



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

**MODELO MULTICRITÉRIO CONSTRUTIVISTA DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO PARA APOIAR A GESTÃO DOS PROGRAMAS DE BENEFÍCIOS
DE MEDICAMENTOS (PBM_s) NA PERSPECTIVA SOCIAL**

VALTER JOBIM MEYER FILHO

Florianópolis

2018

VALTER JOBIM MEYER FILHO

**MODELO MULTICRITÉRIO CONSTRUTIVISTA DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO PARA APOIAR A GESTÃO DOS PROGRAMAS DE BENEFÍCIOS
DE MEDICAMENTOS (PBMs) NA PERSPECTIVA SOCIAL**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de
Mestrado em Administração da Universidade do
Sul de Santa Catarina como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Administração

Orientador: Prof. Ademar Dutra, Dr.

Florianópolis

2018

VALTER JOBIM MEYER FILHO

**MODELO MULTICRITÉRIO CONSTRUTIVISTA DE AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO PARA APOIAR A GESTÃO DOS PROGRAMAS DE BENEFÍCIOS
DE MEDICAMENTOS (PBMs) NA PERSPECTIVA SOCIAL**

Esta Dissertação foi julgada adequada à obtenção do título de Mestre em Administração e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade do Sul de Santa Catarina. Florianópolis, X de Agosto de 2018.

Florianópolis, 30 de Agosto de 2018.

Profº. Orientador Ademar Dutra, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Profº Leonardo Ensslin, PhD.
Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Profº Sergio Murilo Petri, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profº João Manuel Dias da Silva, Dr.
UNIMINDELO

M56 Meyer Filho, Valter Jobim, 1984-

Modelo multicritério construtivista de avaliação de desempenho para apoiar a gestão dos Programas de Benefícios de Medicamentos (PBMS) na perspectiva social / Valter Jobim Meyer Filho. – 2018.

100 f. : il. color.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pós-graduação em Administração.

Orientação: Prof. Dr. Ademar Dutra

1. Padrões de desempenho. 2. Medicamentos - Aspectos sociais. 3. Política farmacêutica. I. Dutra, Ademar. II. Universidade do Sul de Santa Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 658.4013

Ficha catalográfica elaborada por Carolini da Rocha CRB 14/1215

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Paula, minha namorada, pela paciência, apoio e compreensão neste período de estudos, que sempre se mostrou companheira e entendedora deste momento importante e de extrema dedicação.

Aos meu pais, por toda a estrutura acadêmica que tive para concluir o Ensino Fundamental e Médio, e por sempre me apoiarem na continuação da vida acadêmica.

Ao professor Ademar, orientador exímio, com notório saber, entusiasta engajado e batalhador do serviço público, sempre em busca da melhor gestão e do bem ao cidadão.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Administração da Unisul, que contribuíram para minha formação, especialmente ao professor Leonardo, por instruir, inspirar, nortear e encaminhar da melhor forma minha banca de defesa.

Aos meus amigos Guilherme Cestari e Alexandre Fraga pelo apoio incessante na construção deste projeto de pesquisa.

Por fim, não menos importante, agradeço a Deus, que sempre esteve comigo, em todos os momentos desta fase, nos momentos bons e ruins ele estava sempre do meu lado para me conduzir nesta busca constante pela excelência.

Obrigado á todos!

RESUMO

Os Programas de Benefícios de Medicamentos consistem em uma operação que proporciona um benefício de descontos para os usuários adeptos aos Programas das Indústrias Farmacêuticas. O objetivo deste trabalho foi construir um modelo de avaliação de desempenho para apoiar a Gestão do alcance dos Programas de Gerenciamento de Benefícios (PBM's) na perspectiva Social, voltado para o ramo farmacêutico. Foi realizada uma pesquisa de natureza pesquisa-ação, com coleta de dados de origem primária e secundária, utilizou-se a Metodologia Multicritério de Apoio a Decisão Construtivista (MCDA-C) como instrumento de intervenção, e foi considerado com destaque os seguintes resultados: (i) o modelo foi construído com base 4 áreas de preocupação: farmácia, governo, indústria e consumidor; (ii) foram construídos 36 descritores para os quatro Pontos de Vista Fundamentais PVFs Consumidor, Governo, Farmácias e Indústria; (iii) o perfil de desempenho da pesquisa obteve trinta e seis descritores sendo que nove deles com desempenho comprometedor. Concluindo a importância do estudo para apoiar as melhores decisões sobre a Gestão do Benefícios sobre Medicamentos.

Palavras- Chave: MCDA- C, Medicamentos, Programas de Benefícios de Medicamentos;

ABSTRACT

The PBM consists on an operation that provides discounts benefits to those user adepts to the industries and pharmacy's programs. The present work has the goal to build a performance evaluation model in order to support the management of the reaching of the PBM on a social perspective, concerning the pharmaceutical branch. It was performed a research-action model research, based on a data collect with primary and secondary sources, using (MCDa-C) as the intervention tool, and it was considered highlighting the following results: (i) the model was built based on 4 areas of concerns: pharmacy, government, industry and consumer; (ii) it was built 36 descriptors for the four main point of views MPVs Consumer, Government, Pharmacy and Industry; (iii) the performance profile got thirty six descriptors and nine of them had compromising performance. Concluding the importance of the study for the best decisions on the Management of Benefits in Medicines.

Key Words: MCDA- C, Medications, Drug Benefit Programs;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Síntese do enquadramento metodológico	43
Figura 2 – Etapas do ProKnow-C.....	45
Figura 3 - Retorno de artigos nas bases de dados.....	48
Figura 4 - Etapas para seleção do PB	50
Figura 5 - Metodologia MCDA-C e suas fases	56
Figura 6 - Atores envolvidos no contexto decisório.....	61
Figura 7- PVF's e conceitos	64
Figura 8- PVF1 "Consumidores"	65
Figura 9- Cluster e Subclusters para o PVF "Consumidores"	66
Figura 10 – EHV para o PVF1 "Consumidor"	66
Figura 11 - Descritores do PVF1 "Consumidores"	67
Figura 12 - Status quo e perfil da meta do PVF1 "Consumidores"	68
Figura 13- Meta de desempenho estabelecida para os descritores em nível comprometedor ..	69
Figura 14- Mapa Cognitivo para o PVF2 "Indústrias"	86
Figura 15 - Mapa Cognitivo par o PVF- "Governo"	86
Figura 16- Mapa Cognitivo para o PVF4- "Farmácia"	87
Figura 17 - <i>Cluster e subclusters</i> do PVF2- "Indústrias"	88
Figura 18- <i>Cluster e subclusters</i> do PVF3- "Governo"	88
Figura 19- <i>Cluster e subclusters</i> do PVF3- "Farmácias"	89
Figura 20 - EHF do PVF2- "Indústrias"	90
Figura 21 - EHF do PVF3- "Governo"	90
Figura 22- EHF do PVF4- "Farmácias"	91
Figura 23- Descritores do PVF2- "Indústrias"	92
Figura 24- Descritores do PVF3- "Governo"	93
Figura 25 - Descritores do PVF4- "Farmácias"	94
Figura 26- Status quo e perfil da meta do PVF2 "Indústrias"	95
Figura 27 - Status quo e perfil da meta do PVF3 "Governo"	96
Figura 28- Status quo e perfil da meta do PVF4 "Farmácias"	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definições de AD	19
Quadro 2 - Falhas identificadas nos sistemas de AD	22
Quadro 3- Diferenças básicas entre as Escola Européia e Americana	26
Quadro 4 - Comparação entre os tipos de benefícios farmacêutico	29
Quadro 5 - Características das PBM's brasileiras	32
Quadro 6 - Síntese do Portfólio Bibliográfico	41
Quadro 7 - Palavras-chave de cada eixo de pesquisa	46
Quadro 8 - Teste de aderência das palavras-chaves	47
Quadro 9 - Artigos do PB final.....	52
Quadro 7 - EPAS identificados	62
Quadro 8 - Conceitos construídos a partir dos EPAs	63
Quadro 9 - Plano de Ação para os descritores em nível comprometedor.....	70
Quadro 10- Lista de conceitos e EPAs	81

SIGLAS E ABREVIACOES

AD - Avaliação de Desempenho

BSC - *Balanced Scorecard*

EHV - Estrutura Hierárquica de Valor

EPA - Elemento Primário de Avaliação

MCDA - *Multicriteria Decision Aid*

MCDA-C - Metodologia Multicritério de Apoio  Decisão- Construtivista

MCDM - *Multicriteria Decision Making*

PB - Portfólio Bibliográfico

PBM - Programas de Gerenciamento de Benefícios de Medicamentos

PVF - Ponto de Vista Fundamental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização dos temas e problemas de pesquisa	11
1.2 Objetivo do estudo	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 Justificativa e relevância do estudo.....	13
1.4 Delimitação da pesquisa.....	14
1.5 Organização da pesquisa	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Avaliação de desempenho	16
2.1.1 Mensuração e Gestão de Desempenho	23
2.1.2 Metodologias Multicritério.....	25
2.2 Gerenciamentos de benefícios de medicamentos	29
2.3 Avaliação de desempenho dos PBM's.....	34
2.4 Pesquisas Similares ou Correlatas	Erro! Indicador não definido.
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
3.1 Enquadramento metodológico	43
3.2 Procedimentos para seleção do material para compor o referencial teórico- instrumento de intervenção PROKNOW- C.....	45
3.3 Instrumento de intervenção - Metodologia Multicritério Construtivista (MCDA-c)	55
3.3.1 Fase de Estruturação.....	56
3.3.2 Fase de Avaliação.....	58
3.3.3 Fase de Recomendações	58
4 ESTUDO DE CASO – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO.....	59
4.1 Fase de Estruturação.....	59
4.1.1 Contextualização	59
4.1.2 Árvore de Pontos de Vista.....	61
4.1.3 Construção dos descritores	64
4.2 Fase de Recomendações	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	75

APÊNDICE A – ELEMENTOS PRIMÁRIOS DE AVALIAÇÃO E CONCEITOS.....	81
APÊNDICE B – MAPAS COGNITIVOS	86
APÊNDICE C – CLUSTER E SUBCLUSTERS.....	88
APÊNDICE D – ESTRUTURA HIERÁRQUICA DE VALOR (EHV).....	90
APÊNDICE E – DESCRITORES DO MODELO.....	92
APÊNDICE F – STATUS QUO E PERFIL DA META	95

1 INTRODUÇÃO

O capítulo introdutório subdivide-se em (i) contextualização do tema e problema de pesquisa; (ii) Objetivos e (iii) Justificativa e relevância do estudo.

1.1 Contextualização dos temas e problemas de pesquisa

O processo de Avaliação de Desempenho (AD) tem sido cada vez mais reconhecido e utilizado pelas organizações por sua capacidade de apoiar decisões estratégicas, gerar aprendizagem organizacional, motivar as pessoas e apoiar os processos de melhoria (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995; OTLEY, 1999). Segundo Ensslin et al., (2017) por meio dos Sistemas de AD torna-se possível identificar os critérios necessários e suficientes para a realizar o processo de gestão, como também realizar o monitoramento e traçar ações de melhoria para os aspectos que apresentam níveis de desempenho abaixo do esperado. (ENSSLIN et al., 2017).

Dada sua capacidade e efetividade em lidar com processos organizacionais, a AD, tem sido cada vez mais recomendada para lidar com setores e ambientes considerados conflituosos, incertos e complexos. Entre esses setores, destaque a área da saúde que apesar de representar atualmente cerca de 8% do PIB brasileiro, possui muitas deficiências no sistema de gestão que acabam por prejudicar a qualidade de vida da população pela inacessibilidade a tratamentos e medicamentos essenciais.

No que se refere ao consumo de medicamentos, de acordo com o IMS Health, em 2012, as classes A e B representaram 47% do total de consumo no Brasil, enquanto a classe C correspondeu a 53% (PBM, 2000). Para atender essa demanda, o ramo farmacêutico no Brasil investe atualmente, cerca de 18,5% das suas vendas em Pesquisa e Desenvolvimento de novos fármacos. Entretanto, no Brasil não existe reembolso público de medicamentos, nem por parte de planos de saúde, exceto quando relacionado a Programas de Gerenciamento de Benefícios de Medicamentos (PBMs) privados, programas que oferecem descontos em medicamentos estratégicos para as indústrias.

Para se ter uma dimensão do problema, 50% do consumo total de medicamentos no Brasil é realizado por apenas 15% da população, ou seja, mais de 50 milhões de brasileiros não tem acesso a determinados tipos de medicamentos por possuir uma renda insuficiente para adquirir os medicamentos que necessitam (PBM, 2000). E o problema vai muito além disso, as pessoas não possuem um claro conhecimento dos recursos para cuidados de saúde em geral, e

dos benefícios farmacêuticos que podem usufruir, e para o governo, subsidiar medicamentos pela necessidade do paciente pode diminuir custos em outras áreas.

Além disso, na administração de benefícios para os farmacêuticos, nenhuma das partes interessadas, governo ou indústrias possuem uma verdade absoluta como resolução, somente a responsabilidade de administrar esses benefícios de forma justa e legítima, de uma maneira que eticamente seja justificável ao consumidor a garantias dos benefícios farmacêuticos ofertados (BURTON et al., 2001).

Evidencia-se assim, a necessidade de adotar novas políticas para melhorar a gestão dos PBM, alcançando a eficiência relacionada a economia e os objetivos norteados pelas questões éticas da medicina. Atualmente não há um processo de gestão claro que auxilie na identificação de ações de melhorias que contribuam para a modernização da legislação e dos Institutos de Pesquisas Públicos e Agências Nacionais. Essa ausência de controle e a natureza diversificada dos PBMs, onde governo, consumidor e médicos possuem pouca interação (BURTON, 2001) acaba por dificultar o alcance de registros mais ágeis e a disponibilização de medicamentos a baixos custos para a população (PBM, 2000).

Diante de todos esses entraves e da importância que o setor da saúde representa para o cenário mundial (Burton et al., 2001), no que se refere ao aumento da qualidade de vida da população, ampliando o acesso a medicamentos mais baratos, advogasse a necessidade de adotar sistema de gestão que permitam avaliar o atual desempenho dos PBMs.

Segundo Lebas (1995) um sistema de gestão de desempenho eficiente é aquele que é construído por medidas que dão autonomia aos indivíduos dentro de sua extensão de controle; refletem relações de causa e efeito; possibilitam capacitar e envolver indivíduos, criar uma base para a discussão e assim, apoiar a melhoria contínua e as tomadas de decisões. No entanto Neely, Gregory e Platts (1995) ressaltam a dificuldade em identificar e adotar medidas adequadas que auxiliem eficientemente no processo de gestão.

Desse modo, emerge a pergunta de pesquisa decorrente deste estudo: **Quais fatores devem ser considerados na avaliação de desempenho de Programas Privados de Benefícios de Medicamentos, na perspectiva social, a partir da percepção do decisor?**

1.2 Objetivo do estudo

1.2.1 Objetivo geral

Estruturar um modelo de avaliação de desempenho para apoiar a Gestão de Programas de Benefícios de Medicamentos (PBMs) na perspectiva social fundamentados na Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C).

1.2.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos tem-se:

- (i) Proceder, por meio de um processo estruturado a identificação de um portfólio bibliográfico de artigos com relevância e reconhecimento científicos que possibilite o entendimento do pesquisador sobre o tema Avaliação de Desempenho de PBM's;
- (ii) Identificar e estruturar em conjunto de fatores que possibilitam mensurar o desempenho de PBMs na perspectiva do decisor por meio de escalas ordinais;
- (iii) Evidenciar o perfil de desempenho (Status quo), dos Pontos de Vista Fundamentais e dos fatores para os PBMs avaliados;
- (iv) Propor um processo estruturado de gestão do desempenho dos PBMs com ênfase em ações de melhoria.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

Sob a relevância teórica, a contribuição construtivista demonstrada na pesquisa bibliométrica, mostra a existência de lacunas e a necessidade de novas pesquisas que venham a enriquecer e contribuir ainda mais para as questões sociais. O levantamento sobre a produção científica internacional sobre o tema publicada nas bases Science Direct, ScientificPeriodicalsElectronic Library (SPELL), Google Scholar, Business Source Complete (EBSCO), ScientificElectronic Library Online (SciELO), Elsevier e Scopus, com as palavras-chaves Gerenciamento de Benefícios de Medicamentos, Avaliação de Desempenho e Indústrias Farmacêuticas, revelou apenas 23 artigos internacionais alinhados ao tema desta pesquisa.

Sob a relevância prática, no Brasil há uma baixa quantidade de pesquisas sobre Gestão de Benefícios Farmacêuticos. Relacionando o assunto com a AD dos PBMs, abre-se um enorme

campo de aprofundamento científico. Desta forma, este projeto pode contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema, e assim obter sustentação científica para de maneira construtivista melhor apoiar o modelo de avaliação deste objeto de pesquisa, na perspectiva social, voltada para área privada da Gestão dos Benefícios Farmacêuticas.

Na visão das indústrias, ponto diretamente ligado para melhoria social, o desempenho mostra a relevância da pesquisa para com a execução das melhorias levantadas. Com relação ao governo, a contribuição ocorre como sinal de alerta para importância da intervenção com ações que contribuam para maior análise e sinergia com as indústrias, para avaliação sistemática e propostas periódicas de elevação da qualidade dos programas de benefícios. Por fim, para os consumidores de medicamentos esta pesquisa contribui para cobrança de melhores práticas do setor, igualdade de direito, tanto no aspecto comercial, como territorial e social, influenciando para estudos de futuras pesquisas que possibilitem aos autores maior visão para os aspectos sociais relacionados aos Programas de Benefícios de Medicamentos.

1.4 Delimitação da pesquisa

A pesquisa delimita-se quanto ao aspecto TEMPORAL, ESPACIAL, em Santa Catarina no ano de 2018.

1.5 Organização da pesquisa

Com o objetivo de organizar o trabalho e assim ter um melhor entendimento do estudo, esta pesquisa será distribuída em 5 capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a Introdução, que contempla a contextualização do tema, o problema de pesquisa, seguido dos objetivos, justificativa, delimitação da pesquisa e estrutura do trabalho. Já o segundo capítulo apresenta a Fundamentação Teórica da pesquisa, esta subdividida em três seções: (i) Avaliação de Desempenho; (ii) Gerenciamento de Benefícios de Medicamentos (PBM's) e; (iii) Avaliação de Desempenho dos PBM's. O terceiro capítulo apresenta os Procedimentos Metodológicos e contempla as seguintes seções: (i) o enquadramento metodológico da pesquisa; (ii) os procedimentos para seleção do material que dará suporte a construção do referencial teórico referente a seção 2.2 e 2.3 (Instrumento de intervenção *ProKnow-C*) e; (iii) o instrumento de Intervenção MCDA-C. Já no quarto capítulo é apresentada a construção do modelo de AD para apoiar a gestão do alcance dos objetivos dos Programas de Benefícios (PBM's) na perspectiva social, a partir das Fases de Estruturação e Recomendações conforme a metodologia

Multicritério de Apoio à Decisão- Construtivista (MCDA-C). Destaca-se que nesta seção somente será apresentada a construção do modelo para o PVF1 “Consumidores”, sendo a construção do modelo para os demais PVF’s apresentado nos Apêndices do presente trabalho. Finalmente o quinto capítulo apresenta as Considerações Finais do estudo e as recomendações para futuros trabalhos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção está estruturada em 3 subseções: (i) Avaliação de Desempenho; (ii) Gerenciamentos de benefícios de medicamentos (PBMS) e; (iii) Avaliação de Desempenho dos PBMS.

