

COMO A IMPLEMENTAÇÃO DE MODELOS DE SAÚDE BASEADA EM VALOR PODE TRANSFORMAR O CUIDADO DE PESSOAS COM QUADROS OSTEOMUSCULARES NA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL

Ana Emília Soares Castro, Rafael Krasic Alaiti

INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma condição de saúde altamente incapacitante, especialmente a dor crônica musculoesquelética, que representa três das dez condições de saúde mais incapacitantes do mundo e está associada à maior proporção de dor persistente em todas as idades e geografias. A incidência de dor crônica aumentou ao longo dos últimos 30 anos e, nos Estados Unidos da América, foi responsável por um custo total de US\$ 874 bilhões em 2014 (Briggs AM, et al., 2021). A dor de coluna lombar é a doença mais incapacitante do mundo desde o primeiro censo da série de pesquisas intitulada "*The Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study (GBD)*" realizada pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* desde 1990, sendo a principal causa de incapacidade em 160 países incluindo o Brasil (Metrics GH, 2018) (Vos T, et al., 2019). Apesar dos investimentos em pesquisa, das inúmeras diretrizes de recomendação clínica publicadas e das centenas de milhares de publicações científicas sobre o tema, a incapacidade e os custos relacionados à dor crônica musculoesquelética e a outros tipos de dor apenas aumentaram ao longo do tempo, especialmente em países de baixa e média renda (Briggs, et al., 2021).

Embora a dor crônica seja um problema complexo e multifacetário, uma parte significativa do seu impacto é atribuída à trajetória pela qual as pessoas com estes quadros são submetidas através das redes de atenção à saúde. No Brasil, por exemplo, cerca de 36,5% das visitas a serviços de pronto atendimento e 16,7% das internações em hospitais ocorrem por dor na coluna lombar, mesmo que não seja recomendado que pessoas com quadros de dor musculoesquelética busquem serviços de alta complexidade como primeira opção (Ferreira G, et., 2019).

O acesso primário a profissionais especialistas também contribui para esta problemática, aumentando a probabilidade de solicitação de exames e intervenções desnecessárias. Ademais, a solicitação de exames de imagem desnecessários para pessoas com dor não apenas gera custos para os planos de saúde e para o sistema único de saúde, como também prolonga o tempo para o recebimento de tratamentos adequados, não resulta em melhores resultados clínicos e aumenta a probabilidade de pacientes com dor crônica serem submetidos a cirurgias e outros tratamentos de baixo valor e sem indicação (Ferreira G, et., 2019).

Um dos fatores mais relevantes que podem contribuir para esta trajetória inadequada de cuidado é o modelo de remuneração ofertado aos serviços de saúde. Atualmente, o modelo de remuneração “*fee-for-service*” predomina nos sistemas de saúde brasileiros. Nesse modelo, a compensação dos prestadores de serviços baseia-se exclusivamente na quantidade de procedimentos realizados, sem considerar os desfechos clínicos dos pacientes ou a qualidade do atendimento oferecido (Briggs AM, et al., 2021). Essa lógica incentiva o aumento do volume de serviços, independentemente do impacto sobre a saúde dos pacientes ou da eficiência do sistema (Miller HD, 2009).

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e alocar recursos de forma efetiva em intervenções recomendadas por diretrizes de prática clínica, o conceito de saúde baseada em valor tem crescido e sido implementado em diversos países (Porter ME, 2008). O modelo de saúde baseada em valor tem como objetivo central aumentar o valor do cuidado oferecido aos pacientes, entendido como a relação entre os desfechos alcançados e os custos envolvidos (Porter ME, 2010; Teisberg E; Wallace S; O’Hara S, 2020).

Para que esse princípio seja aplicado na prática, torna-se indispensável a mensuração de desfechos clínicos que importam aos pacientes e dos custos associados ao tratamento (Porter ME, 2010; Teisberg E; Wallace S; O’Hara S, 2020). Além disso, é imprescindível que o cuidado ofertado seja baseado na melhor evidência científica disponível.

A melhora na qualidade do serviço traz benefícios a comunidade e reduz custos, pois promover uma saúde melhor é menos custoso do que lidar com uma saúde precária (Porter ME, 2008). Sendo assim, o grande desafio do modelo de saúde baseada em valor é desviar o foco do volume de atendimentos em saúde e focar no aumento do valor (da qualidade) do serviço prestado.

Considerando a necessidade de inovação na gestão da saúde no Brasil, as *healthtechs* se mostram promissoras através da oferta de soluções tecnológicas que viabilizam a adoção de um modelo de saúde baseada em valor. Esse cenário é reforçado pelo fato de que as *healthtechs* estão entre os três principais segmentos de startups do Brasil (ABSTARTUPS, 2023). Tal crescimento pode ser associado à necessidade de ferramentas que supram a falta de coleta de dados, e que, conseqüentemente impacta em avaliações econômicas e de desfechos clínicos, dados fundamentais para a tomada de melhores decisões dentro do sistema de saúde.

