer em imputar culpa ao profissional por má prática, mesmo que tenhamos assistido, nesse período, a grandes abalos nessas estruturas que fundamentam todo o sistema. A oposição às políticas da MBE pode ser verificada em denúncias caudalosas em todo o sistema de pesquisa e publicação científicas^V, seja em revisões críticas arrasadoras dos vícios e incorreções dos modelos bioestatísticos utilizados^{VI}, seja nas inadequações apontadas no relacionamento entre a indústria e alguns dos mais prestigiados centros de revisões sistemáticas, que justamente fornecem e qualificam as evidências da MBE^{VII,VIII}.

Ao cabo de todo esse processo, o que podemos admitir é que a ênfase na relação entre a pesquisa clínica e os padrões da prática dos médicos foi aprimorada. O centro de gravidade da medicina passou do espaço entre o clínico e o paciente para algum espaço entre a pesquisa e o clínico²⁵. Novamente, contrariando Canguilhem,

IV Sackett denuncia a deturpação dos requisitos científicos da MBE já no ano 2000, no artigo intitulado *The sins of expertness and a proposal for redemption*¹⁸ e, posteriormente, chega a compará-la à “profissão mais antiga do mundo”¹⁹.

V A Dra. Marcia Angell, ex-editora-chefe da mais antiga e prestigiada revista científica de medicina, o semanário *The New England Journal of Medicine*, publica em livro as práticas ilícitas, espúrias e antiéticas da indústria farmacêutica em toda a cadeia de pesquisa, produção, divulgação e venda de seus produtos, com intensa participação de médicos, políticos e agentes reguladores do mercado²⁰.

VI O grego-novaiorquino, médico e matemático, Dr. John Ioannidis, com passagens por *Harvard* e pela *Tufts University* – e hoje professor e Diretor do *Stanford Prevention Research Center* –, escreve artigo, desqualificando os modelos bioestatísticos, que embasam as pesquisas clínicas e epidemiológicas e que compõem as metanálises, ao apontar os seus equívocos matemáticos²¹.

VII O Prof. Sheldon Krimsky, do Departamento de Planejamento e Política do Desenvolvimento, da *Tufts University*, em obra de 2003, analisa os valores financeiros envolvidos nas ‘parcerias’ entre o mundo acadêmico e a indústria, não se restringindo apenas aos Estados Unidos. Dois terços das pesquisas realizadas no Reino Unido são financiadas pelas corporações. O embotamento da postura crítica na academia é um dos resultados mais danosos apontados por Krimsky. A relação da Astra-Zêneca com pesquisadores do prestigiado *Institute Karolinska*, na Suécia, é incômoda de se ler²².

VIII Peter Gøtzsche, membro da diretoria e cofundador do Centro Cohcrane da Dinamarca desde a década de 1990, é expulso da entidade, com outros diretores que o acompanham, devido à sua posição rigorosa na crítica ao conflito de interesses nas relações desta com representantes da indústria farmacêutica e de insumos de saúde²³. Anos antes, havia publicado um livro no qual comparava as práticas ilícitas reincidentes dos grandes laboratórios farmacêuticos àquelas utilizadas pelas organizações mafiosas²⁴.

estamos cada vez mais buscando a parametrização objetiva: o que perseguimos é a redução de todas as dimensões do cuidado ao dado científico.

Medicina Baseada em Valor

Entretanto, o problema não se esgotou com a MBE, pois as melhores evidências não deram conta dos valores individuais e preferências dos pacientes, demonstraram limitações na incorporação de índices de melhoria da qualidade de vida relativa à saúde e não relacionaram os resultados à equidade no domínio econômico da medicina na saúde pública. Na virada do século, inicia-se um debate em torno da incorporação do ‘valor’ percebido pelo paciente ao mais alto nível de evidências, conferido para as intervenções de saúde com relação ao montante de recurso gasto²⁶.

A MBV surge com a pretensão de partir das melhores evidências para produzir resultados econômicos, incrementando o valor na preferência dos pacientes; em termos simples, entregar serviços de saúde a custo mais baixo, mas de melhor qualidade, com melhor experiência do usuário no sistema²⁷. Essa estratégia traz uma mudança na dinâmica de remuneração e custeio, que se desprende do conceito mais próprio do período ‘industrial’, por volume, para ingressar no modelo ‘financeiro’ de recompensar desempenhos e processos. A nova promessa é aportar ‘eficiência’ do sistema ao ciclo completo de cuidado²⁸.

Gostaríamos, primeiramente, de ressaltar que já há, de saída, uma diferença fundamental entre a MBE e a MBV. Na concepção da primeira, o foco nas evidências que vão nos guiar para determinada decisão estava posto em uma configuração marcadamente principialista^{IX} da prática, ou seja, estava assentada sobre os pressupostos científicos que embasam a construção do projeto terapêutico. Assim, são utilizados diretrizes, *guidelines* e protocolos, embora saibamos que essas evidências sejam análises, originadas em determinada metodologia científica, de resultados de pesquisa das práticas em uma miríade de processos anteriores. Elas são os ‘princípios’ para a boa prática.

Na MBV, no entanto, o foco das propostas iniciais dos trabalhos que lançaram o modelo, notadamente os de um grupo de oftalmologistas da região da Nova Inglaterra, Estados Unidos da América (EUA), é voltado principalmente para a questão do custo-efetividade²⁶. Os primeiros parágrafos do artigo dos Profs. Gary Brown,

IX A corrente contemporânea da ética prática que se baseia em princípios ou fundamentos, o ‘principialismo’, deriva do pensamento kantiano até as atuais concepções de justiça de John Rawls, sendo a base de formação do surgimento da bioética²⁹.

Melissa Brown e Sanjay Sharma^X, que podem ser considerado um marco, destacam o crescimento do gasto em saúde nos EUA, tanto em valores absolutos quanto na participação do PIB, bem como o aumento do gasto per capita, principalmente em comparação com o Canadá. Os autores elencam os fatores que consideram os responsáveis por essa desproporção e defendem a necessidade da implantação do instrumental teórico científico da MBE, atrelada aos ditames de metas econômico-financeiras do *managed care*. Nessa construção, em que evidências da ciência têm que responder aos resultados esperados nas metas da gestão, nasce a concepção do ‘valor’ para o paciente. Aqui, a grande mudança é o foco no resultado, naquilo que está sendo entregue como serviço de saúde, valorando o melhor custo para o resultado mais efetivo (‘eficiência’); único conceito, uma gestão clínico-financeira da assistência à saúde.

Temos que deixar claro que, diferentemente de outras acepções de “valor”^{XI}, o que estamos focalizando aqui são aquelas baseadas nos resultados, que ao menos no território norte-americano não são vistas como um princípio; antes, possui um caráter teleológico^{XII}.

Nesse sentido, uma vez que o domínio da MBE era o das ciências biomédicas – cujas decisões fundamentavam-se a partir das melhores ‘evidências’ (resultados) –, os princípios, sob a forma de recomendações e diretrizes, é que determinavam as melhores condutas. Contudo, ao admitirmos que o objetivo principal passará a ser o “valor” entregue, ainda que utilizemos dados de pesquisas científicas para amparar as decisões, será o resultado, inclusive os custos incorporados a esse “valor”, que orientará a conduta. Podemos admitir, então, que a MBV traduz o domínio atual da gestão econômico-financeira sobre as ciências da saúde.

É fundamental perceber essa mudança como consequência da penetração do capital financeiro na área da saúde nesse período. Em tese, sobre o tema, Sestelo³⁰ retorna às décadas de 1970 e 1980, quando, com a financeirização da economia norte-americana, as administradoras de fundos de investimentos e de pensões se voltam para a área da saúde, que era, basicamente, controlada pela indústria de insumos tecnológicos, farmacêuticos e de serviços:

X Os Profs. Gary Brown e Melissa Brown, do Jefferson Medical College, Philadelphia/EUA, e o prof. Sanjay Sharma, do Queens Medical College, Ontário/Canadá, eram codiretores à época do Center for Evidence-Based Health Care Economics, na Pennsylvania/EUA.

XI Modelos presentes na Inglaterra, que apresentaremos à frente.

XII Grosso modo, em uma concepção oposta ao principialismo, as correntes consequencialistas guiam suas decisões baseadas num proposto resultado, em um *telos*.