2.1 Avaliação de desempenho

A importância do processo de AD vem sendo destacada na literatura por diversos autores como Neely, Gregory e Platts (1995), Otley (1999) e Bourne e Mills (2000). Pesquisadores de diferentes áreas como, gestão estratégica, gestão de operações, recursos humanos, organizacional comportamento, sistemas de informação, marketing e contabilidade e controle gerencial vem contribuindo para o avanço nas pesquisas do campo de medição de desempenho (NEELY, 1999). A famosa frase de Lord Kelvin “o que não pode ser medido não pode ser gerenciado” já evidenciava o impacto da AD no contexto organizacional.

O aumento do interesse em medir o desempenho das empresas não é algo atual, evidencia disso são as múltiplas conferências industriais realizadas sobre o tema e o significativo número de publicações realizadas. Em seu estudo Neely, Gregory, Platts (1995) destacam que um total de 23 conferências de AD com a participação de 2.500 integrantes de 800 diferentes organizações foram realizadas desde Janeiro de 1994 até a data da publicação, bem como, o interesse da academia em desenvolver artigos sobre o tópico, levou a publicação de 3.615 artigos entre os anos de 1994 e 1996 (NEELY, 1999; BOURNE; MILLS, 2000).

Em seu estudo Neely (1999) questiona o porquê da AD estava sendo um tema tão discutido e apresenta como resposta as sete razões principais, são elas: a natureza mutável do trabalho; o aumento da concorrência; iniciativas de melhoria específica; os prêmios nacionais e internacionais; a mudança dos papéis organizacionais; a mudança nas demandas externas e por fim; o poder da tecnologia da informação (NEELY, 1999):

- a) **Natureza Mutável do Trabalho:** Na década de 50, a mão-de-obra direta representava 50% dos custos dos bens vendidos, assim os sistemas contábeis alocavam as despesas gerais com base na mão-de-obra direta. Com a automação dos processos esse custo passou a ser de 5 a 10%, o que ocasionou erros na alocação de custos e despesas. Assim, para superar suas limitações novos métodos de custeio baseados em atividade foram desenvolvidos.

- b) **O aumento da concorrência:** Representada pela necessidade de redução dos custos e atender os valores do cliente. A competitividade já não é mais baseada somente em termos financeiros, fatores como qualidade, flexibilidade, customização, inovação, e resposta rápida começam a ganhar importância. Ao mudar suas estratégias, as empresas foram forçadas a mudar suas métricas, influenciando assim o comportamento organizacional.
- c) **As iniciativas de melhoria específica:** As empresas passaram a necessitar adotar programas de melhoria de desempenho para poder atender a fase de valor para os clientes. Em resposta a concorrência, as empresas iniciaram a implantação de melhorias específicas, sem, no entanto, identificar onde e por que seu desempenho não era satisfatório. Diante disso, estudos de *benchmarking* foram desenvolvidos para fornecer importantes percepções de desempenho de diferentes organizações;
- d) **Os prêmios nacionais e internacionais:** OS prêmios foram criados como “recompensas” às empresas em reconhecimento da melhoria de desempenho. Estes exigiam que as organizações fossem expostas a uma auto avaliação, apresentando dados detalhado sobre a política, a padronização, os recursos humanos, informação, planos futuros, entre outros;
- e) **A mudança dos papéis organizacionais:** Dentro do Reino Unido institutos passaram a organizar regularmente conferências e *workshops* sobre mensuração de desempenho não financeiro. Órgãos, especialmente contábeis, encorajaram seus membros a assumir um papel mais ativo no desenvolvimento de sistemas de medição e os gestores de recursos humanos passaram a assumir um papel mais ativo na AD dos negócios;
- f) **A mudança nas demandas externas:** Organizações de telefonia, energia, água são sujeitas a uma vasta variedade de solicitações externas, tendo que fornecer estatísticas detalhadas de desempenho. O acompanhamento e o gerenciamento da opinião pública torna-se crítica para as empresas de alto perfil. Assim, as organizações são forçadas a melhorar seus dados de desempenho em preparação para estes exames;
- g) **Poder da tecnologia da informação:** Período de rápido crescimento na demanda por gestão sistemas de informação e sistemas de informação executivos nos últimos anos. Estes passaram a desempenhar um papel importante na captura, análise e apresentação de dados.

No entanto, argumenta-se de que as primeiras medidas de desempenho que surgiram no século XII, por estarem ligadas aos sistemas de custo e gestão, eram medidas puramente

financeiras (GHALAYINI; NOBLE, 1996; BITITCI et al., 2012) limitadas a fatores como receita, retorno e rentabilidade sobre o investimento (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995; GHALAYINI; NOBLE, 1996; NEELY, 1999; NUDURUPATI; TEBBOUNE; HARDMAN, 2011).

Nesse contexto, novas necessidades organizacionais começaram a surgir e o descontentamento com a AD tradicional foi tomando mais força. Desde o final da década de 80 e início da década de 90 foi notória a insatisfação com os sistemas e medidas de desempenho existentes, uma vez que estes não conseguiam integrar todos os fatores considerados como importantes para o sucesso da organização. Surgem então, na década de 1980, nos estágios iniciais do desenvolvimento do sistema de medidas de desempenho, uma preocupação em incorporar no processo de AD medidas de cunho não financeiras como qualidade, eficiência e eficácia operacional, produtividade, flexibilidade e satisfação do cliente (GHALAYINI; NOBLE, 1996; NEELY, 1999; FRANCO-SANTOS et al., 2007; NUDURUPATI; TEBBOUNE; HARDMAN, 2011; BITITCI et al., 2012). Já no início da década de 90, vários modelos foram desenvolvidos visando compreender a organização como um todo, cobrindo as várias perspectivas existentes nas organizações e tentando medi-las (CARNEIRO; CUNHA, 2016).

Apesar de ser um tema relevante e frequentemente discutido, várias definições são encontradas na literatura (FRANCO-SANTOS et al., 2007). Entre a famosa definição de Neely, Gregory e Platts (1995, p. 1229) citada em vários trabalhos que remetem a AD. Os autores conceituam a AD como “processo de quantificação da eficácia e eficiência de uma ação”. A eficácia refere-se a medida no qual o cliente encontra suas expectativas, enquanto a eficiência é uma medida de como economicamente os recursos alocados são utilizados para prover um nível de satisfação do cliente. O Quadro 1 apresenta algumas outras destas definições encontradas.

Quadro 1 - Definições de AD

Autores	Definição de avaliação de desempenho
Bourne et al. (2000)	Um exercício cognitivo para traduzir visões das necessidades dos clientes e dos <i>stakeholders</i> em objetivos do negócio e medidas de performance apropriadas.
Chenhall (2005)	Um sistema elaborado para prover, aos decisores, informações financeiras e não financeiras, que cubram diferentes perspectivas, de tal forma a traduzir a estratégia em um conjunto coerente de medidas de desempenho.
Dutra (2003, 2005)	Um processo onde avaliar é atribuir valor àquilo que se considera relevante, face a determinados objetivos, identificando em qual nível de desempenho se encontra e visando a promoção de ações de melhoria.
Elg (2007)	Um sistema que transforma dados de entrada em informações úteis para vários tipos de decisões na organização.
Garengo, Biazzo e Bititci (2005)	Um sistema balanceado e dinâmico habilitado a sustentar o processo decisório ao coletar, elaborar e analisar informações.
Halachmi (2005)	Um subsistema dos esforços de gerenciamento do desempenho.
Kennerly e Neely (2002)	Permite que decisões e ações sejam tomadas, uma vez que, quantificam a eficiência e eficácia de ações passadas, por meio da aquisição, separação, classificação, análise, interpretação e disseminação de dados adequados.
Kuwaiti (2004)	Uma coleção de atividades relacionadas e projetadas para, ao identificar e coletar dados, transformá-los em informações de desempenho relevantes, compreensíveis e factíveis, que permitam a avaliação precisa da extensão em que os objetivos estratégicos, táticos e operacionais foram alcançados.
Neely e Powel (2004)	Entendimento do que está acontecendo dentro da organização e de como introduzir aperfeiçoamentos.
Santos, Belton e Howick (2002)	Um processo que provê, ao decisor, informações a respeito do grau de alcance dos objetivos organizacionais e de quão bem se está desempenhando as atividades.
Tapinos, Dyson e Meadows (2005)	Um fator com significativa influência em sustentar o alcance das metas organizacionais e a eficiência e eficácia do processo de planejamento estratégico
Verweire e Van den Berghe (2004)	Um sistema de medição e de relatórios, que quantifica o grau com que os gerentes alcançam seus objetivos.

Fonte: Giffhorn, 2011 *apud* Tasca (2013, p.46 - 47).

Essa infinidade de definições, acaba por prejudicar a evolução das pesquisas na área, uma vez que não permite comparabilidades e a generalizações (FRANCO-SANTOS et al., 2007) bem como, a construção de sistemas de AD.

Um sistema de AD contempla um conjunto de medidas individuais que são analisadas coletivamente (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995). Segundo Franco-Santos et al., (2007):

Um sistema de medição de desempenho permite que decisões e ações sejam tomadas com base em informação, pois quantifica a eficiência e eficácia das ações passadas por meio da coleta, agrupamento, classificação, análise, interpretação e divulgação de dados apropriados. Organizações medem seu desempenho, a fim de verificar a sua posição (como um meio para estabelecer sua posição, comparar posição ou benchmarking, monitorar o progresso), comunicar sua posição (como um meio para comunicar o desempenho internamente e com o regulador), confirmar prioridades (como um meio para gerenciar o desempenho, custo e controle, foco no investimento e ação), e obrigar o progresso (como meio de motivação e recompensas) (FRANCO-SANTOS et al., 2007, p. 5-6) (Tradução nossa).

Entre os sistemas de AD mais conhecidos e utilizados está o *Balanced Scorecard* (BSC). Desenvolvido por Kaplan e Norton o BSC no ano de 1992 é “um painel de controle equilibrado com uma multiplicidade de critérios para avaliar as diferentes dimensões do desempenho empresarial” que se tornou uma referência em termos de medição no âmbito organizacional. Os autores referidos Kaplan e Norton (1992) colocam como característica de combinar os objetivos e indicadores financeiros e não financeiros classificados de acordo com quatro eixos de análise que abrangem as seguintes dimensões: finanças, clientes, processos internos e aprendizagem organizacional (GHALAYINI; NOBLE, 1996). Outro sistema é a Matriz de Desempenho criada por Keegan et al., (1989) que tem como objetivo integrar diferentes dimensões de desempenho, para avaliar o desempenho dos concorrentes (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995).

Uma vez desenvolvido e implementado, o sistema de AD deverá interagir tanto com o ambiente interno e externo, ou seja, com a organização e o mercado na qual está inserido. O ambiente interno permite a definição das metas, a controle e gestão de informações, recompensas e penalidades. A interação com o ambiente externo (clientes e fornecedores) fornece informações importante a respeito dos clientes e concorrentes, que irão auxiliar os gestores a subsidiar decisões estratégicas (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995). Além dessa interação com o ambiente interno e externo, um modelo de AD ele deve ser retroalimentado e reformulado, a partir de um número adequado de medida, para que seja possível gerar conhecimento, aprendizado e manter-se atualizado (NEELY; GREGORY; PLATTS; 1995; FRANCO-SANTOS et al., 2007).

Dada a importância da utilização desses sistemas AD para o contexto organizacional, diversos estudos acadêmicos buscaram analisar o uso implementação e a revisão desses sistemas (MICHELI; MARI, 2014). O trabalho de Bourne and Mills (2000), desenvolveu uma estrutura para apoiar no entendimento de cada estágio da implementação e incorporação do sistema de AD. Essa estrutura foi dividida em três fases: o desenvolvimento, a implementação e o uso dos sistemas de AD:

- a) **Fase de desenvolvimento:** Na primeira fase, que compreende a do desenvolvimento é realizada a identificação dos objetivos chaves a serem mensurados e o desenvolvimento dessas medidas;
- b) **Fases de implementação:** Os sistemas e procedimentos são programados para coletar e processar os dados;
- c) **Fase do uso:** Ocorre a avaliação da implementação da estratégia, por meio da análise das informações e da retroalimentação das medidas (BOURNE; MILLS, 2000).

A partir dos resultados obtidos os autores apontam três grandes obstáculos para uma completa implementação das medidas de desempenho. A primeira delas trata-se da resistência a mensuração que ocorre durante a fase de desenvolvimento e do uso das medidas de desempenho. A segunda refere-se a problemas com os sistemas de tecnologias de informações, que ocorrem na fase de implementação. A terceira ocorre pela falta de comprometimento da alta administração durante as fases de desenvolvimento e implementação.

Os autores salientam ainda que, apesar de todas as pesquisas realizadas, ainda não chegou-se a um consenso sobre os benefícios e deficiências da utilização destes sistemas pelas organizações (MICHELI; MARI, 2014). Em seu estudo Van Camp e Braet apresentam alguns desses benefícios de acordo com o trabalho de Bititci (1997) e Franco-Santos (2007), entre eles: (i) Auxilia no planejamento, controle, monitoramento; (ii) Possibilita o apoio a tomada de decisão e atingir as metas da organização; (iii) Auxilia na previsão dos resultados.

Apesar de todos esses benefícios, os autores abordam que tanto a área teórica quanto a área prática, no que se referente a questões de mensurabilidade e utilização de sistemas de AD, ainda estão em desenvolvimento. Prova disso são as diversas falhas que compreendem os sistemas de acordo com o estudo de Van Camp e Braet (2016). O Quadro 2 apresenta as falhas identificadas tanto no nível métrico, que se refere a ao conteúdo da medição; ao nível de estrutura/enquadramento “framework”; e a nível de implementação “gestão”.

Quadro 2 - Falhas identificadas nos sistemas de AD

Falhas identificadas	
Nível métrico	Falta de definição clara, única e transparente
	Transporte de outras empresas
	Seleção conforme acessibilidade e disponibilidade
	Quantidade desequilibrada
	Foco dominante em métricas financeiras
	Relação desequilibrada entre métricas qualitativas e quantitativas
	Dificuldade de medição de intangíveis
	Conjunto incompleto
	Perigo de métricas tornarem-se alvos
	Falta de métricas robustas
	Falta de métricas objetivas
	Incerteza no início de um projeto
	Uso indevido de métricas deterministas
	Nível Framework
Dificuldade de incorporar diferentes dimensões	
Sobrecarga de frameworks diversos	
Falta de compreensão	
Falta de feedback e aprendizado	
Cálculo com escalas incompatíveis	
Polarização devido aos pesos	
Falta de dados	
Complexidade dinâmica	
Nível de gestão	Falta de compromisso gerencial
	Falta de alinhamento com a estratégia
	Falta de procedimento formal
	Frequência insuficiente
	Falta de sistema de recompensa
	Falta de apoio financeiro
	Falta de capital humano
	Falta de apoio de TI
	Falta de envolvimento do usuário
	Obstáculos culturais
	Falta de ações reativas/proativas
	Grande número de stakeholders
	Tomada de decisão em grupo
Pressão de tempo	

Fonte: VanCamp e Braet (2016).

Após a análise das falhas, os autores apontam que o nível métrico necessita de maior clareza, precisão e de adaptação das métricas para a empresa. Essa constatação é muito pertinente, uma vez que, o processo de AD inicia com a identificação e a seleção dos

indicadores/métricas de desempenho, sendo considerada assim, processo fundamental que irá subsidiar as demais etapas.

Autores como Neely et al., (1996) salientam que os indicadores/medidas/ métricas de desempenho devem reforçar a estratégia da organização, dar ênfase aos elementos críticos e serem alterados à medida que o ambiente muda (NEELY, 1999). Ainda, ao elencar medidas de desempenho, os gestores precisam refletir sobre os propósitos gerenciais com os quais a medição do desempenho pode contribuir e como eles podem implementar essas medidas que devem estar alinhados com a estratégia da organização (NEELY, 1999). Além disso, as medidas devem: (i) permitir a comparação (*benckmarking*) com outras empresas que atuam no mesmo negócio; (ii) os métodos utilizados para cálculos e coletas de dados devem ser claros e devem ainda estar passíveis ao controle da organização.

Já ao nível *framework*, é necessário compreender profundamente o sistema de AD, introduzir feedback e aprender de acordo com as complexidades dinâmica. Por fim ao nível de gestão é muito importante que haja apoio da alta administração e comprometimento com o sistema, necessitando assim superar alguns entraves culturais da organização.

Percebe-se, nesse processo evolutivo que a AD começou a se preocupar não somente com os Sistemas de Mensuração de desempenho, mas também com a forma como esses sistemas são geridos. Os aspectos que abordam o processo de Mensuração e Gestão do desempenho são apresentados na próxima seção.

Quanto as futuras pesquisa em sistemas de medição de desempenho, autores como Choong (2013) sugerem que a pesquisa deve se concentrar em conceitos, teorias e técnicas de modelagem pertencentes ao sistema de medição de desempenho. Apesar da literatura sobre o tema apresentar vários *frameworks* e modelos, há pouca compreensão teórica de como esses modelos contribuem para as práticas de medição de desempenho e seu valor prático e de utilidade ainda não foram investigados profundamente.

2.1.1 Mensuração e Gestão de Desempenho

O processo de mensuração e gestão do desempenho é um assunto que se tornou importante para acadêmicos e profissionais e vem sendo frequentemente discutido (BITITCI et al., 2015). Mensurar o desempenho organizacional tornou-se uma atividade indispensáveis às organizações, uma vez que estas são pressionadas a comunicar os resultados alcançados para os seus diversos *stakeholders* (MICHELI; MARI, 2014). O processo de mensuração desempenha papel central no processo de AD, uma vez que permite o alcance dos objetivos e

metas organizacionais; o desenvolvimento do plano de ações e serve como apoio para o planejamento das atividades. Além disso, (BEHN, 2003) relata que a atividade de medição de desempenho permite à organização monitorar e compreender o progresso em direção às metas, comunicar o progresso, identificar o sucesso e o fracasso e definir estratégias futuras.

Segundo Melnyk et al., (2014) um sistema de medição de desempenho compreende processos relacionados ao desenvolvimento de métricas, coleta, análise e interpretação de dados de desempenho. Assim, dados são transformados em informações para verificar a efetividade dos resultados alcançados. Já um sistema de gestão de desempenho visa analisar as diferenças entre os resultados reais e desejados, identificar e sinalizar essas diferenças consideradas críticas introduzindo e acompanhando as ações corretivas.