OBJETIVOS GERAIS

Este documento tem como objetivo descrever a implementação e os resultados de dois *cases* de inovação realizados pelas startups Tato e SPINEDATA, que seguiram todas as premissas necessárias para a implementação de um modelo de cuidado baseado em valor na saúde suplementar. A proposta é demonstrar o potencial transformador da adoção de modelos de saúde baseada em valor no manejo de condições osteomusculares na saúde suplementar brasileira.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evidenciar, por meio de dados reais, o potencial de implementação do modelo de saúde baseada em valor para o manejo de pessoas com quadros osteomusculares na saúde suplementar; apresentar dados que demonstrem a efetividade clínica do modelo com foco em desfechos relevantes para os pacientes, além de evidenciar os benefícios econômicos para os provedores de saúde e analisar as barreiras comerciais que limitam seu pleno desenvolvimento; por fim, discutir o potencial de expansão do modelo no contexto da saúde suplementar no Brasil.

METODOLOGIA

IMPLEMENTAÇÃO DE UM SERVIÇO PRESENCIAL DE FISIOTERAPIA BASEADA EM VALOR PARA O MANEJO DE PESSOAS COM DOR DE COLUNA

A implementação do serviço foi realizada dentro do sistema de saúde suplementar entre março/2020 e agosto/2023 em uma clínica pertencente a um hospital de Campinas- SP. A clínica era procurada por pacientes que apresentavam queixas na coluna e ali poderiam passar com médicos ortopedistas, neurologistas e fisiatras, além de fisioterapeutas, nutricionista e psicólogo. Os pacientes que chegavam para o tratamento fisioterapêutico eram encaminhados por médicos que atuavam dentro ou fora da clínica.

Para a implementação foi acordado a prestação de um serviço de atendimento de fisioterapia baseado em evidências científicas, composto por uma avaliação individual com duração de uma hora e sessões de tratamento de 30 minutos, também individuais. Além disso, foram coletados dados na avaliação inicial, seis semanas, três, seis e doze meses após o início do tratamento. Para que um serviço de qualidade e atendimentos individualizados fossem ofertados, foi definido com os provedores de saúde um pagamento diferenciado e acima do tabelado. E para a demonstração de resultados, foram apresentados relatórios semestrais contendo a evolução dos pacientes em relação a dor, função, efeito global percebido e a satisfação dos pacientes que já tinham passado pelo tratamento.

Durante a primeira consulta eram obtidos dados sociodemográficos (estádio civil e nível de escolaridade), antropométricos (altura, peso, idade e sexo), hábitos de vida (grau de atividade física e hábito de fumar), dados clínicos (tempo de sintomas, histórico de cirurgia prévia na coluna vertebral e região da dor) e nível de dor. Além disso, foram coletados questionários específicos de acordo com a localização e tempo de sintomas de cada paciente e realizado a identificação de bandeiras vermelhas que podem indicar condições graves ou emergenciais. Após isso, era realizado uma anamnese e avaliação física completa composta por queixa principal, inspeção postural, análise de marcha, exame neurológico e realização de testes especiais. Além disso, os pacientes eram orientados em relação ao modelo do serviço oferecido que contava com sessões individuais de 30 minutos e acompanhamento de até 1 ano após o início do tratamento.

Para garantir que o tratamento dos pacientes do serviço fosse baseado em evidências, a equipe de fisioterapia foi treinada e orientada a utilizar o software SPINEDATA que foi desenvolvido para auxiliar na tomada de decisão clínica e acompanhamento dos pacientes a longo prazo. No software, todos os itens para uma avaliação completa com dados que influenciam na tomada de decisão estão presentes, facilitando a coleta de dados essenciais no primeiro contato com o paciente.

Considerando todos os dados acrescentados durante a avaliação específica realizada, o software sugere as melhores condutas terapêuticas baseadas em evidências científicas. Com isso, um tratamento eficiente e direcionado era oferecido a cada um dos pacientes reduzindo a utilização de intervenções inespecíficas e não embasadas cientificamente, o que contribui para a otimização dos recursos. Além disso, com o objetivo de gerar autonomia nos pacientes e evitar um aumento desnecessário no número de sessões realizadas presencialmente, foram fornecidos aos pacientes orientações específicas para realização de exercícios domiciliares de mobilidade e força, de acordo com a fase em que estavam do tratamento.

Tendo em vista a importância da coleta de desfechos clínicos, os pacientes foram acompanhados por um ano após o início do tratamento. Cada paciente recebia em seu celular um link que o direcionava a questionários que avaliam dor, função e percepção de efeito global. Através desses dados, era possível mensurar a evolução clínica dos pacientes e apresentar dados quantitativos para os prestadores de saúde.