Esse modelo passa a ser confrontado com a lógica da financeirização no controle das empresas de planos de saúde, que lucra com a restrição ao consumo de tratamentos mais caros. A partir dos anos 1990, conceitos como controle de custos, responsabilização individual, custo-efetividade na assistência, manejo de casos e coordenação do cuidado passaram a circular no campo da assistência, subordinando decisões clínicas a processos administrativos³⁰⁽¹³⁴⁾ (Sestelo, 2018, p. 134).

O que vamos assistir, a partir desse período, serão contradições que expressam a concorrência entre dois modelos: o modelo que prioriza o consumo e o que privilegia a geração de lucro nas empresas de planos de saúde, utilizando-se da restrição ao consumo de produtos e serviços³⁰.

Em todas as concepções de MBV no território norte-americano, ficará evidente e estará obrigatoriamente presente, deste momento em diante, o peso da governança financeira.

O mesmo grupo inicial, dos profs. Gary e Melissa Brown, funda, em 2001, o Center for Value Based Medicine³¹, em parceria com The American Journal of Managed Care. Esse grupo advoga que a MBV oferece uma medida mais bem definida do benefício do tratamento atingido do que a MBE isoladamente, pois atrela a relação custo-efetividade aos resultados de morbimortalidade^{32,33}.

Em 2005, publicaram o livro *Evidence-Based to Value-Based Medicine*³⁴, no qual delineiam a importância do acréscimo do valor percebido pelo paciente no que denominaram uma melhor relação custo-utilidade, o que seria um diferencial da MBV em relação à MBE. No entanto, não foram atentos às críticas que já se faziam às qualidades e motivações das ‘evidências’ da MBE^{XIII} nem às dificuldades operacionais em tornar exequível a parametrização numérica dos valores dos pacientes nas mais complexas situações de saúde e de intervenção médica.

Porter e o ‘valor’ como finalidade

Foi nesse momento que chegaram à área de saúde as ideias de Michael Eugene Porter. Seu livro de estreia no setor – *Redefining health care: creating value-based competition on results*³⁵ –, em parceria com a colega de Harvard, Elizabeth Teisberg, lançado em 2006, foi agraciado, no ano seguinte, com o prêmio de livro do ano do American College

XIII Como já citamos, são críticas às falhas intencionais ou não que permeiam toda a cadeia de produção das evidências científicas.

of Healthcare Executives. Até hoje, é a obra teórica de referência inicial para qualquer estudo sobre a MBV.

No entanto, antes de entrarmos no desenvolvimento pleno da teoria porteriana de MBV, convém tecer algumas considerações a partir de um recado que nos dá Porter, nessa sua obra, que vai nos ligar ao que havia dito décadas antes o sociólogo Eliot Freidson: “os médicos não têm o direito de prestar serviços de saúde sem demonstrar bons resultados. [...] A prática médica tem que ser projetada em torno do valor para os pacientes, e não da conveniência para os médicos”^{34(48, tradução nossa)} (Porter; Teilsberg, 2006, p.48, tradução nossa).

Veremos que a projeção das previsões e prescrições contidas nesse texto irão se mostrar transformadoras nas relações entre o trabalho médico e o capital envolvido na saúde. De forma, agora definitiva, o peso da participação da gestão na estrutura organizacional da saúde, a partir das exigências propostas pela MBV, vai crescer a tal ponto que irá penetrar cada vez mais como um elemento necessário à plena realização do trabalho médico, seja na sua relação com o ambiente da prática da medicina, como os modernos hospitais, seja até mesmo na sua relação final com o paciente^{36,37}.

Como já ressaltou Gaulejac, ainda no século passado, a ubiquidade da cultura gerencialista torna-se a marca fundamental da substituição da economia industrial pela economia financeira. “A cultura do alto desempenho se impõe como modelo de eficiência [...] Uma ‘gestão contábil’ da saúde, da educação e da pesquisa, pela necessidade de se adaptar às exigências econômicas e institucionais”³⁸⁽²⁸⁾.

O Prof. Michael Eugene Porter aproxima-se do campo da saúde mostrando-se desafiado pelas sérias questões econômicas da área. Assim com fizeram Brown, Brown e Sharma³², seu texto expõe, no capítulo de abertura, a proporção que o montante de recursos da saúde ocupa no PIB norte-americano. Ademais, como não poderia deixar de acontecer, compara os indicadores de qualidade e resultados desse gasto per capita com o de outros países desenvolvidos. Não foi difícil ao autor, como de fato a ninguém, perceber no que resultou o modelo de consumo acelerado que o livre mercado explorou no auge da industrialização da tecnologia médica de alta complexidade. Inexoravelmente, conclui o que já se havia demonstrado, que existiam fortes evidências de tratamentos aquém dos esperados em termos de excelência; seja pela utilização de insumos e procedimentos em demasia, ou contrariamente, pela sua insuficiência. Além disso, ainda, o poder de dano colateral – iatrogenia em suas várias formas – dessa medicina mostrou-se tão assustador nas estatísticas publicadas na virada do século XX², que poderíamos ressuscitar as críticas de Illich³⁹ feitas

décadas antes. A questão é que, contrariamente ao que Illich pregava, a medicina, com suas novas descobertas, mostrou-se perigosa, mas eficaz. Dessa forma, Porter vem para propor uma solução para que ela se torne eficiente.

Michael Porter já era um autor consagrado no mundo da gestão nesse momento. Desde a sua inicial formação, vindo da graduação em engenharia, e inserção na Harvard Business School, como um jovem professor, após obter o doutorado no Departamento de Economia, destacou-se com a elaboração de conceitos de gestão corporativa, voltadas ao uso estratégico de vantagens competitivas⁴⁰. Durante as duas décadas anteriores, havia publicado dezenas de artigos acadêmicos e mais de uma dezena de livros. *Competitive strategy: techniques for analysing industries and competitors* (1980) e *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance* (1985) tiveram mais de meia centena de reedições e foram traduzidos em diversos idiomas, enquanto seu escritório prestava serviços de consultoria a grandes empresas multinacionais, tornando-se o maior mentor da estratégia competitiva⁴¹. Em *The competitive advantage of nations* (1990), Porter conduz sua “teoria de vantagem competitiva” para o tratamento das relações entre nações, quando passa a prestar serviços para vários governos após criar uma empresa de consultoria, o Monitor Group, em 1983. Ao longo das duas décadas seguintes, a força das suas propostas conduz sua empresa à participação em parcerias com grandes grupos de investimentos e consultorias de grande porte, como McKinsey & Company, a Bain e o Boston Consulting Group⁴¹.

A proximidade com o modelo representado por esses grandes grupos de consultoria corrobora a crítica que já se fazia, à época, ao seu modelo de negócios; sendo uma das mais contundentes a do prof. Omar Aktouf, titular da HEC Montreal^{XIV}. Segundo ele, o modelo apostava justamente em uma “simbiose entre a arquitetura de sua teoria e os serviços que podem entregar os escritórios de consultoria com os quais ele e Harvard estiveram sempre ligados [...]” sendo “a única escolha recorrer aos porterianos como consultores”⁴⁰⁽⁵¹⁾.

Aktouf vai muito além de apenas tocar no ponto das conveniências entre a construção teórica da proposta de Porter e seus interesses de negócios de consultoria. Seus textos deixam evidente que o caminho teórico construído a partir de dados empíricos de suas pesquisas realizadas com grupos fechados de grandes empresas começa pela indução em grupos de grandes assimetrias, para depois deduzir o que não deveria. Ou seja, seu campo observacional de grupos fechados de empresas, em um pequeno espaço de tempo em que foram observadas, em um determinado curto momento histórico, não poderia ditar leis de validade universal. É essa observação do comportamento de competição estratégica entre empresas que Porter

XIV Fundada em 1907, a HEC Montreal – École des Hautes Études Commerciales de Montréal – é a escola de negócios de pós-graduação da Universidade de Montreal e conhecida como a primeira escola de administração estabelecida no Canadá.

vai extrapolar para modelos de competição entre Estados. Aktouf chega a constatar que o que já ocorre pode ser considerado como um caso de *enactment* – um “fenômeno que leva a projetar (desde o ponto de vista e dos interesses daqueles que analisam) tantas características no ambiente analisado que acabamos por realmente enxergá-las”⁴⁰⁽⁵¹⁾.