Percebe-se desse modo que as informações geradas a partir do processo de mensuração são indispensáveis para que a organização possa avaliar o desempenho atual, identificar quais foram as diferenças entre os resultados reais e planejados e o impacto destes resultados no atingimento dos objetivos e metas organizacionais. A literatura destaca assim, a necessidade de realizar o processo de mensuração para alcançar a gestão do desempenho (LEBAS,1995; MELNYK et al., 2014).

De acordo com Bititci et al., (2015) a área da AD vem migrando nos últimos 20 anos do simples processo de mensuração para o gerenciamento do desempenho. No entanto Micheli e Mari (2014) alertam que o uso de expressões como a famosa frase de Lord Kelvin (1891) “o que não é medido não pode ser gerenciado” tem algumas implicações. Primeiro, porque sugere que a atividade de medição é exclusivamente necessária para que posteriormente o gerenciamento possa ser realizado. Segundo, porque eles assumem que as propriedades-chave da medição, como a objetividade, exatidão e precisão, que nada mais são do que as propriedades que os indicadores de desempenho precisam atender para serem considerados legítimos, são facilmente atendidas. Sendo que, no processo de medição é indicado que as propriedades sejam analisadas, levando-se em conta as interferências de quem está medindo (MICHELI; MARI, 2014).

Além disso, os autores abordam que “as questões epistemológicas podem auxiliar o desenvolvimento da mensuração do desempenho tanto do ponto de vista teórico como prático” (MICHELI; MARI, 2014, p.152). Citam ainda que é necessário um entendimento mais claro dos fundamentos filosóficos do processo de mensuração, uma vez que a AD está mais centrada em atender os objetivos sociais, como as demandas dos *stakeholders*, que na sua grande maioria são complexos e difíceis de medir e atender.

Outro ponto observado por Micheli e Mari (2014) é que o desempenho nas organizações é direcionado para o que é mais fácil de medir, ou seja, o que é mensurável é o que é tratado como importante. Além disso, um processo de mensuração está associado a utilização de um sistema de AD e sua adequação ao fim que se destina, não meramente a associação de números ao que se deseja mensurar.

Generalizar dados e métricas que remetem ao desempenho de uma organização específica é um equívoco. Desse modo, ao utilizar essas informações, deve-se ter cuidado para que as medidas estejam alinhadas ao propósito ao qual se destina (NEELY, 1999; OTLEY, 1999; MICHELI; MARI, 2014).

2.1.2 Metodologias Multicritério

Como já mencionado anteriormente, no final da década de 1980 até o início da década de 1990 muitos questionamentos surgiram sobre a efetividade dos sistemas de AD utilizados que surgiram como um instrumento de controle e ou incentivo, o que direcionou o foco dos empregados, que passaram a importar-se mais com os indicadores de desempenho do que com os próprios resultados da organização.

Com o passar dos anos, lidar com os processos decisórios, tornou-se ainda mais difícil, pois além de passar a interligar os objetivos de natureza operacional aos objetivos de nível estratégico a AD deveria preocupar-se também com um conjunto de objetivos e métricas que contemplassem não somente os aspectos relacionados à produtividade e finanças, mas também à flexibilidade, produtividade e inovação (OTLEY, 1999).

Além destas novas dimensões, modelos de AD deveriam dar suporte a processos de gestão que contemplassem a existência de múltiplos atores no contexto decisório. Fato este que aumentaria ainda mais a complexidade devido aos atores possuírem diferentes visões, interesses e objetivos que na maioria das vezes são fatores conflitantes (TASCA, 2010).

Percebeu-se nesse momento que os modelos existentes, que eram modelos advindos da pesquisa operacional, já não atendiam a necessidade dos novos processos por serem modelos que buscavam soluções ótimas por meio da aplicação de modelos matemáticos (DUTRA, 1998).

Dessa forma, para atender a nova demanda o processo de AD evoluiu novamente adequando os seus pressupostos e métodos de intervenção à natureza subjetiva e complexa do contexto decisório, diferenciando-se, portanto, da visão tradicional da Pesquisa Operacional *hard* em fazer frente a problemas sociais. Surge assim, dentro deste novo paradigma, **as**

metodologias denominadas multicritério, que só foram realmente consolidadas quando foi aceita

Assim, duas correntes de pensamento emergiram: uma denominada *Multicriteria Decision Making (MCDM)*, ou *Multicriteria Decision Analysis (MCDA)*, proveniente da escola americana e a outra é *Multicriteria Decision Aid (MCDA)*, originada na escola europeia (ROY; VANDERPOOTEN, 1996). Ao passo que, a metodologia denominada MCDM busca, por meio de um modelo matemático, a melhor solução sem considerar os envolvidos no contexto, os valores e preferências dos decisores são levados em consideração pela metodologia MCDA (ROY; VANDERPOOTEN, 1996). O Quadro 3 apresenta as principais diferenças entre essas duas correntes de pensamentos:

Quadro 3- Diferenças básicas entre as Escola Européia e Americana

Escola Européia (MCDA)	Escola Americana (MCDM)
Reconhecimento da presença e necessidade de integração, tanto dos elementos de natureza objetiva como os de natureza subjetiva.	Reconhecimento apenas dos elementos de natureza objetiva.
O principal objetivo é construir ou criar algo (atores e facilitadores em conjunto).	O principal objetivo é descobrir ou descrever algo que, por definição, preexiste completamente.
Busca entender um axioma particular, no sentido de saber qual o seu significado e o seu papel na elaboração de ‘recomendações’.	Busca analisar um axioma particular, no sentido de ele nos levará a uma verdade por meio de ‘normas para prescrever’.
Ajudar a entender o comportamento do tomador de decisão, trazendo para ele argumentos capazes de fortalecer ou enfraquecer suas próprias convicções.	Não existe a preocupação de fazer com que o tomador de decisão compreenda o ‘seu problema’, apenas que explicita as suas preferências.

Fonte: Adaptado de Dutra (1998, p. 45).

Em seu estudo, Roy (1993) buscou diferenciar o que seria a Tomada de Decisão (DM) da Ajuda à Decisão (DA). Enquanto DM procura desenvolver um modelo matemático, ou seja, uma solução ótima independentemente das pessoas envolvidas no processo de decisão, a DA,

procura modelar o contexto decisional, a partir da consideração das convicções e valores e objetivos dos atores envolvidos no processo de decisão. Esse processo permite que seja realizado a construção de um modelo de apoio à decisão em favor do que se acredita ser o mais adequado para determinada situação. Desse modo, a pesquisa em DA fornece uma fundamentação verdadeiramente científica e objetiva para uma decisão, devido aos limites da objetividade e a necessidade de incorporar aos processos decisórios os fatores subjetivos.

Foi a partir da corrente (*Multicriteria Decision Aid*) que surgiu a metodologia MCDA-C. A principal diferença entre a MCDA tradicional e a MCDA-C é que a primeira busca gerar conhecimento no facilitador, que procura auxiliar o decisor, enquanto a segunda, direciona sua atenção em expandir o entendimento no decisor, sendo o facilitador aquele que apoiará esta evolução por meio de um processo estruturado (DUTRA, 1998).

A metodologia MCDA-C permite assim apoiar a gestão de ambientes considerados complexos, que envolvem decisores com diferentes relações de poder e que necessitem tomar decisões levando em consideração as particularidades do ambiente na qual estão inseridos (ENSSLIN et al., 2010). Caracterizada como uma evolução da *MCDA* tradicional, sua abordagem construtivista leva o decisor a gerar conhecimento sobre o contexto decisional que precisa intervir e gerir devido à sua participação ativa em todas as etapas da metodologia, bem como a identificar as consequências e impactos de suas futuras decisões (ENSSLIN et al., 2010).

A partir do processo de evolução dos princípios e fundamentos que sustentam a AD, reconhece-se a necessidade de introduzir a AD uma visão sistêmica, que possibilite realizar a integração dos objetivos estratégicos aos táticos e operacionais. Essa nova visão reconhece a importância da utilização de indicadores de desempenho, no entanto estes devem ser entendidos como parte do processo e não como um objetivo fim da organização.

Com a nova perspectiva, reconhece-se a necessidade de medir os aspectos e objetivos que são realmente importantes para a organização, ou seja, aspectos que representem seus objetivos e metas e que estejam alinhados a estratégia da organização (ENSSLIN et al., 2007). Emerge assim a necessidade de novas formas de gestão onde o foco da AD seja centrado em alinhar os meios disponíveis para o alcance dos objetivos estratégicos.

Nesse contexto, emergem inúmeros estudos que consolidaram a AD como um processo de apoio à decisão (KEENEY, 1992; BANA E COSTA, 1993; ROY, 1993; ROY, 1996; ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001). Alguns pressupostos foram estabelecidos por Ensslin et al., (2007) para a utilização e o desenvolvimento dos sistemas de AD, são eles:

- a) **Harmonia da Abordagem com seu uso**- A escolha da abordagem a ser utilizada para o desenvolvimento do modelo de apoio à decisão deve estar em harmonia com seu uso;
- b) **Singularidade**- Construção do conhecimento no decisor, a respeito do contexto específico (contexto físico e atores) que se deseja avaliar;
- c) **Processo para a identificação dos objetivos dos decisores**- Reconhecer que o modelo de apoio necessita ser construído a partir das particularidades do ambiente que se propõem avaliar;
- d) **Respeito à Teoria da Mensuração e suas propriedades**: Reconhecer as propriedades das escalas de mensuração;
- e) **Integração dos objetivos**- Os objetivos devem ser integrados por meio de constantes de integração estabelecidas à luz de níveis de referência; e,
- f) **Processo de Gestão**- O modelo de avaliação é um instrumento de gestão destinado a aperfeiçoar o contexto, permitindo ao decisor, como momento final do processo de construção do conhecimento, diagnosticar a situação atual (pontos fortes e fracos), gerar ações de aperfeiçoamento e mensurar a contribuição dos aprimoramentos realizados.

Segundo Ensslin, Montibeller e Noronha (2001), o processo de AD é realizada em pelo menos três momentos. O primeiro deles trata-se da construção do modelo de AD. O segundo compreende a operacionalização do modelo. Por fim, o terceiro momento visa realizar o monitoramento e o aperfeiçoamento do contexto avaliado. Por envolver as atividades de identificação, organização, construção de escalas ordinais e cardinais e o estabelecimento de níveis de referência, a primeira etapa tende a ser mais complexa e exigir uma maior concentração de esforços.

Diante dos inúmeros conceitos que remetem a AD identificados a partir da literatura, o presente trabalho adotou como afiliação teórica o conceito de AD desenvolvido pelo Laboratório de Metodologias Multicritérios de Apoio à Decisão (LabMCDA) da Universidade Federal de Santa Catarina, que conceitua a AD como:

Avaliação de Desempenho (1) é o processo para construir conhecimento no decisor(2), a respeito do contexto específico(2) que se propõe avaliar, a partir da percepção do próprio decisor por meio de atividades que identificam(3), organizam, mensuram (4) ordinalmente e cardinalmente e integram (5) e permitem visualizar(6) o impacto das ações e seu gerenciamento(6)(Ensslin et al., 2007, p. 5).

Percebe-se assim, que a AD é entendida como um instrumento de gestão utilizado para construir, fixar e disseminar conhecimento de formas a permitir monitorar e aperfeiçoar o

contexto que o decisor deseja realizar a gestão. Dada a importância do processo de AD para auxiliar os gestores no processo de gestão do desempenho organizacional, direciona-se agora o olhar para como está sendo realizado o processo de PBMS.

2.2 Gerenciamentos de benefícios de medicamentos

Os PBMs têm, por meio da intermediação, o potencial para garantir preços mais baixos nos medicamentos e melhorar a prescrição racional. Se esses resultados potenciais são realizados dentro do orçamento relevante, isso é uma função do sistema de saúde e da interação entre o desenho dos benefícios e os processos clínicos e não apenas os processos controlados individualmente pelos consumidores (LYLES, 2017).

O termo PBM, muito utilizado nos Estados Unidos, e conhecido como (*Pharmacy Benefit Management*), consiste em uma operação que proporciona um benefício farmacêutico para os usuários. No Quadro 4, segue uma análise de PBM (2000) com as vantagens, desvantagens e perfil da operadora. Neste modelo fica claro a equivalência e proporcionalidade do benefício entre farmácias próprias e redes, sendo os PBMs uma terceira opção que não concorre diretamente com os varejistas, somente proporciona a tecnologia para dispensar os medicamentos ofertados pelos programas.

Quadro 4 - Comparação entre os tipos de benefícios farmacêutico

<u>Modelo de Benefício</u>	<u>Vantagens</u>	<u>Desvantagens</u>	<u>Perfil da operadora</u>
Farmácias próprias	Maior controle do custo do serviço prestado	Escolha limitada pelo usuário	Adequado para operadoras com abrangência local ou regional e para aquelas que não podem ser muito oneradas com o benefício farmacêutico
Farmácias contratadas	Maior controle dos custos	Escolha limitada pelo usuário	
PBMs	Maior controle por parte do usuário e maior poder de negociação com a indústria	Menor controle do custo	Ideal para operadoras com abrangência nacional, que podem arcar com custos do benefício terceirizado

Fonte: PBM (2000).

Neste mercado, é muito comum as PBM's realizarem parcerias com distribuidores e com o varejo. Desta forma as negociações criam volume, podendo abrir condições de negociação robustas com as indústrias, possibilitando barganha de preço e condições amplas de ofertas. Os grandes descontos e sua abrangência territorial tendem a ser o maior diferencial destes programas.

Os autores Cohen e Chee (2001) destacam que os PBMs negociam descontos de fabricantes de medicamentos em troca de designar os medicamentos dos fabricantes para os bancos de dados das indústrias e seus respectivos medicamentos. Da mesma forma, os PBMs negociam os descontos das farmácias de varejo em troca de garantir uma rede de farmácias com um grande grupo de inscritos para aumentar estes dados.

O aumento dos custos dos medicamentos prescritos e a crescente prevalência de “altos planos de saúde dedutíveis”, que incorrem custos muito maiores do paciente, criam uma crise para os esforços do PBM em direção a um benefício de farmácia acessível. O gasto farmacêutico está aumentando mais rapidamente do que o gasto com saúde em geral, e os custos com medicamentos especiais estão superando os de outros produtos farmacêuticos (LYLES, 2017).

Para Burton et al., (2001) os PBMs devem fomentar as ações de confiabilidade e evitar os conflitos entre os interesses dos médicos, e as responsabilidades das prescrições, sugerindo assim, uma tomada de decisão em conjunto entre médico e paciente, onde a tecnologia deve estar alinhada aos custos. Analisar a ética dos PBMs ajuda a identificar as políticas que podem visivelmente ser vistas como antiéticas, assim como uma série de medidas razoáveis que podem auxiliar estes processos de gestão. Esta análise ética pode fomentar também políticas de acesso a saúde que venham a elucidar uma abordagem baseada em aspectos econômicos, onde medicamentos não são prescritos de maneira perfeita, porém considerando as imperfeições norteadas pelos valores éticos, econômicos e sociais (BURTON et al., 2001).

Para o modelo de Kouvelis et. al., (2015), a escolha do medicamento sob prescrição deve ser feita por um paciente em consulta com um médico para maximizar a qualidade dos medicamentos. O que envolve a troca receituário é o custo ou a qualidade, desta forma os valores éticos e econômicos caminham lado a lado neste processo. O autor reforça que os PBMs estão, portanto, engajados em um tipo complexo de concorrência oligopolista, exigindo que cada um deles selecione uma lista de preços a serem cobrados ao cliente por cada um dos medicamentos de marca e genéricos e uma lista de formulários com os níveis de preferência.

Nos Estados Unidos foi implantada a utilização nacional de um registro de qualidade por médicos que tratam por especialidades. Desta forma, as novas moléculas e suas tecnologias

aceleraram significativamente na redução de custos de outras áreas da saúde. Para implantar e manter os PBMs com lançamentos de novos fármacos e novas tecnologias da informação de gestão destes programas é necessário investimento em novas tecnologias (OVRETVEIT et al., 2012).

A literatura indicou, segundo Garis et al., (2004) que a disseminação é uma necessidade econômica para os PBMs, que usam receita de *spread* para subsidiar áreas de perda dos programas, como taxas de administração artificialmente mencionadas. Recentemente, a indústria de PBM tem tido foco nos processos judiciais de grupos de medicamentos nos Estados Unidos, e com isso organizou farmácias sobre programas de troca de drogas, práticas de rebate de fabricantes de medicamentos e distribuição de preços.

Além disso, muitos fabricantes de medicamentos usam publicidade direta ao consumidor para estimular a demanda por medicamentos novos e mais caros. A indústria de PBM criou complexas camadas múltiplas de processamento de prescrição que incluem acordos contratuais com fabricantes de medicamentos projetados para gerar descontos alinhados com inovações de processos no setor (GARIS et al., 2004).

Daniel, Teagarden e Sabin (2003) afirmam que é necessário oferecer estrutura tecnológica suficiente para consumidores, médicos, compradores, indústrias farmacêuticas e fornecedores, e que assim possam defender melhorias nos processos para aumentar a qualidade dos benefícios nos medicamentos. Os autores argumentam que usar um “modelo ético” irá ajudar a educar o público sobre como estabelecer limites que sejam justos e razoáveis para as partes envolvidas.

Para as organizações de uma forma geral é preciso seguir as tendências deste mercado. Analisar os resultados de forma ordenada permite que o desenho do benefício farmacêutico possa ter relevância significativa, e evitará a possibilidade de os pacientes se envolverem em discussões judiciais sobre custos (SHRANK; FOX; KIRK, 2006).

Adaptações das tecnologias, mudanças nos diferenciais competitivos, geração de benefícios para a sociedade e empresas parceiras deste segmento trará melhor gerenciamento dos sistemas de informação destes PBMs, reduzindo as taxas extrajudiciais e elevando a qualidade dos benefícios farmacêuticos gerados. O Quadro 5 apresenta os principais PBM's brasileiros, tecnologias utilizadas, clientes, descontos, abrangências e diferenciais (SHRANK; FOX; KIRK, 2006).

Quadro 5 - Características das PBM's brasileiras

<u>PBM's</u>	<u>Tecnologia utilizada</u>	<u>Clientes potenciais</u>	<u>Política de descontos ou comissão</u>	<u>Procedência do capital</u>	<u>Número de farmácias credenciadas</u>	<u>Diferencial / Estratégia</u>
Prev Saúde 7 anos operando âmbito nacional	POS e internet (ainda muito manual)	Sul-América Unimed (várias) 42 clientes atuais	(20% p/pacientes) 25% a 28% indústrias	Nacional	1400	Já tem carteira de clientes Sul-américa genéricos sem desconto
Vidalink 3 anos âmbito nacional	Internet	Nipomed Interclínicas Empresas privadas Seguradoras	(30% a 50% pacientes) 8% de comissão sobre o PCM dos produtos vendidos via sua listagem	GE + capital nacional	1500 farmácias (700 informatizadas) Contrato com Martins para novas farmácias	Trabalham com rebate de 8%, foco em empresas e planos c/ atendim. Ambult.
e- Pharma 3 anos âmbito nacional	POS		25%	Nacional	11 redes c/ 850 pts	Rebate ligado MS boa distribuição geográfica, lista sem genéricos
GbeFoco Regional	Internet (negociando transferência tecnologia com Vidalink)	Planos Regionais (200.000) vidas	(30% p/paciente) 25% p/distribuidor 20% p/redes	Nacional	Rede Boa Forma	Cobram bonificação sobre aumento do MS, querem atender pequenos planos
FarmassistE m estruturação	Internet e talvez POS (E-Pharma)	Ainda não tem	?	Nacional	?	Trabalhar por projeto (projetos específicos por cliente)
Funcional Card 10 anos no mercado como	POS	Auto-gestão	Negociável	Nacional	3.500 farmácias conveniadas	Corporações desconto flexível

empresa de descontos em medicamentos					(parte da informatizada)	
--------------------------------------	--	--	--	--	--------------------------	--

Fonte: PBM (2000).