Os pacientes foram acompanhados ao longo de um ano nos intervalos de seis semanas, três meses, seis meses e um ano. Durante esse período foram coletados desfechos de dor, função e percepção de efeito global. Para avaliar a dor, foi utilizada a Escala Numérica de Dor, na qual o paciente classifica sua dor em uma escala de 11 pontos que varia de 0 a 10, sendo 0 “nenhuma dor” e 10 a “pior dor possível”. Para a avaliar função, foi utilizado o questionário Oswestry Disability Index ou Neck Disability Index, de acordo com a localização da dor do paciente (lombar ou cervical, respectivamente), que contém 10 questões. Cada questão é composta por seis opções de respostas, as quais são pontuadas de 0 a 5. Para o cálculo da pontuação total destes questionários, soma-se as pontuações das questões e multiplica o valor da soma por 2. A pontuação dos questionários completos varia de 0 a 100 e quanto maior a pontuação, maior o nível de incapacidade. Para avaliar a percepção global de melhora do paciente, foi utilizada a Escala de Percepção Global de 11 pontos que varia de -5 a +5, sendo 0 “sem alteração”, -5 “extremamente pior” e +5 “totalmente recuperado”.

A satisfação dos pacientes em relação ao serviço prestado foi avaliada após o tratamento pelo Net Promoter Score (NPS) que é composto por uma pergunta: “Em uma escala de 0 a 10, quanto você recomendaria nosso serviço para um colega ou familiar?”. Considera-se 0 "não recomendaria" e 10 "recomendaria fortemente". Para o cálculo da

pontuação, designamos o número de respondentes que selecionaram as pontuações 9 e 10 como promoters (que representa uma alta satisfação com o serviço prestado). Os respondentes que selecionaram as pontuações de 1 a 6 foram designados como detractors (que representa uma alta insatisfação com o serviço prestado). Os respondentes das pontuações 7 e 8 foram desconsiderados por serem considerados passivos. Após isso, obtém-se a porcentagem dos promoters e detractors em relação ao número total de respondentes. Por fim, a porcentagem de detractors é subtraída da porcentagem de promoters, gerando a pontuação final. Quanto mais próximo de 100%, melhor é o nível de satisfação dos pacientes.

A avaliação minuciosa, tratamento específico desses pacientes e a coleta de desfechos clínicos demonstram o potencial de implementação do modelo de saúde baseada em valor dentro do sistema de saúde suplementar ao individualizar as necessidades de cada paciente e orientar intervenções baseadas em evidências.

Para a avaliação dos desfechos econômicos, foram quantificados o número de consultas médicas, de sessões de fisioterapia e de idas a serviços de pronto atendimento 12 meses antes e 12 meses após a implementação do serviço.

IMPLEMENTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADO DIGITAL BASEADO EM TELEFISIOTERAPIA PARA O MANEJO DE PESSOAS COM DOR DE COLUNA

A implementação deste serviço foi realizada no âmbito da saúde suplementar a partir de abril de 2023, por meio de uma parceria de inovação aberta entre uma operadora de saúde e a *healthtech* Tato, cuja proposta de valor é apoiar a implementação e a operacionalização de linhas de cuidado digitais para pessoas com condições osteomusculares.

A linha de cuidado descrita neste relato, denominada “Programa Saúde da Coluna”, foi estruturada com o objetivo de promover um cuidado mais resolutivo, acessível e baseado em evidências científicas. A captação dos beneficiários foi realizada de forma proativa pela Tato, a partir da identificação mensal de eventos assistenciais associados à trajetória típica de pacientes com dor de coluna, como a realização de exames de imagem (ex.: ressonância magnética da coluna), visitas a pronto-atendimentos ou consultas com especialistas por queixas de dor na coluna.

Os beneficiários identificados recebiam uma comunicação direta sobre o programa e eram convidados a realizar uma triagem digital especializada, conduzida por um fisioterapeuta. Esta etapa consistia em uma consulta síncrona de 15 minutos com o objetivo de rastrear sinais de alerta para condições graves e direcionar o cuidado. Quando elegíveis, os beneficiários prosseguiram para uma avaliação clínica detalhada, realizada pelo mesmo profissional, com duração de 45 minutos. Nessa consulta, eram coletadas informações sociodemográficas, dados clínicos (tempo de sintomas, histórico cirúrgico, localização da dor) e medidas padronizadas de dor e incapacidade funcional.

A partir desta avaliação, os beneficiários iniciavam o acompanhamento por telefisioterapia síncrona individual (sessões de 45 minutos), complementadas por sessões assíncronas com programas de exercícios prescritos de forma personalizada. Durante todo o processo, os participantes eram acompanhados por seu fisioterapeuta e por um gestor de saúde, responsável por monitorar o engajamento, solucionar barreiras à adesão e garantir continuidade ao cuidado.