Demonstra isso, enumerando toda uma série de falhas na análise dos dados utilizados, quando compara empresas de mercados distintos – por exemplo, os de maior regulação social do Estado, como as da Alemanha, Japão, Dinamarca e Suécia –, com as de mercados capitalistas autorregulados, como as americanas e inglesas. Outro ponto é que, embora o autor exclua essa variável de seu modelo, ele enfatiza os méritos dos sistemas alemão, japonês e sueco e admite a boa qualidade nesses países, de uma alta taxa de sindicalização, com a presença de representantes sindicais na gestão de suas empresas. O autor deixa, assim, de forma implícita, mas não explicada pelo seu modelo, vários pontos benéficos de intervenção do Estado na economia.

Ao não considerar as diferenças nas grandes desigualdades econômicas entre grupos de nações de desenvolvimentos opostos, a teoria de Porter transforma o “planeta em um vasto campo de batalha pela infinita competitividade, sob a única obrigação de maximização de lucros e dividendos de firmas colocadas como a finalidade histórica das nações”⁴⁰⁽⁵²⁾. Aktouf chama a atenção de que o ‘porterismo’ prega o afrontamento mesmo em zonas de livre-comércio e não visa a um bem-estar social recíproco, que busque equilíbrio nas relações, com duração e preocupação com homogeneidade. Ao contrário, ao pregar uma competitividade generalizada e uma corrida às vantagens competitivas, não complementares, desequilibradas, o que resultam são estratégias egoístas, imediatistas, com um estado de espírito definitivamente belicoso. Assim, pergunta-se: “podemos transformar assim os estados em comitês de gestão de interesses financeiros transnacionais e as nações em espaços voltados à competição entre gigantes do business?”⁴⁰⁽⁴⁸⁾.

Contudo, as maiores críticas ao modelo de governança estratégica de Porter vieram quando sua consultoria – a Monitor Group – foi à falência em novembro de 2012, tendo, posteriormente, passado seus ativos à gigante Deloitte. Embora ainda servindo de mentor a muitos, e muito utilizado pelo meio da gestão, havia críticas desde os projetos sem sucesso prestados a alguns países até à sua participação em consultoria ao governo de Gaddafi, na Líbia. A proposta teórica da “vantagem competitiva sustentada”, baseada em liderança por custos baixos, diferenciação e enfoque, foi fortemente criticada na obra do filósofo norte-americano Matthew Stewart, *The Management Myth*, de 2009⁴¹.

Detalhando como o modelo construído por Porter e empregado por seus consultores tinha forte poder atrativo psicológico sobre os gestores das empresas, Stewart⁴² demonstra

como se tratava mais de análise retrospectiva de casos de sucesso, em que a “vantagem competitiva sustentável” das empresas havia se estabelecido por circunstâncias locais e sob forte proteção por barreiras estruturais dos Estados. Sem essa proteção, a estratégia não funcionava, e a busca pelo sucesso transformava-se em um mito de conquista, com a substituição consecutiva dos altos cargos da gestão, que fortalecia, na verdade, a fortuna de grandes consultores⁴². Ao invés de perguntar como Porter e o Monitor Group puderam falir, a pergunta que passou a ser feita por alguns foi: “como eles puderam continuar com um produto tão ilusório por tanto tempo?”⁴³.

Justamente a partir do desafio que se propõe para a área da saúde, com Elizabeth Teisberg, que Porter passa a admitir que criar refúgios seguros para empresas com lucros acima da média, protegidos por barreiras estruturais, não tem bons resultados para os clientes e a sociedade e descreve sua nova prescrição de ‘compartilhar valor’; entretanto, devemos ressaltar que ainda persiste no bojo da sua teoria o pensamento na vantagem competitiva.

Na obra de 2006, introduzindo seu pensamento na área da saúde, Porter apresenta a adaptação de suas teorias prévias sobre posicionamento estratégico no mercado, agora com o controle dos melhores resultados entregues aos pacientes, usuários de serviços de saúde e/ou consumidores de produtos. Esse será o cerne da competição, a busca do melhor custo possível relacionado diretamente aos melhores resultados; é a concepção de qualidade do resultado na saúde por dólar gasto que traduzirá sua definição de eficiência.

O *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD) não visa diretamente reduzir custos, mas obrigatoriamente entregar o melhor ‘valor’; e este, na concepção do modelo, terá melhor (e menor!) custo, porque buscou os melhores resultados, em um sistema aberto de competição³⁵. É importante notar que aqui permanece a ausência de controle regulatório estatal e o sistema de livre concorrência, em que os autores pregam o estímulo à diferenciação estratégica, à experiência em escala e à divulgação constante destes resultados, para que esteja ao alcance da regulação do consumidor e de outros compradores no mercado de saúde.

Sua crítica inicial mostra-se certa ao analisar o modelo ao qual propõe mudanças. Para ele, a comoditização “[...] da assistência à saúde foi a primeira de uma série de escolhas estratégicas lamentáveis feitas por todos os atores do sistema”^{35(31, tradução nossa)}. Com esse modelo de lidar com os processos da assistência à saúde tratando-os como uma *commodity*, comportamento que estava diretamente relacionado com a era da industrialização da medicina, aqueles que controlavam os custos perseguiram o objetivo errado: reduzir os custos em curto prazo.

Para Porter e Teisberg³⁵, ficam evidentes as ineficiências da visão econômica de curto prazo na abordagem focada isoladamente em terapias e procedimentos. Foi assim que vigorou durante o longo período em que preponderava o hoje combatido

sistema de pagamento por serviço (*fee-for-service*). Claramente, na opinião dos autores, esse modelo responde aos interesses conflitantes dos agentes do sistema que estarão sempre em disputa entre si, “**o plano de saúde, o hospital, o médico ou o empregador**”³⁵(88, grifo nosso).

Na proposta do VBHCD, o ‘valor’ será criado ao longo de todo o ciclo de atendimento a uma doença – desde prevenção e monitoramento até diagnóstico, preparação e tratamento e gerenciamento da doença em longo prazo. Note-se que, a partir desse entendimento, Porter passa a ser o arauto do que a futura MBV vai estabelecer como pagamento por desempenho (ou *fee-for-value*). Nessa acepção, ele vai demonstrar que a alta tecnologia em si não é problema do custo, mas, sim, o seu gerenciamento, pois economias de custo de curto prazo que levam a aumento de custos de longo prazo não melhoram o ‘valor’. Ademais, será no acompanhamento de resultados de longo prazo que os prestadores poderão demonstrar seu desempenho, com menos erros, e competir por melhor custo.

Sua lista de princípios, neste texto de lançamento, pode ser resumida no quadro 1:

Quadro 1. Princípios fundamentais da VBHCD

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. O foco deverá ser no <i>valor</i> para os pacientes, não somente no custo; 2. A competição tem de ser baseada em resultados; 3. O VBHCD deverá estar centrado em todo o ciclo da doença; 4. O atendimento e alta qualidade devem ser menos dispendiosos; 5. O <i>valor</i> tem que ser gerado na experiência, escala e resultados do prestador naquela condição médica ou doença; 6. A competição tem de ser nacional, e não local; 7. Deve haver divulgação ampla dos resultados; 8. Inovações que aumentem o <i>valor</i> devem ser recompensadas. |
|--|

Fonte: Adaptado de Porter e Teisberg³⁵.