Os produtos padronizados pelos PBM's são oferecidos de forma igualitária entre os usuários que aderem aos benefícios fornecidos pelas indústrias neste caso a empresa E-Pharma citada acima possui parcerias com grandes indústrias, redes de farmácias e varejistas próprios estratégicos.

Se tratando do ramo farmacêutico no Brasil ilustrado no quadro, 3 categorias ofertam benefícios sobre medicamentos: 1) Empresas independentes de gerenciamento do programa de benefício farmacêutico, conhecidos como PBMs (Pharmacy Benefit Management Companies); 2) Farmácias independentes, com um certo poder de mercado, estas podem ser próprias ou associativistas, controlam os valores dos benefícios padronizados na bandeira e supervisionam os custos operacionais; 3) Redes de farmácias, onde estas possuem uma central operacional, realizam os acordos de forma própria com as indústrias, seguindo como as Farmácias independentes e associativistas os preços acordados com as PBMs e as indústrias (PBM, 2000).

Os reembolsos são gerados entre as operadoras de PBM's e os varejistas, podendo no caso das farmácias próprias ser feitos por meio do distribuidor parceiro da negociação, onde geralmente desta forma é feito um ressarcimento em como bonificação do mesmo medicamento vendido com desconto, ou em situações diferenciadas. O benefício pode ser gerado por usuários mês, de acordo com o custo e o número de utilizações de cada oferta. Cada serviço tem sua plataforma e diferenciação criada e disponibilizada em acordo com as indústrias fabricantes dos medicamentos ofertados nos programas (PBM, 2000).

Ainda relacionado ao quadro acima, em casos de parcerias entre empresas privadas, cada qual pode subsidiar tratamentos diferenciados, com programas de descontos padrões aos conveniados daquele benefício. Assim os segurados possuem descontos privados, validos somente aos funcionários das organizações parcerias, sendo muito praticado pela empresa Funcional Card este modelo de benefício (PBM, 2000).

Afirma Daniels, Teagarden e Sabin (2003) que estudos realizados nos Estados Unidos descobriram que os médicos desconhecem os custos dos pacientes durante a prescrição de medicamentos. Assim surge a preocupação dos PBMs, médicos e indústrias possuem informações que criem critérios de verificação da renda para prescrição de medicamentos.

Os pacientes e médicos devem estar cientes dos custos dos tratamentos para melhor serem direcionadas as decisões de prescrição. Se os consumidores não obtiverem esta informação suas decisões de cuidado com a saúde podem estar comprometidas. (BURTON et al., 2001; DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003). Para os autores, com um número cada vez maior de idosos utilizando os PBMs, é cada vez mais necessário avaliar se estes idosos estão cientes de suas despesas, se existe uma boa comunicação sobre custos e preferências com seus médicos, se os medicamentos mais baratos são de fácil acesso e principalmente se existem impeditivos financeiros.

Para Meador (2011), uma excelente proposta de legislação nos Estados Unidos exige limitações de preços e transparência de descontos do fabricante, projetada para reduzir os custos de prescrição de medicamentos e colocar restrições no comportamento dos PBMs que não dependerão de interpretações legais arriscadas. Embora essas propostas possam não abordar quaisquer ineficiências latentes no setor de pesquisa e manufatura da indústria de medicamentos prescritos inseridos nos programas, elas representariam passos significativos no sentido de cortar custos e eliminar resíduos no sistema de saúde daquele país.

Desta forma as informações de custo devem estar disponíveis de forma consistente para médicos e pacientes, assim como os programas de benefícios existentes para os medicamentos, de maneira que possa influenciar na prescrição dos médicos. Melhorias nos sistemas devem ser constantemente sugeridas para garantir que pacientes e médicos tenham validações dos preços e dos medicamentos prescritos (DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003; SHRANK; FOX; KIRK, 2006).

Para Burton et al., (2001) quanto mais grave a patologia, mais determinante se torna os medicamentos usados para os cuidados de saúde, assim o tratamento com a melhor medicação se torna independente dos custos. Os limites de benefícios de medicamentos, e como eles são desenvolvidos e implementados levantam importantes questões éticas que devem ser avaliadas de forma rigorosa, tanto no impacto econômico como na saúde do paciente. No entanto, segundo Burton et al (2001), quase não há análise ética dos PBMs, o autor levanta esta análise paraos valores éticos para melhor gestão dos benefícios de medicamentos privados.

2.3 Avaliação de desempenho dos PBM's

Em 2000, os gastos farmacêuticos aumentaram 19% nos EUA. Para Burton et al., (2001) a porcentagem de despesas com cuidados de saúde naquele país relacionados a medicamentos tarjados e restritos a prescrição médica aumentou 5,4% em 1990 para 8,2% em 1999,

representando mais de US \$ 100 bilhões por ano. Isso se torna uma tendência mundial devido aos custos dos novos medicamentos, sempre atribuídos a novas tecnologias e geralmente inseridos em empresas de benefícios farmacêuticos para maior controle e desenvolvimento por parte das indústrias.

É imprescindível que compradores e consumidores possam tomar decisões baseadas na informação, razão, equidade e eficiência. Seja medicamentos de uso contínuo, experimental ou determinante para tratamentos crônicos. Os gastos com farmácias de varejo superaram US \$ 150 bilhões Estados Unidos em 2001, um aumento de 17% em relação ao ano anterior. Dificuldade em disponibilizar uma união do acesso aos problemas econômicos são alguns dos maiores empecilhos para ampliar e qualificar os benefícios sobre medicamentos por parte dos médicos (DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003).

Para Garis et al., (2004) os custos dos medicamentos com receita médica estão aumentando devido aos novos lançamentos de medicamentos (representando 38% do aumento de custos), maior utilização de forma geral de medicamentos prescritos (44%) e inflação dos preços dos medicamentos de (18%), e é ainda alimentado pelo envelhecimento das gerações atuais. Essas pessoas, agora com idade entre 39 e 57 anos, estão começando a sofrer as doenças crônicas da velhice.

Sob o olhar de Teagarden et. al., (2012), os custos com medicamentos mais modernos de prescrição obtiveram aumentos nos custos totais até 20% ao ano, os consumidores começaram a projetar e implementar práticas de controle dos gastos mais intensas, para subsidiar os medicamentos especiais e indicações rotuladas de alto custo.

Corroborando com o tema de redução de custos, Ridderhoff (2005) coloca como dramático o aumento nos gastos farmacêuticos nos últimos 30 anos, sendo que durante o período de 1993 a 1999, o crescimento do gasto com medicamentos de prescrição nacional foi de 13% ao ano, comparado com 5% de crescimento anual nos gastos gerais com saúde.

Segundo Garis et al., (2004) os gastos com benefícios de saúde nos Estados Unidos indicaram aumento de 11,2% em 2001 comparado com o ano anterior, o maior aumento nos custos de saúde nos últimos nove anos. Os medicamentos de prescrição foram os mais rápidos componente crescente dos custos com saúde. Em 2002, os gastos com medicamentos prescritos cresceram aproximadamente 14%, o dobro da taxa de cuidados hospitalares e custos de atendimento médico.

Uma restrição ética nos custos possui relação com reclamações feita por alguns compradores e consumidores contra os gestores dos benefícios farmacêuticos (PBMs). A queixa é que as vantagens de redução nos custos não ocorrem como vantagem horizontal ou

coletiva, assim a não abrangência se torna uma desvantagem. A outra restrição na parte ética dos PBMs, foi identificada no modelo em que o requisito benefício busque vantagem na distribuição e custos que venham a favorecer somente os interessados na Gestão dos PBMs e as Indústrias, e não efetivamente os pacientes consumidores de medicamentos (DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003).

Segundo a visão de Cohen e Chee (2001) o efeito provável de um benefício adicional do medicamento nos resultados de saúde é positivo, ainda que incerto neste momento. Além disso, o efeito do benefício do medicamento na economia orçamentária resultante da substituição de internação por atendimento ambulatorial é difícil de prever com precisão, cada país possui impactos positivos ou negativos com maiores ou menores descontos, porém em todos os países com PBMs avançados, os custos com saúde ambulatorial tendem a ser menor.

Cada país possui maneiras diferenciadas em gerenciar seus PBMs. Cohen e Chee (2001) relatam que na Alemanha, os pacientes são responsáveis por parte simbólica dos pagamentos, e estas partes são transferidas para as caixas de doença (uma parte de 10% do preço de venda se aplica, além de uma taxa adicional entre 5 e 10 euros por prescrição). Os médicos são obrigados a informar os pacientes se o preço do medicamento prescrito excede o preço de referência e, portanto, aumenta o compartilhamento de custos dos pacientes. Assim, os médicos atuam como agentes responsáveis também em controlar o custo para seus pacientes que são obrigados a pagar uma pequena parte.

Para Hermanowski et al., (2015) tanto na Alemanha como no Reino Unido, o controle sobre a prescrição médica é baixo e os incentivos financeiros para os médicos são limitados. No Reino Unido, os médicos têm pouco conhecimento dos preços de alguns dos medicamentos mais prescritos, e nem sempre agem como agentes que protegem os interesses dos pacientes.

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, afirma Hermanowskiet al., (2015) usa esquemas de preços diferentes para medicamentos de marca e genéricos. As taxas de reembolso para os clientes do Pharmacy Benefit Manager incluem planos patrocinados por sindicatos, pequenas e grandes empresas, planos de saúde, planos de benefícios para funcionários estaduais e federais, e planos financiados pelo governo que são baseadas nos preços médios de fábrica dos medicamentos disponíveis no Reino Unido.

Para os planos de saúde americanos, os serviços de saúde como exames e consultas passaram a ser cada vez mais restritos, porém a cobertura com medicamentos prescritos passou a se expandir devido ao crescimento dos convênios dos PBMs. Outro fator foi tradicional, o seguro saúde por serviços prestados americanos, que não oferecia cobertura para medicamentos

de prescrição médica, o que hoje é oferecido e se torna uma forma de amenizar os custos com saúde pública com a população daquele país (BURTON et al., 2001).

Burton et al., (2001), crítica os riscos éticos dos controles diretos sobre produtos farmacêuticos, as dificuldades administrativas e os “PBMs” focados exclusivamente no corte de custos, relacionados pelo autor como um processo de tomada de decisão do Gestores dos planos. Se as decisões sobre o local onde comprar e quais medicamentos podem ser relacionados for feita puramente por questões financeiras, torna restrita a participação genuína de médicos, potencializando e ameaçando o bem-estar do paciente, responsabilizando assim os Programas de Benefícios de Medicamentos, seus gestores e indústrias farmacêuticas relacionadas.

Daniels, Teagarden e Sabin (2003) explicam que a razão para os médicos prescreverem medicamentos e eventualmente fazer exceções com base clínica, é precisamente o que o modelo pede, tornando legítima a necessidade de ética na gestão dos benefícios. O modelo de PBM ético citado pelo autor visa atender os médicos prescritos sugerindo discussões de custos com os pacientes e encaminhamentos clínicos com maior precisão e confiabilidade para gestão dos PBMs.

Burton et al., (2001) afirma que a melhor gestão dos PBMs deve procurar equilibrar entre farmácias e consumidores dois pontos estratégicos, “missão e margem”. Assim se poderá alcançar maior eficiência econômica, aliar os objetivos éticos da medicina aos da administração de benefícios de farmácia, e também tornar mais responsável e eticamente justificável o processo de gestão dos benefícios, podendo facilitar também as formas dos financiamentos.

Um exemplo citado clinicamente mostra com clareza os limites para apoiar a educação na relação médico-paciente. Relatando um homem idoso de rua que estava se tratamento com um determinado medicamento de uso continuo sulcado, isto é, distribuidor perfeitamente em dosagem no comprimido, porém com alto custo, quando o médico questiona o paciente: “Você está tomando 10 mg a cada dia. Se eu prescrever 20 mg e pedir-lhe para quebrar a pílula ao meio, vai custar a farmácia menos do que se eu prescrever o tamanho do comprimido de 10 mg” (DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003).

Burton et al., (2001) afirma que as terapias por etapas permitem o uso de medicamentos mais caros somente após drogas mais acessíveis com as mesmas indicações forem experimentadas, planos privados de PBMs americanos utilizam critérios como, (1) se rejeitada por falta de eficiência terapêutica ou reações adversas. (2) autorização prévia pode ser necessária antes que com alto valor agregado seja prescrito ou pela frequência com que os

medicamentos são prescritos. (3) analisar a real necessidade da utilização pode eliminar desnecessárias ou conflitantes prescrições.

Daniels, Teagarden e Sabin (2003) afirmam que o médico ea farmácia podem usar a economia de tratamento desde que o mesmo não prejudique a saúde do paciente, sendo justo que se quebre o medicamento ao meio desde que o paciente tenha concordado de que enfaticamente seria justo. Burton et al, (2001) afirma que a gestão de benefícios de medicamentos tem objetivo de fornecer e fomentar a confiança clínica, minimizando conflitos entre os interesses dos médicos, indústrias e gestores de PBMs, tornando o ato clínico e a responsabilidade de se medicar de forma leal fator predominante, sem que possuam influências financeiras nem que comprometam a tomada de decisão do médico e dos PBMs.

Deve- se respeitar a autonomia do médicos com políticas aceitáveis de prescrição, dispensação e benefícios de medicamentos, com um menor valor por necessidade, economia, assim como maior efetividade no tratamento independente do fator financeiro, para que os tratamentos possam ser ajustados ao risco, e aos cuidados de saúde dos pacientes em pior situação (BURTON et al., 2001).

Nem todas as formas de controle diretas se equivalem, assim como as trocas de medicamentos por supostamente concorrentes diretos, podem significar terapias idênticas, essa participação no processo de tomada de decisão de médicos e pacientes é desejável, sejam quais forem as políticas dos programas a serem seguidas. Isto dá representação aos valores clínicos além de apoiar as decisões tomadas decisão e podem educar médicos e pacientes sobre a realidade das trocas de receituários e a necessidade de escolher com sabedoria e justiça os medicamentos que irão ser utilizados (BURTON et al., 2001; DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003).

Encorajar inclusões obrigatórias de regulação pode contribuir com um modelo ético de benefícios sobre medicamentos, e melhorar as transparências nos processos de decisão dos médicos. Na medida que as pessoas vão envelhecendo os programas de benefícios tendem a ser mais utilizados, a despesa com medicamentos representam mais sobre a renda das pessoas, os estudos mostram preferência pelas melhores prescrições por parte do consumidor para com seus médicos, resultando na necessidade de novas regulações, que ampliem a interação entre indústria, médicos, programas de benefícios e farmácias, para benefício maior dos pacientes (DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003;SHRANK; FOX; KIRK, 2006).

Na visão do bem-estar de um paciente, a preferência pelo remédio mais recente pode significar dizer não a outras necessidades básicas. Fornecer receituário de medicamentos caros aos pacientes pode aumentar os custos com saúde, porém, prescrever os medicamentos certos

pode lhe trazer mais saúde. Equilibrar estes pontos pode evitar deixar os pacientes mais pobres ou com menor eficiência em seu tratamento. É necessário um amplo estudo e constante, para modelar a gestão da melhor maneira de equilibrar de forma legítima esses valores e resolver esses conflitos (BURTON et al, 2001; DANIELS; TEAGARDEN; SABIN, 2003).

Para Burton et al., (2001), é utópico esperar que os valores éticos se sobreponham as questões econômicas dos PBMs privados, assim sugere o autor um estudo constante de políticas éticas para gestão dos benefícios de medicamentos, múltiplos valores éticos devem estar envolvidos para auxiliar nas decisões de alocação de valores, não há como evitar conflitos, mas é necessário equilibrar os benefícios.

Burton et al., (2001, p.152) afirma que *“o desafio ético é garantir que esses limites sejam justos e legítimos, sendo que o objetivo ético fundamental da medicina é ajudar o doente”*. Desta forma, indústrias, médicos, farmácias e os PBMs devem criar políticas que não imponham uma carga desproporcional aos pacientes mais vulneráveis. Políticas de preço por classe social se torna evidente, evitando assim, fabricar, prescrever, fornecer e dar benefícios a medicamentos piores de acordo com a classe social do paciente.

Um ponto de extrema relevância levantado por Hermanowskiet al., (2015) são os sistemas de prescrição eletrônica podem ser entendidos como uma solução que elimina a escrita tradicional de prescrição de serviços de saúde. O sistema consiste em três serviços separados - Suporte à Decisão, Registros Médicos Eletrônicos e Transmissão Eletrônica de Prescrições. Nos EUA, a Lei de Tecnologia da Informação em Saúde para a Saúde Econômica e Clínica promove a implementação desta tecnologia de ponta, uma vez que a prescrição eletrônica é considerada um uso importante de registros médicos eletrônicos.

Na Dinamarca afirma Hermanowskiet al., (2015), a prescrição eletrônica foi implementada com sucesso. Atualmente, quase todos os médicos rotineiramente prescrevem medicamentos eletronicamente com e-Prescrição. Cerca de 97% das práticas de médicos de clínica geral declararam ter estado a utilizar regularmente a prescrição eletrônica. A Dinamarca pode ser reconhecida como um dos principais países, se não o principal país europeu, a implementar esta tecnologia de ponta.

A implantação na Itália não obteve tanto sucesso, troca de prescrições eletrônicas, chamada de e-Prescrever, é usada por 1% das práticas de médicos de clínica geral, o que pode surpreender, já que 86% de todas as clínicas italianas usam um computador e 71% delas estão conectadas à Internet (HERMANOWSKI et al., 2015). Na Itália, a menos que os prescritores se oponham à substituição, os farmacêuticos podem substituir medicamentos originais caros

por equivalentes mais baratos. No entanto, os farmacêuticos italianos não são motivados financeiramente para apoiar a promoção de genéricos.

Os PBMs podem gerenciar o benefício, aplicar intervenções clínicas e usar sua capacidade de distribuição do serviço de correspondência para aumentar a eficiência e garantir aos pacientes um suprimento consistente. Para Atlas (2005) a prescrição eletrônica, segundo a qual o médico insere uma prescrição em um dispositivo que transmite instantaneamente os dados para o PBM e para a farmácia de sua escolha com várias telas ou verificações de edição aplicadas ao longo do caminho, é muito comentada como algo revolucionário para o setor podendo reduzir os erros de medicação. Parece que a tecnologia necessária existe agora, mas a aceitação real deve ser melhor explorada em muitos países.