Ao início e final do tratamento, todos os beneficiários eram reavaliados quanto à dor e incapacidade funcional. Além disso, a experiência do paciente com o tratamento foi avaliada através do escore global de percepção de melhora e *Net Promoter Score* (NPS) coletados na segunda sessão de tratamento e na alta. O acompanhamento pós-alta era realizado por meio de telemonitoramento ativo feito por um gestor de saúde 1, 2 e 3 meses após a alta, com a possibilidade de reingresso no programa em caso de recidiva ou agravamento do quadro. Além dos momentos de telemonitoramento, os beneficiários podiam acessar o suporte da Tato a qualquer momento através do Whatsapp ou email, para sanar dúvidas e solicitar orientações clínicas.

Para a demonstração e acompanhamento da linha de cuidado, dados eram apresentados para o time responsável da operadora em tempo real por meio de um *dashboard* com dados operacionais e de desfechos clínicos e de experiência, e foi realizada uma reunião mensal entre os times responsáveis das empresas para entender oportunidades de melhoria e refinamento do programa.

Para a avaliação dos desfechos econômicos, foi utilizada uma metodologia do tipo caso-controle com participantes do mesmo banco de leads pertencentes às mesmas coortes temporais, mas que não participaram do programa. Foram analisadas três métricas principais:

(i) custo médio por segurado, (ii) taxa de internações e cirurgias e (iii) taxa de utilização de serviços de pronto-atendimento. Foram considerados custos e taxas totais da carteira, excluindo apenas custos com procedimentos oncológicos. Estes indicadores foram levantados mensalmente, ao longo dos 12 meses anteriores à entrada no programa e, também, mês a mês após a sua entrada, permitindo uma análise comparativa longitudinal.

RESULTADOS PROGRAMA PRESENCIAL

Ao longo de três anos, 419 pacientes foram atendidos no serviço e 400 foram incluídos para análise dos dados de implementação. Cada paciente gerou um custo médio de R\$482,00 para a implementação, considerando o custo da comercialização do software (R\$6,00) e o custo médio do tratamento fisioterapêutico (R\$476,00). Foi observado uma redução de 60% no custo com consultas médicas e visitas ao serviço emergencial após a implementação em comparação com os meses anteriores ao ingresso no programa. Além disso, foi realizado em média 8 sessões de fisioterapia por paciente.

A diferença apresentada ao final de um ano de acompanhamento foi uma redução de 3,4 pontos na escala numérica de dor, redução de 10,4 pontos nos questionários que avaliam função e aumento de 2,5 pontos na escala de efeito global percebido. Tais resultados demonstram melhora clinicamente significativa. Além disso, o NPS demonstrou uma boa satisfação dos pacientes com pontuação de 91,7%.

RESULTADOS PROGRAMA DIGITAL (TATO)

No total, 507 pacientes participaram da linha de cuidado e 336 foram selecionados como controle. Após 3 meses de implementação do programa, identificamos uma redução de 44% da taxa de internações/cirurgias, 35% de utilização de serviços de Pronto Atendimento e de 40% do custo médio por segurado em comparação a segurados com a mesma condição que não participaram do programa. Ao comparar os segurados que passaram pelo programa com eles mesmos no período de 3 meses antes do início do programa, identificamos uma redução de 37% da taxa de internações/cirurgias, 32% de utilização de serviços de Pronto Atendimento e de 32% do custo médio por segurado. Em

termos clínicos, encontramos uma melhora de 56% na intensidade da dor e de 60% na incapacidade funcional com um NPS de 94 e uma percepção global de melhora de 90%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSTARTUPS. MAPEAMENTO DO ECOSSISTEMA BRASILEIRO DE STARTUPS, 2023.

Briggs AM, Slater H, Jordan JE, Huckel Schneider C, Kopansky-Giles D, Sharma S, Young JJ, Parambath S, Mishra S, March L. Towards a global strategy to improve musculoskeletal health. **Global Alliance for Musculoskeletal Health**. 2021. Sydney, Australia.

Ferreira G, Costa LM, Stein A, et al. Tackling low back pain in Brazil: a wake-up call. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 23, n. 3, p. 189-195, 2019.

Metrics GH. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**. v. 392, n.10159, p. 1789-1858, 2018.

Miller HD. From Volume To Value: Better Ways To Pay For Health Care. **Health Affairs**, v. 28, n. 5, p. 1418-1428, 2009

Porter ME. Value-based health care delivery. **Annals of Surgery**, v. 248, n. 4, p. 144-150, 2008.

Porter ME. What Is Value in Health Care? **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. **Academic Medicine**, v. 95, n. 5, p. 682-685, 2020.

Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**. v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, 2020.