A consequência mais inescapável desse novo formato, e que julgamos importante frisar, será que a dinâmica de acompanhamento da evolução de indicadores clínicos e custos em processos de longo prazo, até pela prescrita concorrência entre polos locais e

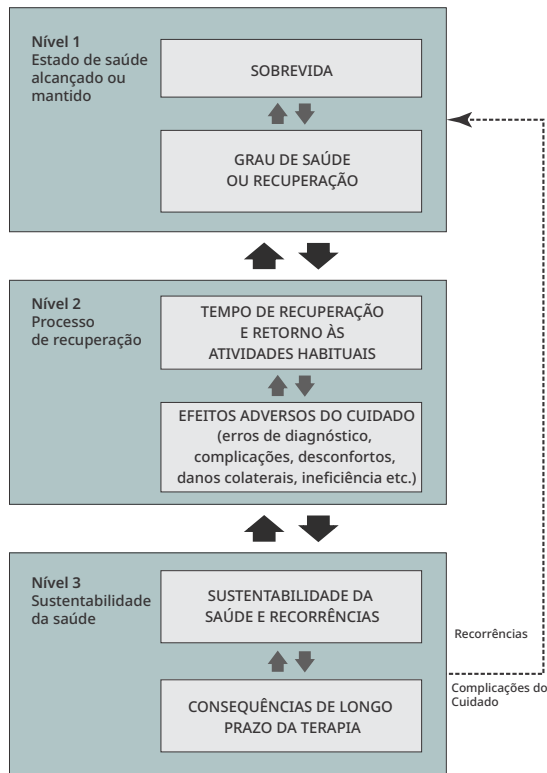
regionais, para comparação e equiparação entre os melhores resultados, definirá a plena dependência desse modelo de todo um robusto sistema de informação e administração que somente as grandes estruturas corporativas poderão oferecer – se estamos mesmo pensando em concorrência como propulsora de melhor ‘valor’.

Isso praticamente declara a chegada de um novo momento, que enterra de vez o modelo liberal da prática médica e prevê todo o sistema dependente da remuneração e pagamentos a partir do custo/resultado de longo prazo, subsumido no conceito de ‘valor’. Nesse modelo, capturado pela lógica financeira³⁰, mercados com alta concentração em oligopólios e grandes corporações causarão mudanças abruptas nas relações de trabalho, com consequências diretas na estrutura e no *ethos* profissional que já se fazem sentir^{44,45}.

Em um artigo posterior e mais conciso, Porter²⁸ trabalha nos pontos principais de sua teoria, identificando ‘valor’ com eficiência e articulando explicitamente condições de saúde com melhores custos. Nesse texto, será frisada de forma marcante a importância do acompanhamento de longo prazo de determinados resultados e desempenhos baseados na assistência e cuidados de condições clínicas em toda a sua complexidade. Esse acompanhamento não deverá ser mais o que é realizado em unidades de tratamentos que demonstram seus resultados particulares para cada evento. O ciclo de cuidado, enxergando principalmente a evolução complexa das doenças crônicas, deve buscar informações nos grupos de fatores de risco pessoais e em dados populacionais nos quais se desenvolve a prevenção, acompanhar os resultados da fase aguda de tratamento e, por fim, também envolver os custos da recuperação e das possíveis doenças induzidas pelo tratamento. Nesses moldes, constata-se que o mais necessário nesse momento é a medição rigorosa e sistemática dos resultados de cada provedor de serviços.

Para verificar a eficiência no ciclo de longo prazo de assistência a uma condição médica, Porter propõe a adoção de uma hierarquia para avaliação escalonada do desempenho. Essa estrutura, em três níveis e outros subníveis hierárquicos, vem sendo adotada como orientação para as métricas de protocolos de MBV (figura 1). Prevê o acompanhamento a partir de indicadores que devem ser reajustados para diferentes grupos populacionais ou condições médicas. No primeiro nível, estariam as clássicas aferições de taxas de sobrevida e danos, mais importantes, e que acompanhamos como indicadores clínicos imediatos de morbimortalidade; no segundo nível, estão os indicadores relacionados com o tempo de recuperação, com o registro do retorno ao trabalho e com as antigas condições sociais do paciente para cada determinada terapia; no último nível, avalia-se a sustentabilidade das boas condições de saúde a longo prazo, principalmente no registro de ocorrência de complicações tardias da abordagem terapêutica inicial.

Figura 1. Hierarquia para a avaliação escalonada do desempenho



Fonte: Adaptado de Porter²⁸.

Nesse modelo básico, Porter prevê uma especialização de cada unidade a partir de outros detalhamentos, com “um número de dimensões (e medidas) podendo se expandir à medida que a experiência e a infraestrutura de dados disponíveis cresçam”^{28(2480, tradução nossa)}.

A partir desse escopo teórico, após o fim do Monitor Group, Porter passa a dedicar-se mais ainda à área de saúde, na qual sua proposta de MBV conquistou grande espaço e muitos adeptos. Para reforçar o modelo, funda uma estrutura de registro e consultas de resultados que dê suporte à implantação do sistema de VBHCD. Com o antigo formato de parcerias entre o pensamento acadêmico de Harvard e os escritórios de consultores e investidores de Boston, funda então o International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), assumindo a missão de provocar transformações nos sistemas de saúde em todo o mundo, de modo a medir e relatar os resultados dos pacientes de maneira padronizada⁴⁶. Aos principais componentes do consórcio, o Institute for Strategy & Competitiveness (da Harvard Business School) e o The Boston Consulting Group,

acrescentou-se a *expertise* técnica em pesquisa e epidemiologia clínica da equipe do Karolinska Institutet de Estocolmo.

O sucesso em saúde, preconizado pelo ICHOM, será composto pela “Redução dos custos”, com o “Suporte à tomada de decisão” e “Melhoria da qualidade dos cuidados”⁴⁶.

Fica evidente, nesse modelo de Porter, que a aferição de eficiência a partir do ‘valor’ entregue ao final de todo o ciclo de cuidados de determinada condição médica vai depender de uma estrutura de registro e processamento de dados, que não existia ainda na época de seu seminal artigo e que o autor lança como desafio às instituições. Igualmente relevante é que a proposta oferece ao usuário do sistema de saúde, na sua concepção de consumidor, o importante papel de ser o elemento que regulará, por meio de suas escolhas pelos melhores desempenhos, o próprio estímulo ao progresso do sistema, pela competição entre os provedores para entregar o melhor ‘valor’ – resultado por dólar gasto. Com isso, torna-se inevitável que o paciente esteja fielmente atrelado, de forma contínua, a um mesmo provedor de todos os serviços ao longo de todas as etapas propostas de seu ciclo de cuidados; ou voltariamos à lógica de acompanhamento por procedimentos. Dessa forma, porém, a escolha pelos melhores resultados passa a ser algo que não está ao alcance livre de usuários individuais, considerados como consumidores. O que ocorre é uma competição real de ‘performance’ pelo ‘valor’ em uma dinâmica de mercado financeiro, cujos grandes grupos de investimento transnacionais dominam e negociam, tanto a posse dos provedores de serviços quanto as de planos de saúde com milhões de usuários, fato que já ocorre em nosso país³⁰.

Resta ainda uma grande lacuna na capacidade de essa proposta alcançar a visão generalista, principalmente se consideradas as grandes diferenças regionais em países de proporções continentais, como os EUA e, mais acentuadamente, o Brasil. Isso já foi apontado por autores como um dos entraves para que o desenho da VBHCD possa ser adaptado à atenção primária⁴⁷. Notadamente, um dos primeiros trabalhos nesse sentido, realizado em nosso país⁴⁸, deu-se a partir de uma parceria público-privada entre o Ministério da Saúde e um grande hospital de excelência da cidade de São Paulo para o desenvolvimento de um programa de atenção primária. Fica assim exposto, de forma muito clara, que a vantagem competitiva inicial foi determinada por um nicho de proteção estrutural atrelado ao Estado, confirmando a crítica de Stewart aos modelos industriais dos primeiros trabalhos de Porter⁴².

Ademais, no início de seu artigo de 2010, uma frase de Porter expõe uma fragilidade inicial a partir da qual constrói a sua proposta. Criticando o modelo do sistema que

pretende superar, em que aqueles que operam nos cuidados de saúde “têm uma miríade de objetivos, muitas vezes conflitantes”^{28(2477, tradução nossa)}, Porter anuncia:

[...] alcançar um alto valor para os pacientes deve se tornar o objetivo global da prestação de cuidados de saúde, com o valor definido como os resultados de saúde alcançados por dólar gasto. Esse objetivo é o que interessa aos pacientes e une os interesses de todos os atores do sistema^{28(2477, tradução nossa)}.

Ora, como já nos advertiu também Stewart, na retórica filosófica da gestão, esse projeto de MBV apresenta-se como aquele que será responsável pela melhoria da entrega de ‘valor’ ao paciente. Nessa visão, o que se promete é melhora na eficiência, com melhores resultados empiricamente verificados pelo sistema de informações e redução do custo em dólar por procedimento ou resultado. O ganho será na escala e no domínio do mercado pelos melhores provedores, num sistema de competição livre.