Na visão de Danzon (2015) os PBMs podem aumentar a troca de ações e encorajar as farmácias a chamar o médico do paciente para autorizar a mudança para medicamentos preferidos. A capacidade dos PBMs de transferir ações permite que eles negociem descontos com as indústrias de medicamentos de marca, em troca de colocação preferencial e aumento do mercado compartilhando assim melhores práticas para o setor.

A distribuição por correio realizada em alguns países ou *delivery* mais conhecida no Brasil, também pode aumentar a capacidade de uma PBM garantir a adesão do paciente, pois o PBM pode garantir que seu farmacêutico interno ligue para os médicos para trocar os pacientes para medicamentos preferenciais, e entrar em contato com pacientes com lembretes para renovação de prescrição. A capacidade aprimorada dos PBMs de influenciar na dispensação de medicamentos é altíssimas e aumenta consideravelmente em muitos países (DANZON, 2015).

O autor Danzon (2000), afirmava que a inscrição aberta aos PBMs, deve garantir melhores preços, abrir mercado para consumidores diversos, trazer maior equidade entre as farmácias, e corrigir monopólios regionais nos preços de alguns medicamentos em inúmeros mercados do setor. O Quadro 6 apresenta a síntese dos principais indicadores do Portfólio Bibliográfico.

Quadro 6 - Síntese do Portfólio Bibliográfico

Autor(es)	Ano	Potenciais indicadores
M. M. Sales, F. E. Cunningham, P. A. Glassman, M. A. Valentino and C. B. Good	2005	Verificar o número de pacientes geograficamente com acesso a medicamentos dos programas de PBMs
N. Daniels, J. R. Teagarden and J. E. Sabin	2003	Medir o número de novos avanços tecnológicos dos sistemas de PBMs
W. H. Shrank, S. A. Fox, A. Kirk, S. L. Ettner, C. H. Cantrell, P. Glassman and S. M. Asch	2006	Medir o percentual de descontos dos PBMs
Ø. John, A. S. Magna, C. Jan, G. Helena, H. Johan, K. Christina, L. Susana, M. Pamela, T. Sara and B. Mats	2012	Avaliar o número de médicos com registro de qualidade por especialidades
S. L. Burton, L. Randel, K. Titlow and E. J. Emanuel	2001	Medir o percentual de interação dos PBMs, com governo, consumidor e médicos
R. I. Garis, B. E. Clark, M. V. Siracuse and M. C. Makoid	2004	Avaliar o percentual de aumento dos custos dos medicamentos com receita médica atuais e dos novos lançamentos de medicamentos
P. M. Danzon	2000	Medir os preços para consumidores diversos entre as farmácias e medir o quanto representa os monopólios regionais dos preços
P. Fronstin	2010	Avaliar o percentual de alcance dos PBMs para aposentados e sua cobertura
R. I. Garis and B. E. Clark	2004	Medir percentual de medicamentos de prescrição com mais rápido crescimento nos custos
V. V. Goff	2002	Avaliar o percentual dos gastos crescentes com medicamentos prescritos no Estados Unidos

M. Meador	2011	Medir o percentual de aumento dos preços e percentual de redução dos custos de medicamentos de prescrição dos PBMs
J. R. Teagarden, W. B. Dreitlein, H. Kourlas and L. Nichols	2012	Avaliar o percentual dos custos com medicamentos mais modernos de prescrição
K. Ridderhoff and D. Remund	2005	Medir o percentual de aumento dos custos para os pacientes dos PBMs
S. L. Aspinall, M. M. Sales, C. B. Good, V. Calabrese, P. A. Glassman, M. Burk, V. R. Moore, M. M. Neuhauser, L. Golterman, H. Ourth, M. A. Valentino and F. E. Cunningham	2016	Avaliar percentual de aumento nos custos dos novos medicamentos e percentual dos contratos de alto custo dos PBMs
A. Lyles	2017	Medir o percentual de crescimento dos custos e gastos de medicamentos de prescrição
Doherty, R. B.	2004	Medir o percentual de inscritos nos PBMs, favorece o consumidor na forma de acesso de descontos

Fonte: Autor da Pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

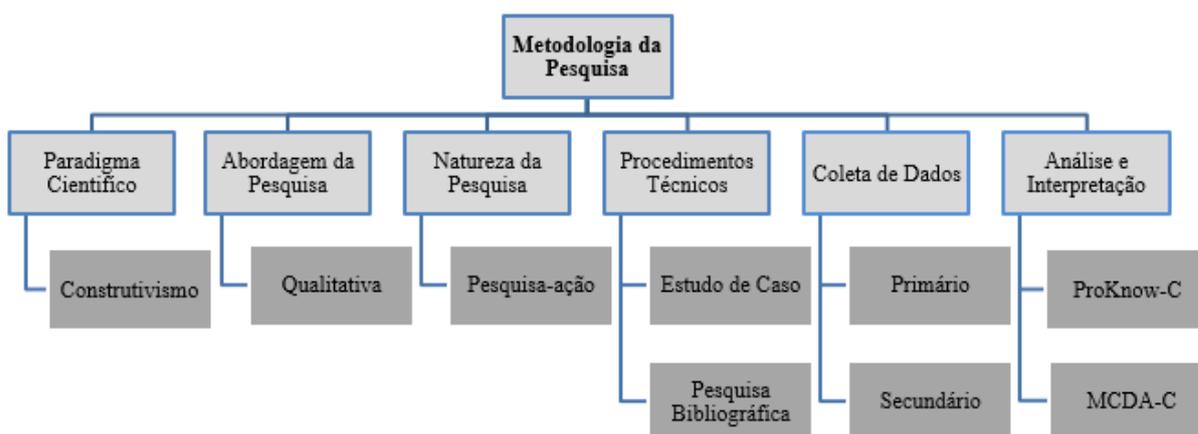
Nos aspectos metodológicos do presente projeto, será apresentado: (i) o enquadramento metodológico da pesquisa; (ii) os procedimentos para seleção do material que dará suporte a construção do referencial teórico referente a seção 2.2 e 2.3 (Instrumento de intervenção *ProKnow-C*); (iii) o instrumento de Intervenção MCDA-C.

O capítulo apresenta as formas em que foram planejadas esta pesquisa, com os procedimentos metodológicos utilizados que entraram na execução deste estudo. Nos métodos da pesquisa são determinados os caminhos que a mesma irá seguir. Lakatos e Marconi (1985) definiram método de pesquisa como um conjunto de atividades sistemáticas que apoiam o cientista a alcançar seus objetivos.

3.1 Enquadramento metodológico

No enquadramento metodológico, os métodos e processos utilizados servem como forma de orientação ao pensamento do pesquisador em fornecer suporte suficiente para maior a compreensão das etapas da pesquisa e dos seus resultados (LAKATOS; MARCONI, 1993). A Figura 1 apresenta a síntese do enquadramento metodológico.

Figura 1 - Síntese do enquadramento metodológico



Fonte: Adaptado de Lacerda, Ensslin, Ensslin (2012).

O estudo da presente pesquisa possui paradigma construtivista. A visão construtivista considera as visões do sujeito e do objeto. Assim busca-se construir ou gerar conhecimento

sobre o contexto, ou situação de decisão, a partir da interação existente entre sujeito (decisor) e objeto de estudo que neste caso envolve os PBMs (PETRI, 2005).

Quanto a abordagem do problema, a pesquisa tem caráter qualitativo (RICHARDSON, 2008). Segundo Creswell e Clark (2006), esse tipo de abordagem possibilita uma visão mais abrangente e completa e poderá ser utilizada com sucesso se existir a necessidade de utilizar a abordagem qualitativa primeiro, como, por exemplo, para identificar variáveis e constructos. A etapa qualitativa envolve a identificação dos aspectos/critérios considerados pelo decisor como necessários para avaliar o seu contexto de gestão, a construção das escalas ordinais, a identificação do Status quo do modelo e a construção das ações de aperfeiçoamento.

Como natureza de pesquisa, o presente trabalho classifica-se como pesquisa ação, por promover tanto o conhecimento do pesquisador, a partir das pesquisas realizadas sobre o tema bem como por expandir o conhecimento do decisor sobre sua área de atuação, com base em suas percepções e valores (RICHARDSON, 2008).

Quanto aos procedimentos técnicos foi adotado o estudo de caso com levantamento de dados e a pesquisa bibliográfica. De acordo com Yin (2015, p. 32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Nessa pesquisa, objetiva-se analisar um contexto específico que são os Programas de Benefícios de Medicamentos “privados”. Já a pesquisa bibliográfica, que neste estudo se concentrou nas análises de publicações científica, constitui parte da pesquisa descritiva experimental, quando objetiva recolher informações e conhecimentos prévios acerca de determinado problema (BEUREN, 2006).

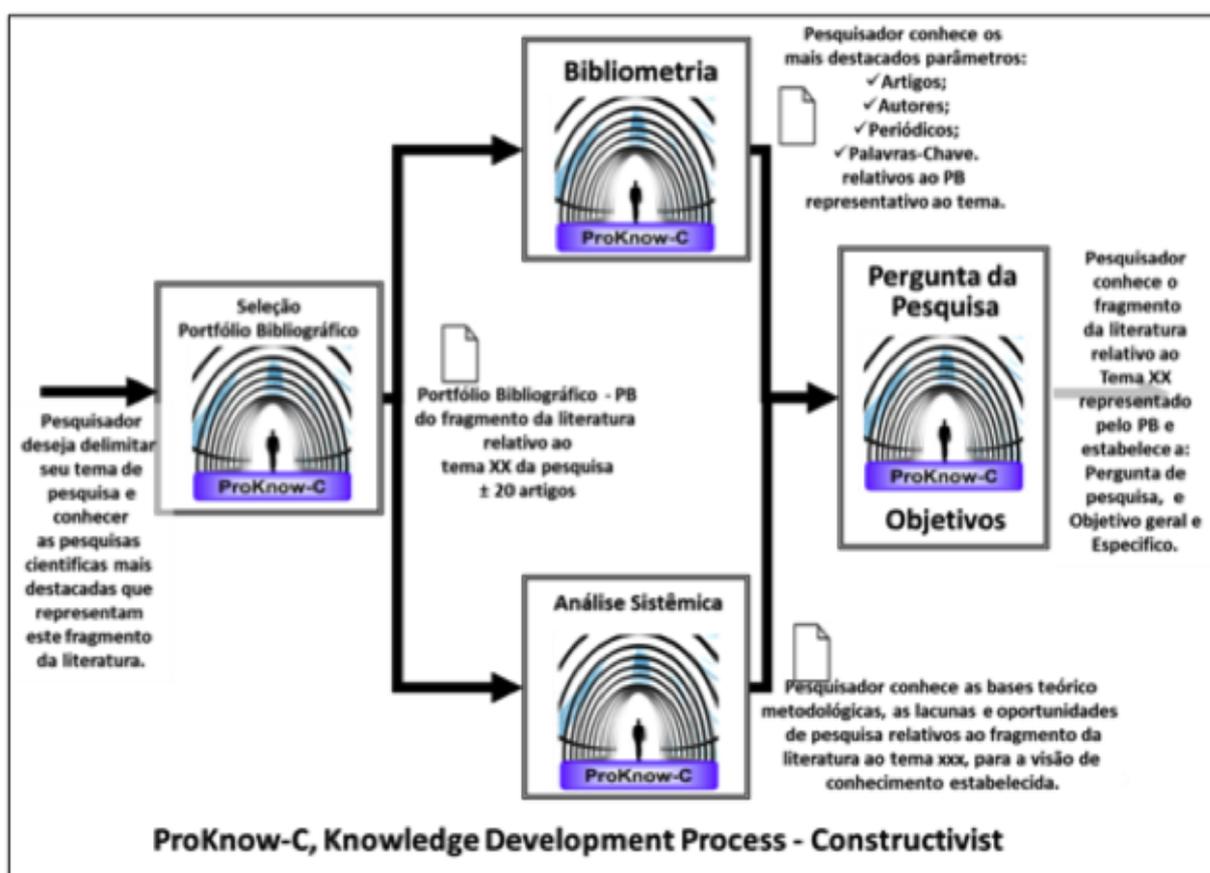
A coleta de dados é de origem primária e secundária. Primária pois parte dos dados para levantamento dos critérios/ indicadores e suas respectivas escalas para a construção do modelo foram obtidas diretamente com o decisor. Já os dados secundários foram obtidos por meio de levantamento bibliográfico (BEUREN, 2006).

Quanto a análise e interpretação dos dados, foi utilizado o *Proknow-C* para o levantamento bibliográfico que possibilitou verificar o estágio atual da literatura que aborda a AD de PBMs. Já para a construção do modelo de AD foi utilizado a metodologia MCDA-C por sua vocação de construir conhecimento em contextos considerados complexos, conflituosos e incertos (ENSSIN et al., 2010).

3.2 Procedimentos para seleção do material para compor o referencial teórico-instrumento de intervenção PROKNOW- C

Para construção do referencial teórico utilizou-se o *Knowledge Development Process-Constructivist (Proknow- C)*. Trata-se de um processo para seleção, pesquisa e construção de conhecimento nos autores a respeito do tema de pesquisa. O portfólio bibliográfico e o banco de artigos deve ser condizentes aos objetos de pesquisa e soluções metodológicas propostas. Na Figura 2 o processo de 4 etapas está dividido em: (i) seleção de portfólio bibliográfico, (ii) bibliometria, (iii) análise sistêmica e (iv) pergunta da pesquisa e objetivos.

Figura 2 – Etapas do ProKnow-C



Fonte: Ensslin, et al., 2017).

As etapas se iniciam com a seleção do Portfólio Bibliográfico que consiste na busca por publicações científicas que estejam alinhadas ao tema que o pesquisador deseja estudar. O processo para seleção do PB teve início com identificação das áreas de conhecimento que, segundo a percepção do pesquisador, explicam em forma necessária e exhaustiva os assuntos

que formam o presente estudo. Essa etapa é subdividida três sub etapas sequenciais: seleção do banco de dados de artigos bruto; filtragem do banco de artigos bruto; e realização do teste de representatividade do PB (VALMORBIDA; ENSSLIN, 2016).

A análise bibliométrica é explicada segundo Bana e Costa et al., (1999), como a forma como os pesquisadores estudam os mais variados parâmetros, artigos, autores, periódicos suas relações e tendências que reforcem a confiabilidade da pesquisa relacionadas ao PB relacionado.

Após ser realizada a seleção de portfólio bibliográfico e a bibliometria, a análise sistêmica entra como última etapa das fases do ProKnow-C. A análise sistêmica compreende uma análise holística do conteúdo a partir das lentes que consistem na afiliação teórica adotada (VALMORBIDA; ENSSLIN, 2016).

A seleção do banco de artigos brutos iniciou-se com a identificação das palavras chaves associadas ao tema AD de Programas Privados de Benefícios de Medicamentos. Para efeito de busca, o tema foi dividido em 2 eixos de pesquisa: (i) AD e (ii) Programa de Gerenciamento de Benefícios Farmacêuticos (PBM's), uma vez que representam os artigos mais alinhados com as áreas sociais que relacionam ao caso do presente trabalho. O Quadro 7 mostra as palavras-chave que compõem cada eixo.

Quadro 7 - Palavras-chave de cada eixo de pesquisa

<u>Eixo 1: Avaliação de Desempenho</u>	<u>Eixo 2: Programa de Gerenciamento de Benefícios Farmacêuticos (PBM's)</u>
Measuring	"health benefit* program*"
Evaluation	"pharmacy benefi management"
Evaluations	"drug* benefit* management*"
Performance	"prescription drug insurance"
Measurement	"prescription drug program*"
Measurements	
Evaluate	
Measure	
Indicator	
Indicators	
Assessment	
Assess	

Management	
------------	--

Fonte: Autor da pesquisa

A partir da definição das palavras-chave de cada eixo de pesquisa, foi feita a combinação dessas palavras com um comando de busca: ("*Management*" OR "*Measuring*" OR "*Evaluation*" OR "*Evaluations*" OR "*Performance*" OR "*Measurement*" OR "*Measurements*" OR "*Evaluate*" OR "*Measure*" OR "*Indicator*" OR "*Indicators*" OR "*Assessment*" OR "*Assess*") AND ("*pharmacy benefit* management*" OR "*drug* benefit* management**" OR "*prescription drug insurance*" OR "*prescription drug program**" OR "*health benefit* program**").

A seguir, foram definidas as bases de dados nas quais foram pesquisados os artigos que compõem o PB. Nesta etapa buscou-se selecionar as bases científicas com os conteúdos alinhados ao tema de pesquisa. Selecionou-se, então, a partir do Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), as seguintes 5 bases de dados: SCOPUS; ISI WEB OF SCIENCE; EBSCO; EMERALD GROUP PUBLISHING; SCIENCE DIRECT. Algumas delimitações foram usadas no processo de busca, o qual se deu no mês de fevereiro de 2018. Dentre as delimitações de pesquisa estão: artigos publicados em periódicos científicos entre os anos 2000 e 2018; palavras que fossem encontradas no título, resumo e palavras-chave das bases de dados; e artigos científicos apenas em língua inglesa.

Como parte da primeira fase do *Proknow-C*, foi feito o teste de aderência das palavras-chave, no qual buscou-se a validação do banco de artigos brutos. Cinco artigos foram escolhidos aleatoriamente, posteriormente lidos e verificados quanto suas palavras-chave. O Quadro 8 mostra as palavras-chave dos artigos analisados.

Quadro 8 - Teste de aderência das palavras-chaves

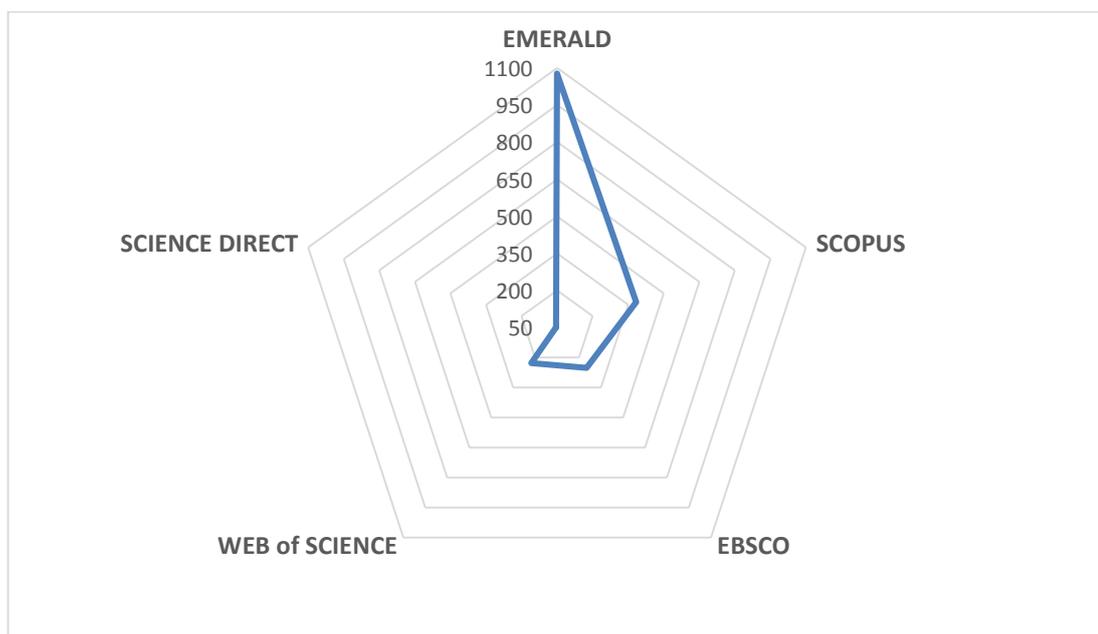
<u>Artigo 1</u>	<u>Artigo 2</u>	<u>Artigo 3</u>	<u>Artigo 4</u>	<u>Artigo 5</u>
pharmacy benefit manager	pharmacy benefit design	pharmacybenefits management	medicare	pharmaceuticalbenefits management
drug distribution	prescriptiondrugs	drugcostsandexpenditures	pharmacybenefit manager	pharmacybenefit managers
tiered-formulary	doctor	healthcarecosts	prescriptiondrugbenefit	genericsubstitution

	patient communication			
pricing	incentive-based	genericdrugs	accessto prescriptiondrugs	genericdrugs
competiti on history		employers	riskcontract	online adjudication of pharmacy claims
		communitypharmac y		e-prescribing
				integratedcare

Fonte: Autor da pesquisa

Testou-se as palavras-chave “Drug Benefit Programs” and “Indicator Performance”, julgadas aderentes ao tema com novas buscas. Entretanto, nenhuma delas gerou um aumento significativo de artigos alinhados ao tema. Dessa maneira, o banco de artigos brutos ficou composto de 1994 artigos. As bases de dados utilizadas na pesquisa bem como seu respectivo retorno são apresentados na Figura 3, como destaque para a base EMERALD que obteve um retorno de 1077 artigos.

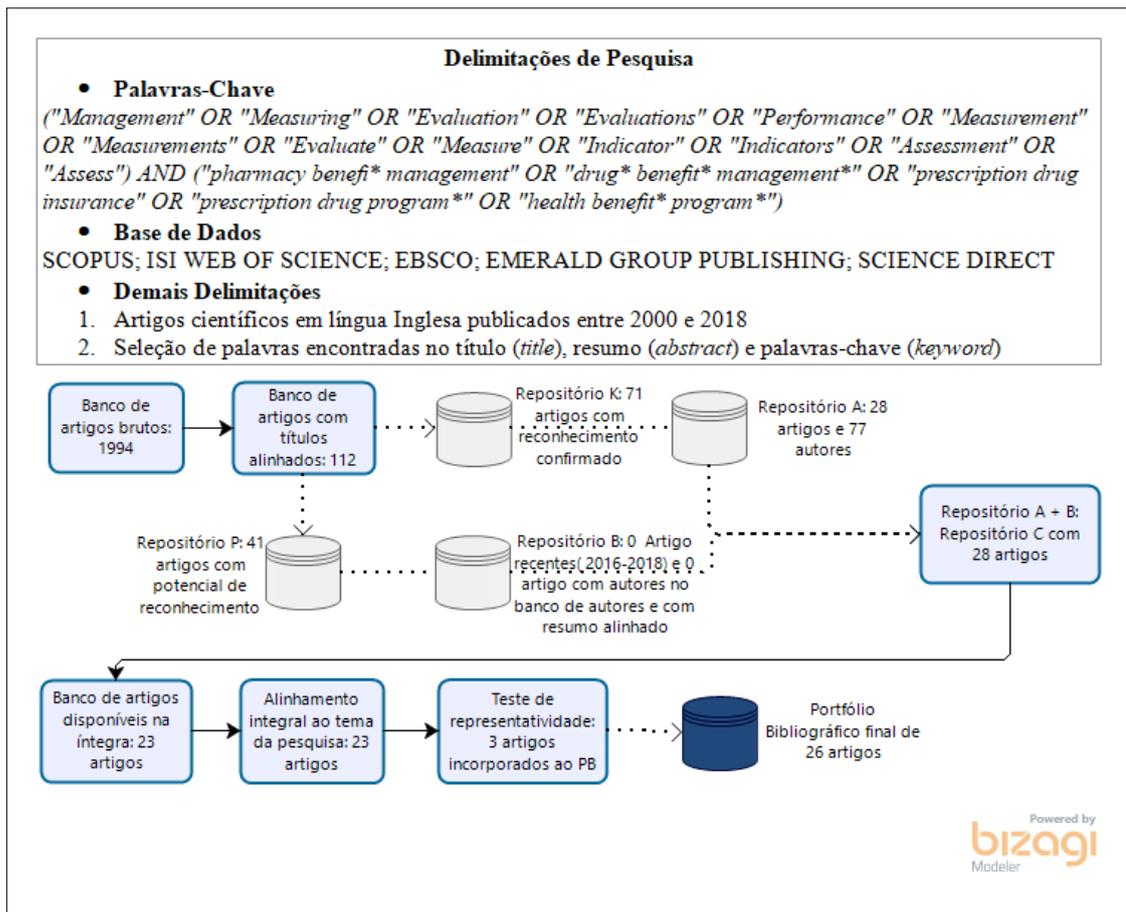
Figura 3 - Retorno de artigos nas bases de dados



Fonte: Autor da pesquisa.

Estes artigos foram então exportados das bases de dados para o software *ENDNOTE*, onde foi realizado o processo de filtragem do banco de artigos brutos. A Figura 4 ilustra, resumidamente, as etapas do processo para seleção dos artigos do PB.

Figura 4 - Etapas para seleção do PB



Fonte: Autor da pesquisa.

Na filtragem do banco de artigos brutos foram excluídos, primeiramente, os artigos duplicados que foram exportados pelas bases de dados. Dos 1994 artigos, foram excluídos 381 artigos, sobrando 1613 artigos não duplicados. Feito isto, foram lidos os títulos destes artigos, selecionando 112 artigos não duplicados e com títulos alinhados ao tema da pesquisa. Estes 112 foram exportados para uma planilha no EXCEL, a fim de determinar o número de citações de cada artigo e sua participação em %. O número de citações foi determinado por meio da busca de citações do Google Scholar. Como o número de citações destes artigos eram baixo, foi necessário a leitura de todos os resumos dos artigos com pelo menos uma citação, 71 artigos, e considera-los para o repositório K. Os 41 artigos remanescentes com representatividade abaixo do desejado foram colocados no repositório P. Na etapa seguinte, fez-se a leitura dos resumos dos 71 artigos do repositório K e elaborado o repositório A, no qual fazem parte os artigos com representatividade, título e resumo alinhados, totalizando 28 artigos. A partir dos 28 artigos do repositório A, foi criado um banco composto de 77 autores.

Na próxima seguinte, foi elaborado repositório B, a partir do repositório P, ou seja, formado pelos artigos sem representatividade, buscando selecionar os artigos ditos recentes (publicados entre 2016 e 2018). A partir destes artigos recentes, foi feita a leitura de seus respectivos resumos, pois pode ter ocorrido de não terem tido reconhecimento científico por serem muito recentes e, portanto, sem citações. Já com os artigos com data de publicação anterior a 2016, foi analisado se seus autores estavam no banco de dados dos autores do repositório A, e, caso estivessem, procederia a leitura de seus resumos, a fim de analisar seu alinhamento com o tema. Dos artigos recentes, nenhum deles tinha seu resumo alinhado ao tema. Já os artigos anteriores a 2016, apenas 1 deles tinha autores presentes no banco de autores, entretanto, este artigo também não estava alinhado ao tema da pesquisa. Assim, foi composto o repositório B com 0 artigo selecionado. Dessa maneira, o repositório C, formado pela soma dos artigos A e B, foi composto por 28 artigos.

Na etapa seguinte analisou-se a disponibilidade e alinhamento integral dos artigos do repositório C. Dos 28 artigos, apenas 23 estavam disponíveis para download e leitura integral. Destes 23 artigos, todos eles estavam alinhados ao tema “Avaliação de Desempenho de Programas Privados de Benefícios de Medicamentos”.

Como última etapa da seleção do PB, procedeu-se a realização do teste de representatividade, o qual consistiu na busca por artigos relevantes e alinhados ao tema nas referências dos artigos do PB. Estes artigos poderiam estar em outra base de dados fora da delimitação inicial, ou simplesmente terem sido excluídos durante as etapas de filtragem do banco de artigos bruto. Assim, é possível fazer uma última varredura na busca por artigos relevantes e alinhados ao tema da pesquisa. No teste de representatividade, foi analisado os títulos dos artigos presentes nas referências do PB, com as mesmas delimitações da seleção dos artigos do PB, ou seja, apenas artigos científicos em língua inglesa com publicação entre 2000 e 2018. Com isso, os títulos julgados como alinhados com o tema foram selecionados, totalizando 22 títulos alinhados. Como o teste de representatividade segue o mesmo padrão de seleção de artigos do PB, o próximo passo foi o corte dos artigos para leitura de resumo pelo número de citações, que no caso do PB foram todos os artigos com pelo menos uma citação. Dos 22 títulos alinhados, apenas 11 tinham consulta de citações e resumos disponíveis, então estes 11 resumos foram lidos. A partir dessa leitura, 3 artigos tinham resumo alinhados e forma selecionados para leitura integral. Após essa etapa foi feita a leitura integral dos artigos e verificado a disponibilidade dos artigos. Com isso, estes 3 artigos foram selecionados e integrados ao PB final.

Assim, o PB final foi composto de um total de 26 artigos, que estão detalhados no Quadro 9.

Quadro 9 - Artigos do PB final

Autor(es)	Título	Ano	Journal
M. M. Sales, F. E. Cunningham, P. A. Glassman, M. A. Valentino and C. B. Good	Pharmacy Benefits Management in the Veterans Health Administration: 1995 to 2003	2005	American Journal of Managed Care
B. M. Olson	Approaches to pharmacy benefit management and the impact of consumer cost sharing	2003	Clinical Therapeutics
N. Daniels, J. R. Teagarden and J. E. Sabin	An Ethical Template For Pharmacy Benefits	2003	Health Affairs
W. H. Shrank, S. A. Fox, A. Kirk, S. L. Ettner, C. H. Cantrell, P. Glassman and S. M. Asch	The effect of pharmacy benefit design on patient-physician communication about costs	2006	Journal of General Internal Medicine
Ø. John, A. S. Magna, C. Jan, G. Helena, H. Johan, K. Christina, L. Susana, M. Pamela, T. Sara and B. Mats	Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: Lessons from a comparison of 12 cases	2012	Journal of Health Organization and Management
S. L. Burton, L. Randel, K. Titlow and E. J. Emanuel	The ethics of pharmaceutical benefit management	2001	Health Affairs
B. Lo and A. Alpers	Uses and abuses of prescription drug information in pharmacy benefits management programs	2000	(continuação) Journal of the American Medical Association

R. I. Garis, B. E. Clark, M. V. Siracuse and M. C. Makoid	Examining the value of pharmacy benefit management companies	2004	American Journal of Health-System Pharmacy
P. M. Danzon	Pharmaceutical benefit management: An alternative approach	2000	Health Affairs
P. Fronstin	Implications of health reform for retiree health benefits	2010	EBRI issue brief / Employee Benefit Research Institute
R. I. Garis and B. E. Clark	The spread: Pilot study of an undocumented source of pharmacy benefit manager revenue	2004	Journal of the American Pharmacists Association
D. Bergman, J. Hoadley, N. Kaye, J. Crowley and M. Hostetter	Using clinical evidence to manage pharmacy benefits: experiences of six states	2006	Issuebrief (Commonwealth Fund)
V. V. Goff	Pharmacy benefits: new concepts in plan design	2002	NHPF issue brief / National Health Policy Forum, George Washington University
C. Harten and P. Ballantyne	The impact of cost-sharing within Canadian provincial drug benefit programs: A review	2004	Journal of Pharmaceutical Finance, Economics and Policy
M. Meador	Squeezing the middleman: ending underhanded dealing in the pharmacy benefit management industry through regulation	2011	Annals of health law / Loyola University Chicago, School of Law, Institute for Health Law

J. R. Teagarden, W. B. Dreitlein, H. Kourlas and L. Nichols	Influence of pharmacy benefit practices on off-label dispensing of drugs in the United States	2012	Clinical Pharmacology and Therapeutics
K. Ridderhoff and D. Remund	The department of defense pharmacy benefit management program	2005	Military Medicine
S. L. Aspinall, M. M. Sales, C. B. Good, V. Calabrese, P. A. Glassman, M. Burk, V. R. Moore, M. M. Neuhauser, L. Golterman, H. Ourth, M. A. Valentino and F. E. Cunningham	Pharmacy benefits management in the veterans health administration revisited: A decade of advancements, 2004-2014	2016	Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy
A. Lyles	Pharmacy Benefit Management Companies: Do They Create Value in the US Healthcare System?	2017	Pharmacoeconomics
J. Cohen and J. Chee	Pharmacy benefit managers and medicare beneficiary access to prescription drugs	2001	Drug Information Journal
P. M., Danzon	Pharmacy Benefit Management: Are Reporting Requirements Pro- or Anticompetitive?	2015	International Journal of the Economics of Business
T. R. Hermanowski, A. K. Drozdowska and M. Kowalczyk	Institutional framework for integrated pharmaceutical benefits management: Results from a systematic review	2015	International Journal of Integrated Care
R. F. Atlas	Wrangling prescription drug benefits: A conversation	2005	Health Affairs

	with express scripts' Barrett toan		
Schneeweiss, S., Maclure, M., Walker, A. M., Grootendorst, P., and Soumerai, S. B.	On the evaluation of drug benefits policy changes with longitudinal claims data: the policy maker's versus the clinician's perspective.	2001	Health Policy
Doherty, R. B.	Assessing the new Medicare prescription drug law.	2004	Annalsofinternal medicine
Oliver, T. R., Lee, P. R., and Lipton, H. L.	A political history of Medicare and prescription drug coverage.	2004	The MilbankQuarterly

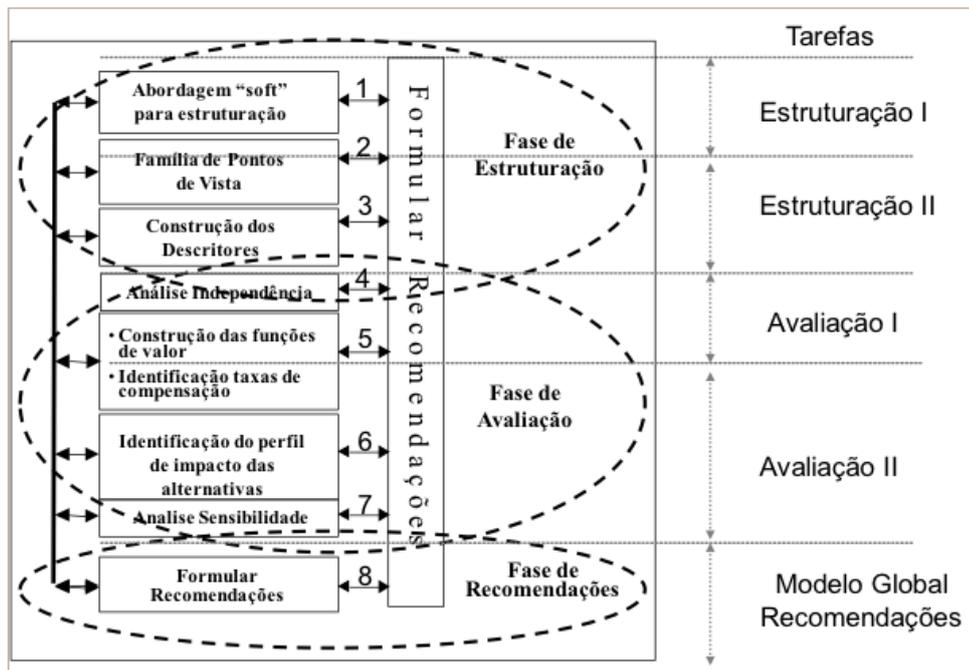
Fonte: Autor da Pesquisa.

3.3 Instrumento de intervenção - Metodologia Multicritério Construtivista (MCDA-c)

O método utilizado está consolidado há mais de duas décadas como um instrumento capaz de avaliar de forma construtiva o desempenho de processos com apoio à decisão. Para gestão do alcance dos objetivos nos programas de gerenciamento de benefícios, será relacionada a avaliação do desempenho como instrumento de intervenção metodológica capaz de buscar através de seus descritores, uma tomada de decisão construtivista, sempre associados a fatores ligados ao desempenho (BORTOLUZZI et al., 2011).

Para Bana e Costa, Ensslin, Corrêa e Vansnick (1999) no processo de aplicação da metodologia MCDA-C como instrumento de AD utiliza-se três fases: (i) estruturação, (ii) avaliação e (iii) recomendações, como pode-se observar na Figura 5. No entanto, o presente trabalho somente abordará a Fase de Estruturação e a Fase de Recomendações.

Figura 5 - Metodologia MCDA-C e suas fases



Fonte: Ensslin, L.; Montibeller, G.; Noronha, S. (2001).

A seguir será apresentado as três fases que compreendem a metodologia MCDA-C.

3.3.1 Fase de Estruturação

A fase de estruturação é constituída por três etapas: abordagem soft para estruturação; famílias dos pontos de vista e construção dos descritores. Na abordagem soft para estruturação ou contextualização é realizado a construção do ambiente, atores e rótulos, tudo isto é feito por meio de entrevistas semiestruturadas com o decisor, de formas que seja especificado o ambiente que se insere o contexto e suas fronteiras, seguindo –se as explicitações dos atores.

Em seguida a metodologia MCDA-C recomenda identificar os elementos primários de avaliação EPA's, considerando traçar assim a direção para cada ação, segundo (ÉDEN; ACKERMANN, 1992), por meio de um polo psicológico oposto os elementos primários são denominados e formados como conceito. Essa evolução ocorre de forma definida pela figura do decisor, que orienta os pontos mais representativos para assim serem criados os conceitos. Seguindo a definição dos EPA's, o decisor avalia os graus identificando os desempenhos que podem ser desde o melhor possível, desempenhos bons, desempenho ruim ou até o pior possível (aceitável), podendo ser também considerado a performance atual.

Na família de Ponto de Vista Fundamental, os conceitos se equivalem a áreas estratégicas, estes são agrupados em Áreas de Preocupação, assim se permite reunir conceitos, ordená-los por contexto e no olhar do decisor é possível avaliar cada área (BANA E COSTA et al., 1999; ENSSLIN; DUTRA; ENSSLIN, 2000). Assim cada área tem sua nomenclatura definida como principal agrupamento definido pelo decisor, potencializando os conceitos para posteriormente ser possível avaliar o desempenho de cada nome conceito criado pelo decisor para tornar a melhor descrição possível das áreas de preocupação.