Assim, como há intenção autêntica de cobertura universal³⁵, exponencial avanço tecnológico e fármaco-químico, e o estímulo ao investimento e lucro é intrínseco à ideologia do sistema, não há como imaginar que a proposta de racionalizadora^{XV} da MBV irá controlar a explosão das contas da saúde no modelo de livre mercado. Embora o ‘valor’ seja um ajuste na qualidade e custo por unidade de serviço ou no ciclo completo de um acompanhamento a ser entregue, para o paciente, o interesse final serão os resultados realmente aferidos na estrutura idealizada por Porter (figura 1); para os provedores e investidores financeiros que se integram hoje na entrega de serviço, o resultado lucrativo da competição será sempre o objetivo final.

Por esse motivo, devemos ser cuidadosos em avaliar que todos os atores do sistema de saúde baseado em ‘valor’ têm o mesmo interesse como finalidade. O ‘valor’, como um resultado de cuidado, nesse modelo proposto, não tem o mesmo significado para pacientes, provedores de serviços, pagadores, fornecedores de insumos e sociedade como um todo, como se planeja, ou deseja.

Já admitimos que os pacientes podem almejá-lo como finalidade, o que nos parece óbvio, seja pelo interesse direto de sua saúde como direito, seja pelo interesse como consumidor, como funciona na ótica desses autores. O interesse no resultado justifica-se por si mesmo. Todavia, para a estratégia de provedores, conseguir “maiores taxas de satisfação do paciente e melhor eficiência no atendimento” e de pagadores, conseguir “controles mais fortes de custos e riscos reduzidos”⁵⁰, não podemos assumir que se trata

XV Em outros termos, a alvissareira expressão ‘Ajuste justo’ do Banco Mundial para uma possível reforma do SUS⁴⁹.

da finalidade última a que se dispõe o ramo empresarial. Logo, o uso do ‘valor em saúde’, para esses atores, será um instrumento poderoso, tanto do ponto de vista técnico, e até mesmo moral, para que se posicionem no modelo competitivo do mercado visando à sua finalidade – crescimento e lucratividade³⁰.

A mesma perspectiva engloba os fornecedores de insumos, como a indústria farmacêutica, que não podemos considerar que tenha como finalidade última reduzir custos a seus pacientes, apresentando resultados positivos, nivelados a seus produtos e serviços⁵⁰, sendo essa meta uma das estratégias para o que sabemos ser a mesma finalidade empresarial. Nesse sentido, a voracidade competitiva que atinge o setor, diante do achatamento da lucratividade do modelo de drogas em grande escala para grupos populacionais e investimento em medicamentos customizados de elevadíssimo custo para doenças raras ou menos comuns, tem causado assombro inclusive pelo uso particularmente conveniente do ‘valor’, sem correlação com os gastos em pesquisa e desenvolvimento. A expressão *value-based pricing* (‘precificação baseada em valor’) tem sido utilizada pela indústria para descolar o ‘valor’ do custo de produção dessas novas drogas e relacioná-lo aos benefícios que traz para a sociedade, um argumento que já foi refutado por pesquisa empírica⁵¹. A economista Mariana Mazzucato, ao interpretar esse episódio, comenta que “o valor é um conceito que está no cerne do pensamento econômico, e pode ser usado e abusado de qualquer maneira que se possa achar útil”⁵².

Sendo assim, como resultado para os interesses da sociedade, nem a VBHCD, ou puramente a MBV, nem a sucessão de propostas que se apresentam há décadas conseguem colocar freios na propulsão que atinge os custos de saúde no modelo guiado pelo mercado com baixa regulação estatal, como é o caso dos EUA. Basta verificar que se registrava como participação dos gastos em saúde na faixa de 5,2% do PIB na década de 1960, e os textos se alarmaram com US\$ 1,3 trilhão, com 14% do PIB em 1999²⁶ no início das propostas de MBV; chegou-se a US\$ 2 trilhões e 16,2% em 2011, e a US\$ 3,65 trilhões, com 17,9% de participação no PIB em 2018⁵³. A pior notícia é que, ao longo dessas décadas, apesar do volumoso gasto per capita, esse modelo está relacionado com a queda das condições da qualidade de vida associada à saúde nos EUA, da posição de liderança no passado ao 27º lugar atual, em 195 países avaliados⁵⁴.

Os arranjos e rearranjos da gestão nesse sistema de entrega de serviços de saúde ao qual deixamos ao espírito competitivo da livre iniciativa, com baixa ou alta regulação, o papel principal de determinar suas diretrizes, seja ele conduzido pela meta estruturante da ‘qualidade’⁵⁵, seja pelo desfecho de ‘valor’³⁵, até o momento, não reverteu a espiral de

crescimento de gastos⁵⁶. Talvez, simplesmente, por não poderem se comportar de forma diferente dos interesses intrínsecos ao modelo de competição estratégica pelo sucesso empresarial que domina o setor de serviços no mercado de saúde.

Isso pode ser verificado pelo mais recente *boom* pelo qual passa o setor nos últimos dez anos, com a chegada e implementação de um novo ciclo tecnológico, consequente ao desenvolvimento acelerado das tecnologias de informação, notadamente a ‘Internet das Coisas’ (IoT) e a ‘Inteligência Artificial’ (AI & Machine Learn). Sua incorporação pelas ciências médicas, assim como já anuncia um novo modelo de medicina¹⁵, aponta para uma série de novos nichos de mercado e abre caminhos para ramos de investimento que têm estimulado o surgimento de milhares de *start-ups* ao redor do mundo⁵⁷.

Se não se conseguiu frear o crescimento dos gastos em saúde, essas mudanças tampouco conseguiram, ao longo desse período, gerar grande impacto na redução dos danos causados pela medicina. Nem mesmo a dispendiosa implantação de um sistema integrado de prontuário eletrônico nos EUA, que consumiu algumas dezenas de bilhões de dólares, trouxe os resultados esperados; o que se viu, além da organização dos processos de faturamento e, mais uma vez, a proliferação de consultorias e intermediários no sistema, foi o aumento do registro de *burnout* no meio médico e ainda maior conflito na relação médico-paciente. O tempo do profissional – tanto dos médicos quanto da enfermagem – não ficou mais livre com o processo de informatização do registro, liberando-o para maior contato com o paciente. Ao contrário, foi consumido pelas próprias necessidades do registro informatizado, que se interpôs entre o profissional e o usuário do sistema de saúde⁵⁸.

Nesse ponto, devemos ressaltar e analisar uma poderosa crítica a esse sistema que já havia sido feita por Atul Gawande, cirurgião norte-americano do Brigham and Women’s Hospital de Boston e professor de cirurgia na Harvard Medical School e na Harvard School of Public Health. Gawande destacou-se, no começo deste século, no grupo que liderou o movimento pela segurança do paciente em ambiente cirúrgico. Participou da criação e difusão dos checklists em cirurgias e procedimentos médicos, aos moldes do utilizado pelas práticas de segurança na aeronáutica, e lançou, em 2009, o livro *The Checklist Manifesto: how to get things right*⁵⁹. Entretanto, como pertence ao modelo de profissional liberal típico da medicina como serviço em um sistema de mercado, tão característico dos EUA, não há como não perceber o seu zelo diante do risco de dano ao paciente, convivendo com sua busca do que considera ser o melhor modelo de sistema de saúde, aquele que entrega bons serviços ao ‘consumidor’ (o médico clássico da obra de Eliot Freidson, que já citamos).

Em artigo de 2018 – *Why Doctors Hate Their Computers* –, escrito para o semanário *The New Yorker*⁶⁰, o autor descreve como se deu a chegada da TI, com a implantação do programa de informatização na Partners HealthCare em 2015, empresa com cerca de 70 mil funcionários, espalhados por 12 hospitais e centenas de clínicas na região da Nova Inglaterra, área de destaque socioeconômico no nordeste dos EUA. Ao custo de US\$ 1,6 bilhão, o processo de adaptação de todos foi lento, e os resultados só foram notados com o tempo. Confrontando com outros relatos, ele também ressalta que a informatização não deixou mais tempo livre para o médico, mas apenas mudou o modelo de sua atividade. Esse profissional, agora, dispense mais tempo para o registro de seus atos e perde muito mais tempo nas atividades relacionadas ao registro de informações, principalmente levando tarefas decorrentes da informatização para seu tempo de descanso no lar. O atendimento estandardizado, no entanto, abriu mais vagas nas agendas. Ademais, as possibilidades de ‘arrocho’ na gestão e tratamentos desses dados de saúde e extração de excedentes financeiros (o que é relatado sempre como ‘redução de custos’) mostraram-se ampliadas: um exemplo é o atendimento aos prontuários eletrônicos feitos na pré-consulta por médicos de Mumbai, diretamente da Índia, por menor custo, ilustrando a capacidade de recursos desse ambiente virtual.

Tem-se a impressão de que esse estranhamento se dá na geração de profissionais que teve de se adaptar. Na que está vindo por aí, tudo isso já será natural e bem aceito. Gawande apoia-se em um modelo de darwinismo social para justificar que a adaptação requer mutação e seleção. A TI sozinha não cria, sendo incapaz para a mutação. O trabalho médico, dentro de suas possibilidades artesanais, pode ser altamente inventivo. Sem o olho do sistema, informatizado, o trabalho médico mantinha essa prática artesanal e apenas contribuía para a mutação. Agora, somente os melhores resultados demonstráveis serão selecionados pelo sistema. Assim, teremos adaptação, dinamismo, segurança e resultados.

Adepto do mesmo modelo de ‘valor’ como meta de qualidade pelo custo, Gawande já havia escrito, anos antes, que o ideal é o uso da quantidade adequada de mercadorias e mão de obra para que os clientes recebam aquilo que desejam – nem mais, nem menos, pois, do contrário, haverá desperdício, que é lucro perdido⁶¹. Nesse outro artigo para o mesmo semanário, Gawande⁶¹ vai buscar seu *benchmarking* para o sistema de saúde em uma cadeia norte-americana de restaurantes de grande sucesso: *What Big Medicine Can Learn from the Cheesecake Factory*. Dentro da ótica de livre mercado do sistema de saúde norte-americano, ele explora as deficiências e vícios desse modelo na entrega de seus serviços e aponta para os processos de gestão como solução, cruzando conceitos, numa definição de ‘valor’ que se aproxima da utilizada por Porter.

A sua preocupação central é o melhor resultado alcançado, com menores danos ao paciente, atrelado à melhor relação custo-benefício; a visão é a de ‘eficiência’. Gawande⁶¹ admite que muitos sistemas de saúde, tanto com fins lucrativos quanto sem fins lucrativos, compartilham o objetivo de terem uma medicina com linha de produção em grande escala. Estaríamos, ainda, em uma etapa da industrialização da medicina. Se assim for, o problema parece maior do que analisa o autor, um pouco fora do foco de suas conclusões – já que estamos falando do país onde mais se estuda e se desenvolve tanto as tecnologias médicas quanto as de gestão. Tal fato, estranhamente, deixa sem explicação a queima de mais de US\$ 3 trilhões anuais, em um sistema com profunda inequidade e com os maiores gastos per capita e os piores indicadores dos países desenvolvidos. Diante disso, detalhando os processos na produção do *Cheesecake Factory*, ele espera encontrar a solução, como outros, nos acertos da gestão.

Em toda a sua análise desse sistema, algo importante fica notadamente de fora. Ele explana os ajustes e apertos nas relações de trabalho na área da saúde, com sobrecarga de responsabilização, *burnout* médico, ‘enxugamento’ de equipes, standardização de processos, informatização, uso de ‘subcontratados’ e ‘terceirizados’ da Índia, tudo faz parte da sua reflexão. Na outra ponta, o que se busca em sua visão são os resultados para os pacientes. Ao evidenciar as melhorias dos processos, são apresentados como a grande meta, mas poderíamos perguntar se isso não seria apenas uma parte da meta, pois o que justamente não aparece é, de fato, notável. Quando se fala de custos, redução, controle, melhorar a ‘cadeia de valor’, relação ‘ganha-ganha’, quando estamos melhorando a eficiência do sistema, com todos esses ajustes na máquina, nos processos, na gestão, acertando no cuidado, com bons resultados, estamos controlando os custos para quem? Onde está, em sua análise, a dimensão do excedente de lucros que as grandes corporações financeiras retiram do sistema ao apertar os cintos de todos e desprezar aquilo que considera desnecessário? Quando se fala em economia de custos, com quem ficou e quanto o investidor lucrou com isso? Onde está, em sua análise, algo sobre o investimento e desempenho financeiro da Partners HealthCare? O retorno desse investimento não está nos comentários do artigo. Como essa empresa foi constituída e como concentrou tanta riqueza ao longo das últimas décadas, tornando-se uma das gigantes do ramo? Qual contradição podemos perceber em um sistema injusto e perdulário, anunciado como prestes a quebrar, mas dominado por grandes corporações que tiveram crescimento exponencial nas últimas décadas?

Aos moldes de Porter, mas com melhor domínio das ciências médicas, o prof. Gawande fundou também sua consultoria, o Ariadne Labs, em Boston, ainda em 2012. Um centro de pesquisa com múltiplas especialidades, o qual oferece prospecção e implantação de soluções inovadoras para o sistema de saúde, clivando a relação da segurança para

o paciente com o custo-eficácia e viabilidade financeira desses novos processos. Mais recentemente, em junho de 2018, foi contratado para dirigir uma promessa de novidade no mercado de saúde dos EUA. Anunciado como uma ‘revolução no sistema’, o novo projeto de entrega de serviços de saúde resulta da chegada da gigante varejista Amazon, associada ao fundo de investimentos Berkshire-Hathaway e ao JPMorgan⁶². Pelo visto, ao se efetivar o que se apresenta no horizonte dessa promessa, o peso financeiro dessas instituições não nos deixará descansados de futuras reflexões sobre o ‘valor’.

O ‘valor’ ainda como princípio

Resta-nos, por fim, retornar no texto e recuperar a visão do começo deste século na tentativa de refletir sobre outra concepção de MBV. Após a exposição que fizemos do modelo vigente nos EUA e que vem sendo preconizado como solução pelas corporações envolvidas na saúde, em que os resultados clínico-financeiros retrospectivos guiam nossas escolhas e decisões, voltemos à proposta de ‘valor’ como princípio.

Vamos rever o que o psiquiatra e filósofo inglês Fulford^{XVI} desenvolveu, com base no campo filosófico original da discussão moral sobre o ‘valor’. Saindo da ótica consequencialista que privilegia a observação de resultados para a tomada de decisão, Fulford vai recuperar a reflexão a partir da divisão clássica entre ‘fatos’ e ‘valores’, ponto importante da filosofia moral, que ressurgiu no final do século XX com o impulso que o desenvolvimento tecnológico deu ao debate bioético.

De forma simplificada, devemos iniciar, na sua proposta, pelo entendimento de que todos nós baseamos as nossas escolhas a partir de ‘fatos’ e ‘valores’. O professor nos torna clara a situação ao demonstrar, como exemplo, que ninguém iria se opor ao pronto atendimento com uma sutura de uma ferida, que estivesse sangrando em uma lesão traumática, pois, em cima desse ‘fato’, sem perceber, todos nós faríamos um juízo de ‘valor’, de que aquilo tem o risco de comprometer a vida humana e que tal abordagem seria justificada. Nessas situações, “[...] tais juízos de valor só agem em segundo plano, pois há quase um acordo universal sobre eles”⁶³⁽⁷⁰⁴⁾.

O problema é que o avanço tecnológico e as múltiplas opções disponíveis para o cuidado moderno diminuíram o acordo universal sobre determinados ‘valores’ e aumentaram as distâncias entre as múltiplas possibilidades que esse avanço nos trouxe, numa sociedade cada vez mais heterogênea. Ademais, os autores destacam,

XVI Professor de filosofia e saúde mental na Faculdade de Medicina e no departamento de Filosofia da Universidade de Warwick, do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Oxford, e do King’s College, Universidade de Londres. Um dos fundadores do periódico *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* e coautor do *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*.

ainda, a postura do paciente como consumidor. Não menos importante, para o caso da atenção primária, seria a mudança de foco na assistência sanitária, com maior ênfase no direcionamento do tratamento para a prevenção e da abordagem hospitalar para dentro da comunidade, em que encontramos as mais amplas variações no estilo de vida e de práticas cotidianas⁶³.