Para a continuidade da construção do modelo, cada área de preocupação é convertida para uma estrutura hierárquica de valor, que permite iniciar testes de mensuração, para isto muitos *clusters* devem ser desmembrados para obterem grau prioritário localizado na parte superior no seu posicionamento. Cada novo cluster criado deve obter uma estrutura hierárquica denominada Ponto de Vista Fundamental. Em seguida para ampliação e organização do estudo na visão dos decisores, são construídos os Mapas cognitivos, os respectivos *clusters e subclusters*.

Os subclusters sofrem transformação para contribuir com as propriedades dos clusters, com esta transformação a equivalência ocorre aos PVF, passando pela denominação de Pontos de Vistas Elementares (PVEs). Nesta fase seguindo os PVE passam para a representatividade desejável onde pode ser possível mensurar os pontos.

Esta mensuração interage com o decisor, que possibilita indicar os Níveis de Referência, ou Âncoras, chamados de Nível bom representando uma performance acima do desejado pelo decisor. Para Roy (2005), esta performance se julga como excelente, o Nível Neutro está localizado na parte intermediária da avaliação, já a abaixo de ponto se concentra o Nível Comprometedor, sendo a parte crítica da avaliação.

O método MACBETH consiste em atrair o decisor para potencializar duas possibilidades de escala a e b (a mais atrativa que b), nesta linha uma escala ordinal com aproximadamente sete bases propostas de forma semântica com intervalo a priori, torna o decisor possível para avançar nas escalas que podem ser: extrema, muito forte, forte, moderada, fraca, muito fraca e nula. Na etapa seguinte estas escalas são estabelecidas por níveis de ancoragem que podem ser: Bom (100) e Neutro (0), tornando as Escalas de Intervalos Ancorada (BORTOLUZZI et al., 2011).

Para ser apresentado as escalas ordinais, o modelo segue a avaliação do desempenho das características identificadas pelo decisor com os níveis de desempenho adequadas nos níveis de excelência, neutro e comprometedor. Na sequência é identificado o Status quo de cada descritor.

3.3.2 Fase de Avaliação

O principal objetivo desta fase é a transformação do modelo qualitativo construído em um modelo quantitativo. Essa transformação é necessária porque as escalas ordinais não são consideradas escalas numéricas, ou seja, não pertencem ao conjunto dos números reais (ENSSLIN *et al.*, 2010).

A operacionalização desta fase inicia com a transformação da escala ordinal em cardinal (Função de Valor). Essa transformação ocorre por meio da identificação da diferença de atratividade entre seus níveis; na sequência, são estabelecidos os níveis de referência de cada escala: o nível Neutro equivale a zero ponto; o nível Bom equivale a 100 pontos; e, finalmente, a unidade de medida da escala. Nesse momento, obtêm-se os critérios (indicadores) do modelo de AD. Na sequência, para assegurar a exequibilidade da integração dos critérios, estes necessitam ser testados quanto à independência preferencial cardinal. Essa análise é necessária, pois a metodologia MCDA-C utiliza modelos de Agregação Aditiva, compostos pela soma de critérios para mensurar o desempenho. Para se proceder à Agregação Aditiva, Taxas de Compensação precisam ser determinadas (ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001).

As Taxas de Compensação têm como finalidade informar a contribuição de cada critério, quando o desempenho de uma alternativa passa do nível Neutro para o nível Bom. Com base nas taxas de compensação de cada critério, pode-se construir uma equação que permitirá fazer uma avaliação global do contexto avaliado (ENSSLIN *et al.*, 2017).

Vale salientar que essa fase não será realizada no presente trabalho que tem como objetivo a Estruturação de um modelo de AD para apoiar a Gestão dos PBMs.

3.3.3 Fase de Recomendações

A partir desta identificação é possível utilizar estas informações para traçar ações ou estratégias que possam melhorar o desempenho dos descritores que se encontram em nível comprometedor (BORTOLUZZI, 2009).

Com base na identificação do *Status quo* dos indicadores, surge a necessidade de propor ações que possam influenciar positivamente o desempenho do contexto em estudo. As informações geradas possam subsidiar a atividade de gestão, criando alternativas e identificando seus possíveis impactos. Assim, por meio das ações de aperfeiçoamento, o contexto problemático que retrata o *Status quo* comprometedor passa a ser identificado como campo de oportunidade (ENSSLIN *et al.*, 2017).

4 ESTUDO DE CASO – CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

O objetivo da presente seção é apresentar a construção do modelo de AD para apoiar a gestão do alcance dos objetivos dos Programas de Benefícios (PBM's) na perspectiva social no Estado de Santa Catarina. Essa construção foi possível a partir das informações levantadas pelo decisor do modelo.

A construção do modelo será apresentada em duas seções de acordo com as Fases que contemplam a metodologia MCDA-C, a saber: (i) Fase de Estruturação; (ii) Fase de Recomendações.

4.1 Fase de Estruturação

O objetivo da fase de estruturação é dar suporte ao decisor quanto a organização, identificação e clareza de elementos desorganizados que surgem no decorrer do processo decisório. Esses elementos tratam-se de objetivos, preocupações e elementos que fazem parte do processo de decisão do contexto avaliado. A fase de estruturação contempla desse modo as seguintes etapas: (i) contextualização do ambiente decisório, (ii) determinação dos pontos de vista fundamentais e (iii) construção dos descritores (BANA E COSTA, 1993; ENSSLIN, MONTIBELLER; NORONHA, 2001).

4.1.1 Contextualização

Proporcionar o acesso a saúde para a população é um direito que está escrito na Constituição brasileira. Além de ser um dever do Estado gerir este acesso, o poder público por meio de ações políticas deve aprimorar, instituir, formular, implantar, corrigir e organizar de forma democrática e constante este serviço, realizando a promoção de medicamentos de maneira igualitária, atingindo farmácias de todos os portes e regiões. No entanto, as demandas são tantas que o governo delimita as suas atuações principalmente no que se refere a distribuição de medicamentos. Consequência desta limitação é que a população mais necessitada não tem condições de comprar certos tipos de medicamentos que são vitais para a sua saúde e sobrevivência. Deixar as classes mais necessitadas em falta destes medicamentos os deixa em uma situação agravante, podendo até mesmo levá-las a óbito.

Além disso, muitas farmácias pequenas pelo Estado não possuem cadastro de descontos com indústrias farmacêuticas, o que acaba desfavorecendo a sua competitividade. A explicação está no desinteresse por parte das indústrias pela distância dessas farmácias a grandes centros, não sendo consideradas assim pontos estratégicos para as indústrias. Assim, além das cidades perderem vendas, estas obrigam parte dos clientes (pacientes) a se dirigirem a grandes centros para comprar em redes de farmácias maiores que ofereçam descontos enquanto pacientes que moram em áreas distantes e não tem condições de se deslocarem a grandes centros acabam ficando sem acesso aos PBM's.

A situação causadora pode ser melhor entendida por meio da construção de um modelo de avaliação dos PBM's, um instrumento que permita p evidenciar e mensurar as vulnerabilidades do processo de distribuição de medicamentos, na perspectiva da sociedade. Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho é construir um modelo que propicie o conhecimento necessário e suficiente para apoiar a gestão dos PBMs, Programas de Gerenciamento de Benefícios, na perspectiva da sociedade. O estudo se propõe a sugerir mecanismos para suprir esta necessidade, a fim de melhorar a distribuição de medicamentos as classes desfavorecidas financeiramente sem deixar de atender aos reais necessitados.

Por se tratar de um problema complexo envolvendo múltiplos atores com interesses conflitantes, e variáveis mal definidas e difusas, e com entendimento parcial de suas consequências, será utilizada a metodologia MCDA-C por sua vocação de construir conhecimento em contextos com este perfil (ENSSLIN, MONTIBELLER; NORONHA, 2001).

Conhecido o problema e a necessidade da construção de um modelo que auxiliar o processo de decisão, a metodologia MCDA-C estabelece a necessidade de identificar os autores envolvidos no contexto, conforme apresentado na Figura 6.

Figura 6 - Atores envolvidos no contexto decisório

<i>Stakeholders</i>	Decisor	Valter Jobim
	Intervenientes	Indústrias Farmacêuticas
	Facilitadores	Valter Jobim monitorado pelo Doutor Leonardo Ensslin
Agidos		Farmácias
		Governo de Santa Catarina
		Usuários de medicamentos

Fonte: Autor da Pesquisa.

Estabelecido os atores, o próximo passo é a explicitação de qual problema se propõe apoiar, etapa denominada como “rótulo”. O rótulo representa o enunciado do problema e tem como finalidade estabelecer o que é o problema, quais suas fronteiras, qual sua amplitude e o que afeta, quais os recursos humanos e materiais afetados e quais resultados finais serão afetados (ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001). No presente trabalho, o rótulo ficou estabelecido como:

Gestão do alcance dos objetivos dos Programas de Gerenciamento de Benefícios (PBM's) na perspectiva social.

Feita a identificação e contextualização do problema, inicia-se a próxima etapa do modelo que é a construção da Árvore de Pontos de Vista.

4.1.2 Árvore de Pontos de Vista

A construção da árvore de Pontos de Vista, que representa uma evolução do conhecimento do decisor a respeito do contexto avaliado se inicia por meio da identificação dos Elementos Primários de Avaliação (EPAS). Os EPAs representam as informações iniciais do problema do decisor, ou seja, as preocupações, desejos e motivações do decisor frente ao contexto decisório (ENSSLIN; DUTRA; ENSSLIN, 2000; ZAMCOPÉ, 2012). A identificação dos EPAS foi realizada mediante entrevistas estruturadas com o decisor, onde este foi motivado a explicar sobre o seu contexto de gestão. A partir desse processo foram identificados

inicialmente 33 EPAs. Por se tratar de um modelo construtivista, o decisor depois de revisar os elementos juntamente com o facilitador identificou que 3 EPAs (5, 8, 22) e os respectivos conceitos (5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 8, 12b, 22) não estavam aderentes ao modelo e portanto foram excluídos, restando assim 30 EPAs que são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - EPAS identificados

EPAS identificados	
1- Descontos de medicamentos	18- Convenio entre farmácias e PBM's
2- Priorização de classes sociais	19- Comunicação entre Estado e Indústria
3- Priorização de atendimento	20- Compra e distribuição de medicamentos
4- Priorização de patologias	21- Classes terapêuticas
6- Parcerias com fornecedores	23- Cadastro no programa
7- Necessidade de medicamentos	24- Cadastro dos municípios
9- Integração PBM's público x privado	25- Avaliação dos tratamentos
10- Informações sobre os PBM's	26- aliação dos PBM's
11- Gestão dos PBM's pelo Governo	27- Avaliação das prescrições de medicamentos
12- Gerenciamento dos medicamentos	28- Atendimento das necessidades dos consumidores
13- Facilidade de cadastramento	29- Ampliação dos PBM's
14- Expansão dos PBM's	30- Acesso aos tratamentos
15- Divulgação do PBM's	31- Acesso ao sistema dos PBM's
16- Distribuição de medicamentos	32- Abrangência dos PBM's
17- Deslocamento de pacientes	33- Entrega de medicamentos

Fonte: Autor da Pesquisa.

Após a identificação dos 30 EPAs, foram identificados os respectivos conceitos. Os conceitos representam o objetivo do decisor associado a cada EPA, demonstrando o sentido de preferência (polo presente) e o polo psicológico oposto, ou seja, o desempenho mínimo aceitável em relação ao objetivo (LACERDA; ENSSLIN, ENSSLIN, 2011).

Dada a necessidade de expandir o conhecimento do decisor a respeito de cada um dos 30 EPAs listados no Quadro 7, estes foram desmembrados em 53 conceitos. Em seguida, foram estabelecidos para cada conceito o polo presente e oposto, este que é representado pelas reticências (...) e que devem ser lidas como “ao invés de” (ENSSLIN; DUTRA; ENSSLIN, 2000). Vale salientar que por se tratar de um processo que visa a expansão do conhecimento do

consumidor, um EPA pode dar origem a vários conceitos. O Quadro 8 apresenta alguns dos conceitos para os respectivos EPAs. Os demais conceitos estão listados no Apêndice A

Quadro 8 - Conceitos construídos a partir dos EPAs

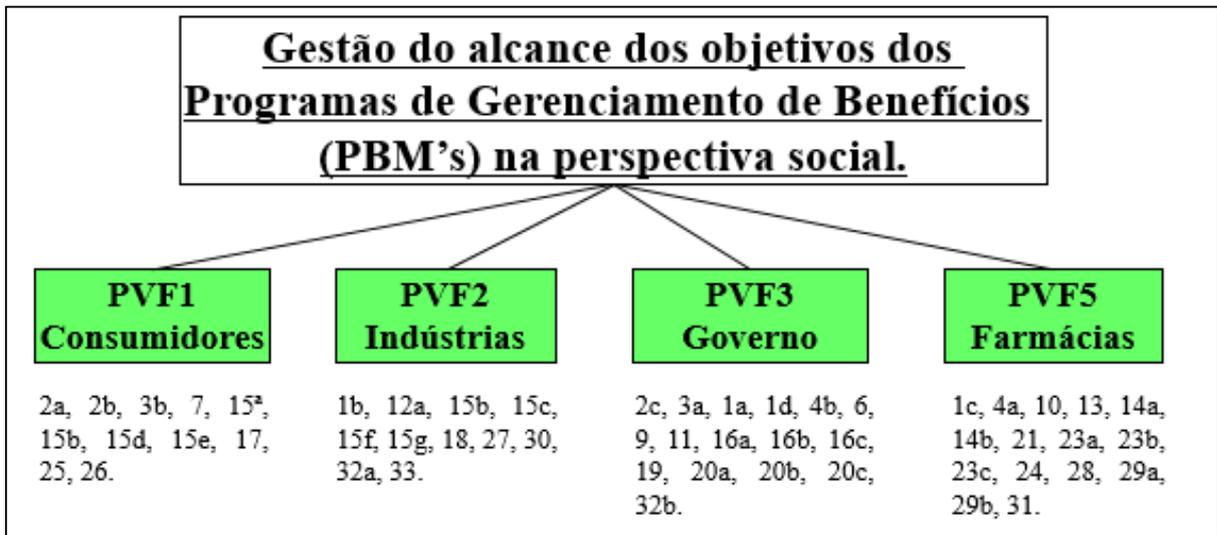
EPAs	Conceito (Polo Presente...Polo Oposto)
1- Descontos de medicamentos	1a- Permitir descontos em função da necessidade do usuário... Ter descontos uniformes para todos
	1b- Ter alto número de medicamentos com descontos...Deixar de oferecer aos pacientes medicamentos mais acessíveis.
	1c-Ter desconto em todas as fases do tratamento... Restringir os descontos ao início do tratamento
	1d-Oferecer descontos para tratamentos caros e prolongados... Deixar as pessoas que necessitem destes tipos de tratamentos desassistidas
2- Priorização de classes sociais	2a- Ter PBM's voltados para classes médias e altas... Ter mecanismos de avaliação da renda para oportunizar bons medicamentos por meio dos PBM's
	2b- Garantir que os medicamentos lançados estejam ao alcance das classes desfavorecidas... Restringir as terapias de última geração aos pacientes com maior poder aquisitivo
	2c- Ter preços diferenciados para pessoas de baixa renda... Favorecer as pessoas de classe alta
3-Priorização de atendimento	3a- Garantir praticidade para incluir e beneficiar idosos... Ter tratamento na geração de ofertas igualitário entre as faixas etárias
	3b- Ter critérios para priorizar pacientes... Ter pacientes necessitados sem acesso aos medicamentos
4-Priorização de patologias	4a- Identificar patologias prioritárias...Deixar de ofertar medicamentos fundamentais para doenças graves
	4b- Assegurar que o governo tenha em conta a gravidade da patologia... Permitir que as pessoas mais debilitadas tenham seu quadro de saúde agravado em decorrência da falta de medicamentos

Fonte: Autor da Pesquisa.

Após a construção dos conceitos, devido a sua similaridade, foi possível distribuí-los em grandes áreas de preocupação, também denominado como Pontos de Vistas Fundamentais (PVF's).

Essa distribuição foi realizada mediante a interação do facilitador com o decisor, onde agrupou-se os conceitos em 4 PVF's, são eles: PVF1- "Consumidor", PVF2 'Indústrias", VF3 "Governo" e PVF4 "Farmácias". A Figura 7 apresenta os PVF's e os seus respectivos conceitos.

Figura 7- PVF's e conceitos



Fonte: Autor da Pesquisa.

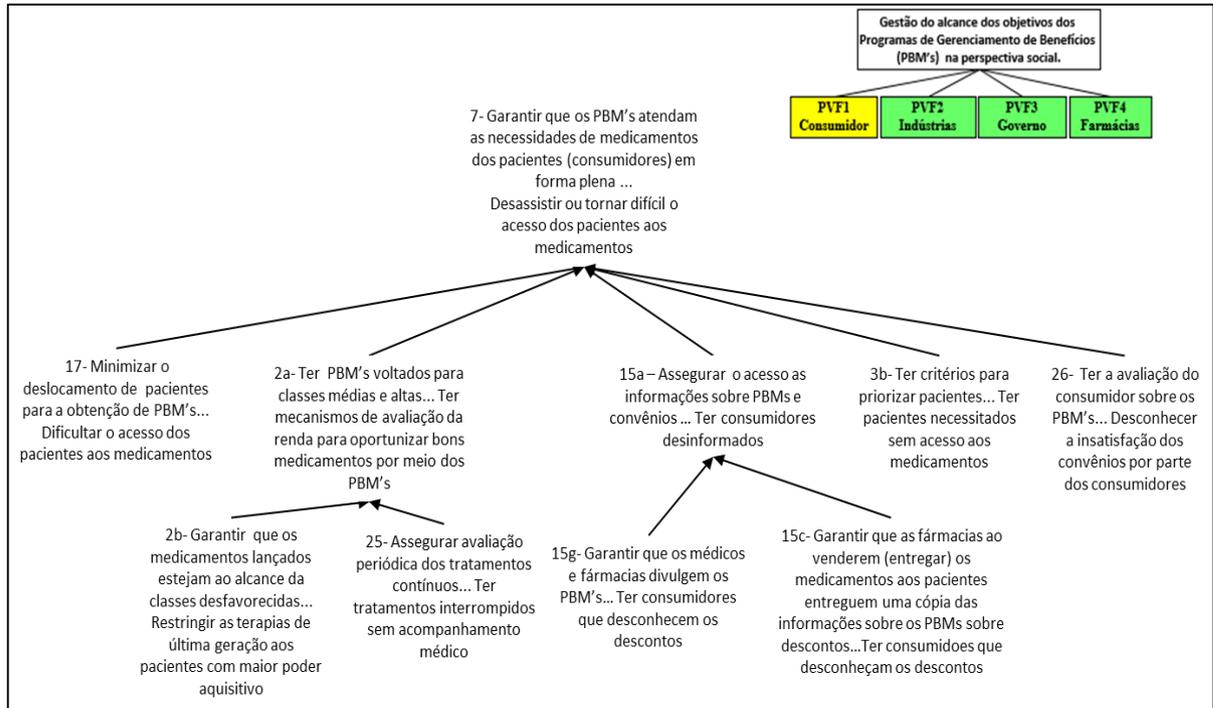
Definidas as áreas de preocupação a próxima etapa da metodologia MCDA-C consistiu em hierarquizar e organizar os conceitos de acordo suas relações de influência, ou seja, os mapas cognitivos (ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001). A partir dos mapas são identificados os clusters e subclusters, o que dará origem a identificação da Estrutura Hierárquica de Valor (EHV) e posteriormente facilitará a identificação dos critérios de avaliação necessários e suficientes para avaliar a gestão dos PBM's de acordo com a percepção do decisor

4.1.3 Construção dos descritores

Com base na elaboração dos mapas cognitivos foi possível expandir o entendimento do decisor de cada área de preocupação, de modo que foram identificados os conceitos meios aos conceitos fins (conceitos estratégicos), o que possibilitou a identificação dos critérios a serem mensurados (LACERDA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2011). A Figura 8 apresenta o mapa cognitivo

construído para o PVF1- “Consumidores”. Os mapas cognitivos para as outras 3 áreas de preocupação são apresentadas no Apêndice B.