Fulford descreve como a abordagem das teorias sobre o ‘valor’ na prática da medicina já se iniciava ao longo da década de 1990, com as primeiras reflexões da MBE. Nesse sentido, um dos princípios propostos seria o compartilhamento de decisões que fossem centradas nos pacientes¹³. Esse avanço na consideração do tema se dará até o destaque sobre a MBV refletindo as ideias do texto seminal dos professores Brown, Brown e Sharma²⁶. O relevante esclarecimento teórico de Fulford está na explanação das situações em que devemos considerar distintamente dois pontos: quando estamos lidando com ‘fatos’ – as instâncias para as quais as orientações da MBE seriam uma resposta à crescente complexidade desses fatos relevantes – ou quando estamos lidando com ‘valores’ – nesse ponto, a MBV seria a abordagem também para uma crescente complexidade, mas dos valores relevantes⁶⁴.

Fica evidente, ao nos depararmos com essa definição teórica mais precisa, que as demais disposições antes apresentadas consideram como ‘valor’ uma outra composição de dados, que, na verdade, são ainda ‘fatos’. Ou seja, as concepções de MBV que tratam o ‘valor’ como meta objetiva de resultados estão lidando ainda com ‘fatos’. Sem partir de princípios, mas ainda observando as consequências, são dados objetivos, de projeção prospectiva a partir de resultados retrospectivos, mas agora tanto clínicos quanto financeiros que estarão dispostos como opção para a escolha de decisões. Esse formato de MBV seria, de um ponto de vista filosoficamente mais teórico, um avanço no ajuste contábil das mesmas métricas técnicas da MBE. Além disso, poderíamos observar um agravante: se pensarmos no peso que os custos representam para as medidas de saúde pública e no reforço epistêmico que essa influência tem sobre os resultados científicos esperados pelos protocolos da MBE, fica a dúvida de qual espaço restaria para as escolhas individuais, ou mesmo de pequenas comunidades, baseadas realmente em seus valores como princípios.

O modelo proposto por Fulford torna-se distintamente evidente na área da psiquiatria, na qual percebemos que as grandes diferenças de abordagem sugerem um caráter pouco científico ao aporte do tratamento psiquiátrico. O autor nos faz perceber que isso se dá justamente pela natureza mais carregada de ‘valor’ da relação entre a saúde mental e o transtorno psíquico. Assim, como

[...] na MBE, nossa primeira ligação é informação objetiva, ou seja, informação o mais livre possível da perspectiva subjetiva particular deste ou daquele indivíduo ou grupo, [...] as informações derivadas de meta-análises de pesquisa de alta qualidade estão no topo da ‘hierarquia de evidências’⁶⁴⁽²¹⁰⁾.

O que a sua abordagem de MBV traria a esse ponto seria “[...] não a referência a uma regra que prescreve um resultado ‘correto’, mas a processos projetados para apoiar um equilíbrio de perspectivas (pois os) valores humanos não são, meramente diferentes, mas legitimamente diferentes”^{64(210, tradução nossa)}.

No seu rol de princípios da MBV, além da fundamental necessidade de distinção entre ‘fato’ e ‘valor’, notamos que esses se tornam mais claros justamente nas situações de conflito, que são cada vez mais frequentes com os avanços tecnológicos e de serviços. A legitimidade da perspectiva individual ou de um grupo; a necessidade de aprimoramento da linguagem para a informação adequada dos pacientes e reconhecimento de seus valores pelos profissionais; a abordagem da MBV mais focada no processo do que no resultado; a liberdade para pensar no dissenso e não obrigatoriedade do consenso dão corpo a um modelo que redefine novamente o foco da decisão. Tal modelo não mais privilegia as deliberações entre clínicos e pesquisadores²⁵, mas centraliza novamente na relação médico-paciente, em uma recuperação original do *ethos* profissional da medicina.

Fulford e seu grupo passam a aplicar o seu método no ensino e na prática a partir do programa implantado na Warwick Medical School, e demonstram seus próprios modelos de resultados⁶⁵. Nesse texto, afirmando que a razão pela qual “as coisas dão errado nas interações entre médico e paciente é uma falha na prática baseada em valores, não uma falha na prática baseada em evidências”, eles seguem sem se deter no controle dos números como guia para os ‘valores’, nem em “número necessário para tratar”. No lugar disso,

[...] histórias da vida: exemplos de boas práticas na tomada de decisão baseada em valores ilustrados pelas histórias de pessoas individuais - clínicos, pacientes, famílias e outras pessoas - que lidam com as complexidades apresentadas pelas contingências das situações práticas particulares em que se encontram^{65(48, tradução nossa)}.

Ao recuperar o enquadramento que aqui fizemos, logo ao abrir o texto, com a premissa de Canguilhem sobre a subjetividade das ciências da saúde, Fulford, Peile e Carroll^{65(9, tradução nossa)} concluem que “[...] a prática essencial baseada em evidências, para parafrasear o título deste livro, é científica e geral. A prática essencial baseada em valores é humana e individual”.

O ‘valor’ como eficiência

Como observado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva⁶⁶, O SUS ainda enfrenta dificuldades para a realização plena do que se poderia chamar sua tábua fundamental de princípios: universalidade, integralidade e igualdade.

Existe certo consenso acerca do impacto geral da implantação do SUS sobre a melhoria na qualidade da saúde do país ao longo de seus 30 anos de existência. Do mesmo modo, há concordância com relação às crises financeiras e políticas que conduzem a um subfinanciamento crônico⁶⁷⁻⁷⁰. Notadamente, essa situação agravou-se, em especial, com as medidas de ajuste fiscal após a crise institucional de 2016, culminando com a Emenda Constitucional nº 95/2016⁷¹⁻⁷³.

Embora todas as instituições interessadas em direcionar políticas para a melhoria do SUS concordem com essas premissas, o crescimento da participação da economia de mercado reforçou propostas que remodelam diretamente os fundamentos de universalidade, integralidade e igualdade. Enquanto o pensamento sanitário trava a luta político-ideológica pela sobrevivência dos princípios que deveriam ser os ‘valores’ a serem seguidos, os novos rumos para a gestão da complexidade do sistema apoiam-se na visão consequencialista dos resultados – e de uma certa visão desses resultados –, deslocando o eixo fundamental do sistema da visão de ‘valores’ para a busca de metas.

O impacto fez-se notar nas mudanças de recomendações para a APS preconizadas pela Conferência de Astana, em 2018, na qual foi nítida a forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial⁷⁴. Ainda que em nosso meio a disputa política entre o modelo de ‘sistema universal de saúde’ (*Universal Health System* – UHS) versus ‘cobertura universal em saúde’ (*Universal Health Coverage* – UHC) esteja apenas começando, ele já avança em outros países latino-americanos⁷⁵.

Dentro do escopo dessa investida, o Banco Mundial entrega o seu mais recente relatório às instâncias governamentais: ‘Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil’⁶⁹. Em síntese, a ideia apresentada pelo documento revela a busca pela eficiência como um ‘valor’ em si.

O documento passa ao largo da questão do subfinanciamento do SUS e do agravamento com a Emenda Constitucional nº 95 e admite tais reajustes sem questionamentos, apontando, com destaque, uma ineficiência no sistema, mesmo sem apresentar métricas consensuais para essa constatação. Assim, justificam uma ocupação no modelo que reordene a dinâmica de gestão, visando maior eficiência. Esse seria o espaço – ‘justo’, ‘ajustado’ como um cinto – para o redesenho de melhoria do desempenho, com o forta-

lecimento do uso de evidências clínicas, remuneração por desempenho e produtividade, racionalização da oferta pela organização de ‘porta-de-entrada’ e, ainda, dois pontos relevantes: a recomendação à participação de Organizações Sociais (OS) na gestão da rede pública e a participação de operadoras e planos de saúde na oferta de serviços para a cobertura da atenção primária.

Cabe aqui a mesma pergunta que fizemos ao ‘porterismo’: como esperar mais de atores envolvidos em um processo de ajuste para aumentar a eficiência (um ‘valor’-final) com redução de gastos se, nesse estreito espaço de um sistema estrangulado em seu financiamento, ainda reforçamos a participação daqueles que têm como ‘valor’-princípio a busca pelo excedente e pelo crescimento competitivo?

Logo, a reflexão sobre o ‘valor’, na forma de princípios, deve preceder, pelo seu caráter ético-político, as escolhas que faremos para uma proposta de finalidade econômica em que poderemos escolher o melhor caminho para a eficiência.

Referências

1. Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*. 2010;18:167-94.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine (IOM) - Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
3. Mckee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ*. 2000;78(6):803-10.
4. Rasslan S. O impacto da tecnologia no exercício da medicina. In: Helito AS, Birolini D, organizadores. *Análise crítica da prática médica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
5. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. *PloS One*. 2014;9(9):e107828.
6. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
7. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

8. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
9. Vianna Sobrinho L. O ocaso da clínica: a medicina de dados. São Paulo: Zagodoni Editora; 2021.
10. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1998.
11. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
12. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; 2007.
14. Sayd JD, Moreira MCN. Medicina baseada em evidências: ceticismo terapêutico, recorrência e história. *Physis*. 2000;10(1):11-38.
15. Topol E. Creative destruction of medicine: how the digital revolution will create better health care. New York: Basic Books; 2013.
16. Drummond JP, Silva E. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. Rio de Janeiro: Atheneu; 1998.
17. Rogers W. Is there a tension between doctors' duty of care and evidence-based medicine? *Health Care Anal*. 2002;10(3):277-87.
18. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. *BMJ*. 2000;320(7244):1283.
19. Sackett DL, Oxman AD. Harlot plc: an amalgamation of the world's two oldest professions. *BMJ*. 2003;327(7429):1442-5.
20. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Rio de Janeiro: Record; 2007.
21. Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005;2(8):e124.
22. Krinsky S. Science in the private interest: Has the lure of profits corrupted biomedical research? Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2003.
23. Enserink M. Grupo de medicina baseada em evidências em turbulência após

- a expulsão do cofundador. Science [Internet]. Sep 16; 2018 [cited 2019 Jan 20]. Available at: <http://www.sciencemag.org/news/2018/09/evidence-based-medicine-group-turmoil-after-expulsion-co-founder>
24. Gøtzsche PC. Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman; 2016.
 25. Chang S, Lee TH. Beyond evidence-based medicine. N Engl J Med. 2018;379(21):1983-85.
 26. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Health care in the 21st century: evidence-based medicine, patient preference-based quality, and cost effectiveness. Qual Manag Health Care. 2000;9(1):23-31.
 27. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff. 2008;27(3):759-69.
 28. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-81.
 29. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
 30. Sestelo J. Planos de Saúde e dominância financeira. Salvador: EDUFBA; 2018.
 31. Center For Value Based Medicine. [Internet]. [cited 2019 Jun 20]. Disponível em: <http://www.valuebasedmedicine.com/>. Acesso em: 20 jun. 2019.
 32. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Health care economic analyses and value-based medicine. Surv Ophthalmol. 2003;48(2):204-23.
 33. Chapman RH, Berger M, Weinstein MC, Weeks JC, Goldie S, Neumann PJ. When does quality adjusting life-years matter in cost-effectiveness analysis? Health Econ. 2004;3(5):429-36.
 34. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Evidence-Based to Value-Based Medicine. Chicago: American Medical Association; 2005.
 35. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
 36. Lee TH. Turning doctors into leaders. Harv Bus Rev. 2010;88(4):50-8.

37. Correia T. Medicina: o agir numa saúde em mudança. Lisboa: Mundos Sociais; 2012.
38. Gaulejac V. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Idéias & Letras; 2007.
39. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
40. Aktouf O. Governança e pensamento estratégico: uma crítica a Michael Porter. *era*. 2002;42(3):43-53.
41. Magretta J. Understanding Michael Porter: the essential guide to competition and strategy. Boston: Harvard Business Review Press; 2012.
42. Stewart M. The management myth: why the “experts” keep getting it wrong. New York: W. W. Norton; 2009.
43. Denning S. What killed Michael Porter’s monitor group? The one force that Really matters. *Forbes*. Nov 20; 2012.
44. Friedberg M, Chen PG, Van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyeras J, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand Health Q*. 2013;3(4).
45. Noseworthy J, Madara J, Cosgrove D, et al. Physician Burnout is a public health crisis: a message to our fellow health care CEOs. *Health Affairs Blog [Internet]*. 2017 March 28 [cited 2019 Feb 13]. Available at: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20170328.059397/full/>
46. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Main Panel [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 20]. Available at: <http://www.ichom.org/>
47. Enthoven AC, Crosson FJ, Shortell SM. ‘Redefining Health Care’: medical homes or archipelagos to navigate? Recognition of the essential coordinating role of primary care could lay the foundation for truly redefining U.S. health care. *Health Aff*. 2007;26(5):1366-72.
48. Pereira J, Ferraz LJR, Sato G, Kanamura AH, Tanjoni R, Neves HSS, et al. Value-based health care in a public hospital in Brazil. *Review Pub Administration Manag*. 2015;3(1)169.

49. Banco Mundial. Um Ajuste Justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços. Volume 1: Síntese. Brasília: Grupo Banco Mundial; 2017 .
50. Catalyst. What is value-based healthcare? NEJM Catalyst [Internet]. January 1, 2017 [cited 2019 Jan 19]. Available at: <https://catalyst.nejm.org/what-is-value-based-healthcare/>
51. Hilner BE, Smith TJ. Efficacy does not necessarily translate to cost effectiveness: a case study in the challenges associated with 21st-century cancer drug prices. *J Clin Oncol*. 2009;27(13):2111-3.
52. Mazzucato M. The value of everything: making and taking in the global economy. London: Hardcover; 2018.
53. Centers for Medicare & Medicaid Services. Historical. *CSM.gov* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available at: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>
54. Lim SS, Updike RL, Kaldjian AS, Barber RM, Cowling K, York H, et al. et al. Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016. *Lancet*. 2018;392(10154):1217-34.
55. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.
56. Dale BS, Ghosh A, Peikes DN, Day TJ, Yoon FB, Taylor EF, et al. Two-year costs and quality in the comprehensive primary care initiative. *N Engl J Med*, 2016;374(34):2345:56.
57. Deloitte. Healthcare and life sciences predictions 2020. A bold future? Deloitte Centre for Health Solutions [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 24]. Available at: <https://www2.deloitte.com/pt/pt/pages/life-sciences-andhealthcare/articles/healthcare-and-life-sciences-predictions-2020.html>
58. Fry E, Schulte F. Death by a thousand clicks: where electronic health records went wrong. *Fortune*, 2019 Mar 18.
59. Gawande A. The Checklist Manifesto: how to get things right. New York: Metropolitan Books, Holt and Company; 2009.

60. Gawande A. Why doctors hate their computers. *The New Yorker*. 2018 Nov 12.
61. Gawande A. What big medicine can learn from the cheesecake factory. *The New Yorker*. 2012 Aug 13.
62. Businesswire. Amazon, Berkshire Hathaway and JPMorgan Chase appoint Dr. Atul Gawande as Chief Executive Officer of their newly-formed company to address U.S. employee healthcare [Internet]. June 20, 2018 [cited 2018 Jul 20]. Available at: <https://www.businesswire.com/news/home/20180620005747/en/Amazon-Berkshire-Hathaway-JPMorgan-Chase-appoint-Dr>
63. Fulford KMV, Dale J, Petrova M. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*. 2006;56(530):703-9.
64. Fulford KMV. Ten principles of values-based medicine. In: Radden J, editor. *The philosophy of psychiatry: a companion*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 205-234.
65. Fulford KMV, Peile E, Carroll H. *Essential values-based practice: clinical stories linking science with people*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
65. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Pelo direito universal à saúde: contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1985.
67. Ocké-Reis CO. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
68. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7):e00067218v.
69. Banco Mundial. *Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro*. Brasília: Grupo Banco Mundial: BIRD/AID; 2018.
70. Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório 30 anos de SUS. Que SUS para 2030?* Brasília; Opas; 2018.
71. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018 Jul 3;3(4):e000829.
72. Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. *Notas sobre o futuro do SUS: breve*

exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2051-60.

73. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1723-8.
74. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(3):e00012219.
75. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1763-76.