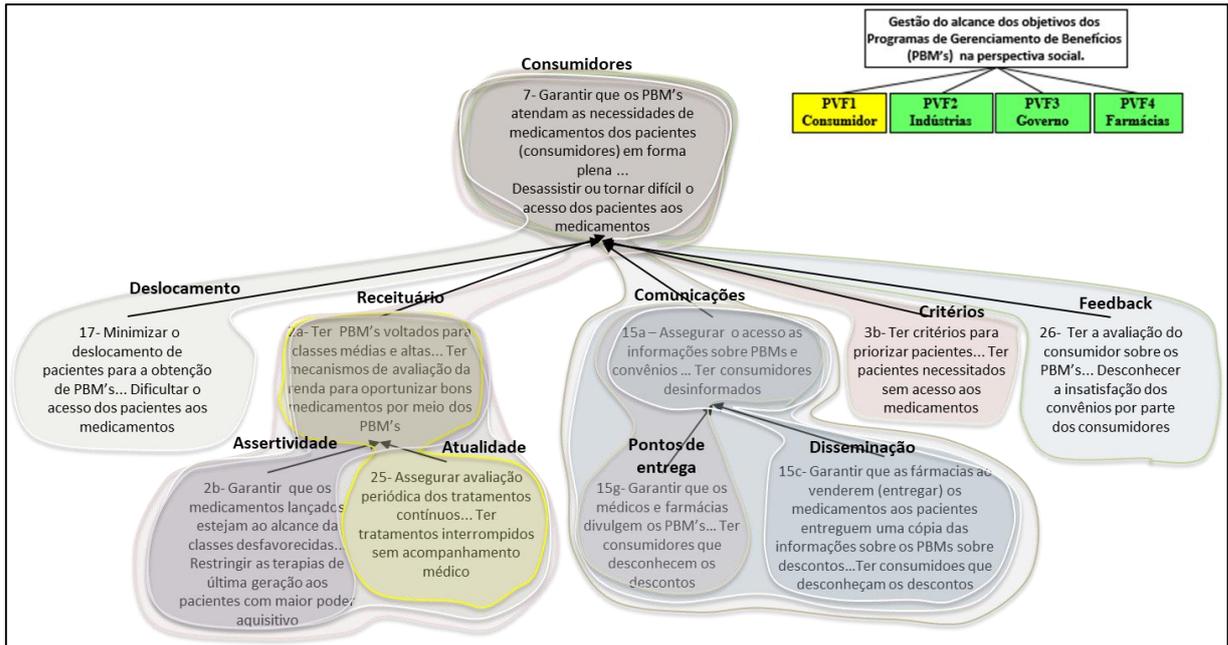
Figura 8- PVF1 "Consumidores"



Fonte: Autor da Pesquisa.

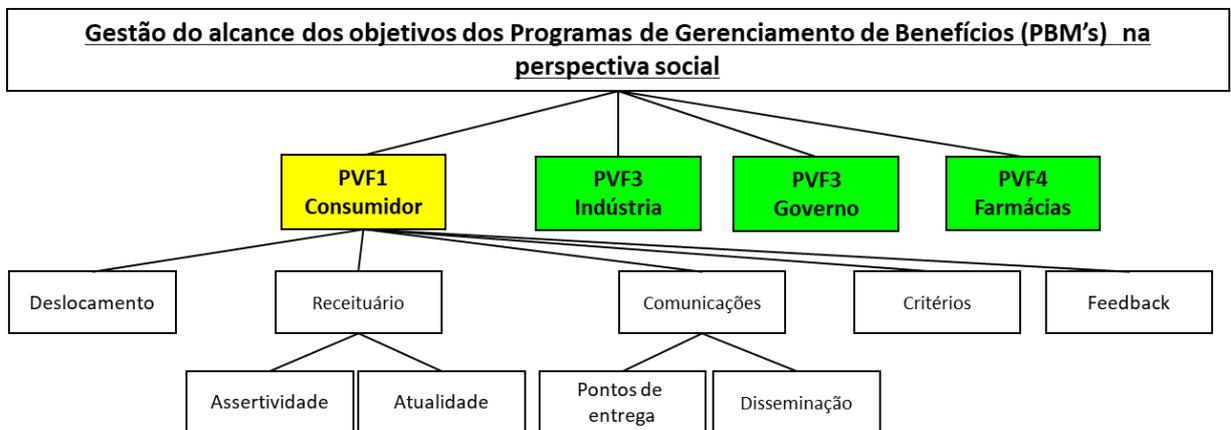
A partir dos mapas cognitivos foi possível identificar as linhas de argumentações que ligam os conceitos meios aos conceitos estratégicos. A associação dessas linhas constitui o que a metodologia MCDA-C denomina como *cluster* e *subclusters* (Figura 9). Nesse processo, de acordo com Keeney (1992) é importante que os *clusters* sejam testados para garantir que atendam algumas propriedades: sejam completos, operacionais, não redundantes e compreensíveis. Identificado a EHV é foi possível identificar a EHV do modelo de AD (Figura 10). Os *cluster* e *subcluster* das demais áreas de preocupação constam no Apêndice C, já a EHV do modelo é apresentada no Apêndice D.

Figura 9- Cluster e Subclusters para o PVF "Consumidores"



Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 10 – EHV para o PVF1 "Consumidor"



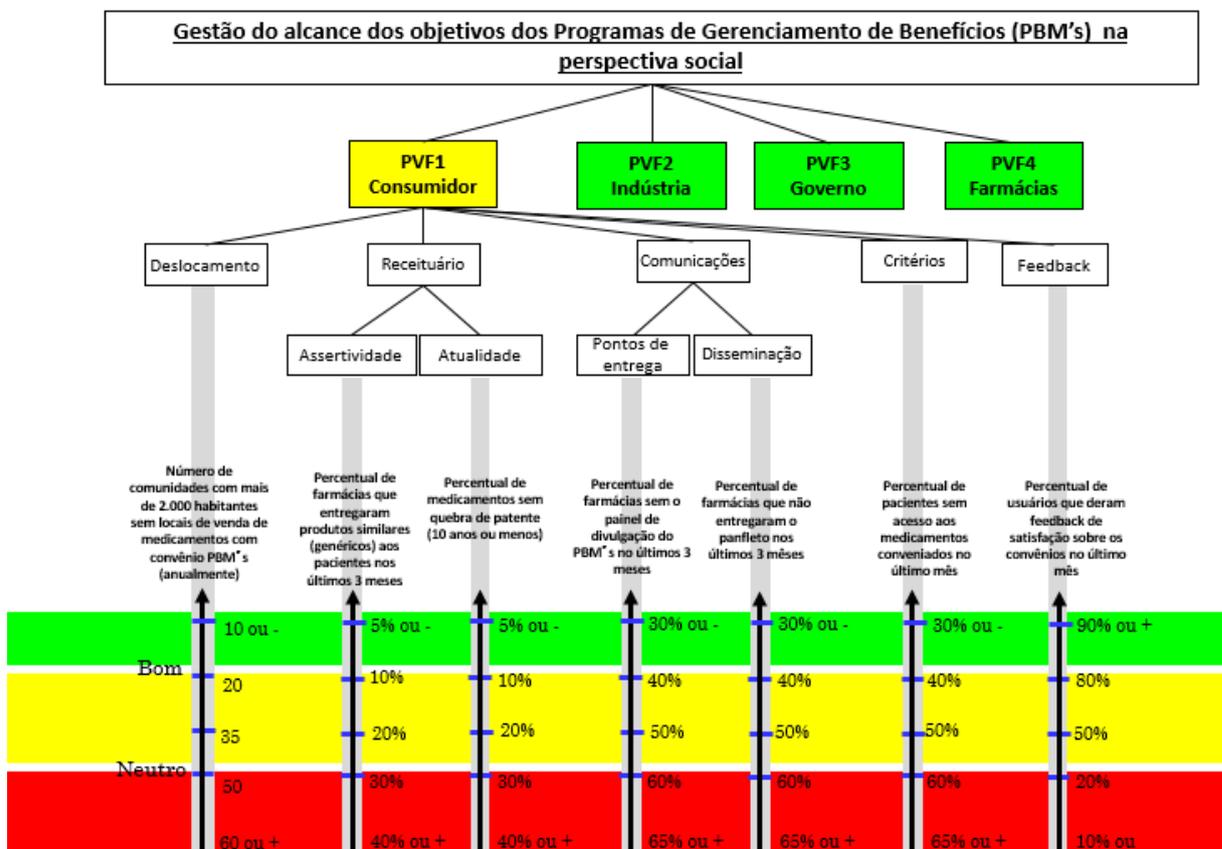
Fonte: Autor da Pesquisa.

Construído os mapas e estabelecidos suas respectivas relações meio-fim foi possível transportá-los para a EHV (Figura 10), onde, conforme determina a metodologia MCDA-C, passaram a ser chamados de Pontos de Vista Elementares (PVEs) e possibilitaram identificar os 7 critérios necessários e suficientes para mensurar a grande área de preocupação referente aos “Consumidores” no que se refere a gestão dos PBM’s na perspectiva social.

Estabelecidos os critérios a serem mensurados, a próxima etapa realizada foi a identificação, juntamente com o decisor, das escalas ordinais e os níveis de referência para (Bom e Neutro) que indicam a ordem de preferência do decisor (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Os estabelecimentos dos níveis de referência são necessários para que seja possível comparar o desempenho entre os descritores. Um desempenho acima do nível Bom, indica que o desempenho de excelência, ou seja, está acima das expectativas do decisor. Já um desempenho abaixo no nível Neutro, indica que o desempenho é comprometedor, abaixo das expectativas do decisor; e entre os níveis Neutro e Bom, indica que o desempenho equivale ao esperado (ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001). Os critérios e as escalas estabelecidas para os 7 descritores do PVF “Consumidores” são apresentados na Figura 11. Os descritores construídos para outros 3 PVF’s do modelo são apresentados no Apêndice D.

Figura 11 - Descritores do PVF1 "Consumidores"

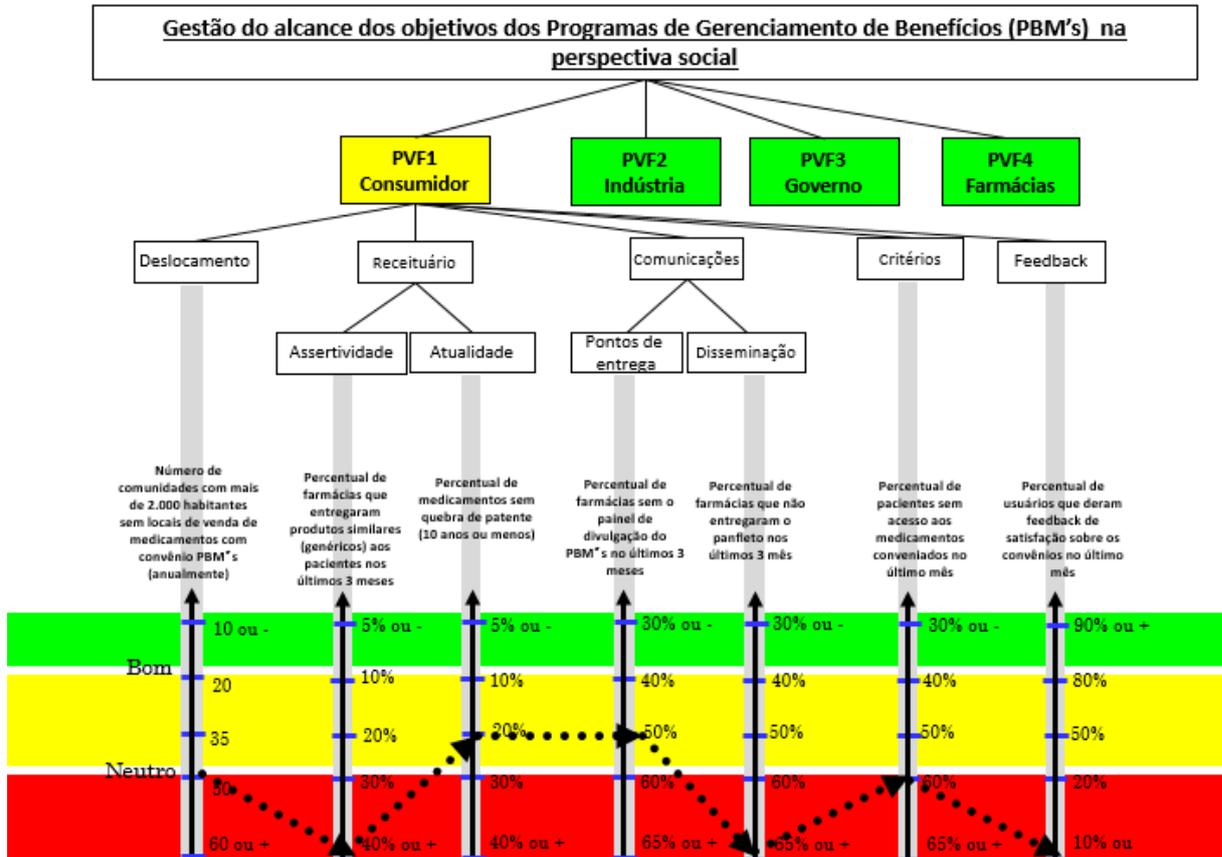


Fonte: Autor da Pesquisa.

Definido os critérios, as escalas e os níveis de referência foi traçado o perfil atual do desempenho de cada um dos 7 critérios. Posteriormente o decisor definiu o perfil da meta a ser alcançada por meio das fases de recomendação que serão propostas na seção 4.2. O Status quo

dos descritores é apresentado na Figura 12 (Para os demais PVF's devem ser consultados o Apêndice E).

Figura 12 - Status quo e perfil da meta do PVF1 "Consumidores"



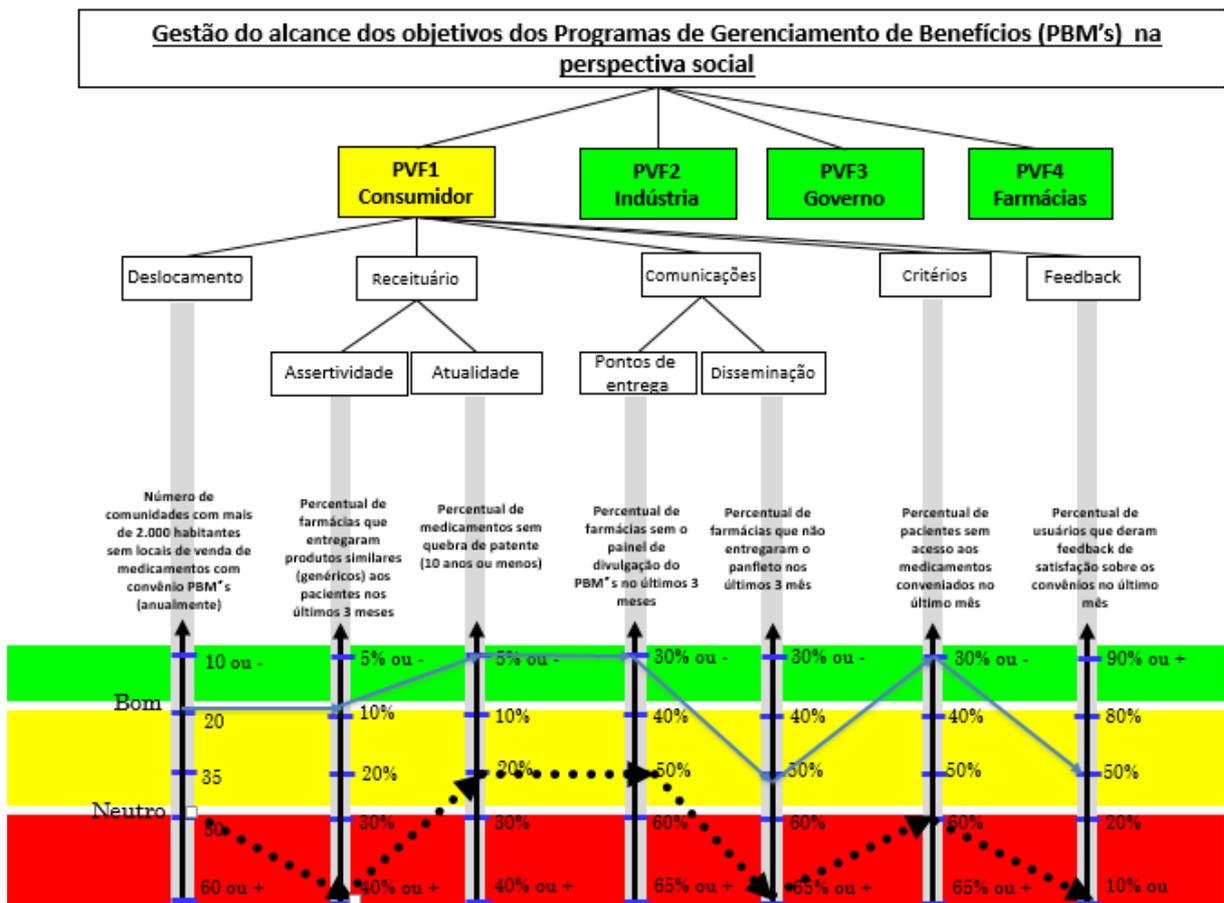
Fonte: Autor da Pesquisa.

A fase de estruturação possibilitou ao decisor identificar os fatores/aspectos necessários e suficientes para realizar a gestão dos PBM's, bem como identificar quais destes aspectos se encontram em nível comprometedor. Para o presente PVF "Consumidores" dois aspectos foram diagnosticados em nível aceitável, são eles: (i) Percentual de medicamentos sem quebra de patente (10 anos ou menos) e; (ii) Percentual de farmácias sem o painel de divulgação do PBM's nos últimos 3 meses. Já em nível comprometedor estão os aspectos: (i) Percentual de farmácias que entregaram produtos similares (genéricos) aos pacientes nos últimos meses, e; (ii) Percentual de pacientes sem acesso aos medicamentos conveniados nos últimos 3 meses. Observa-se dessa forma, a oportunidade de melhoria do desempenho deste PVF, uma vez que nenhum dos aspectos analisados encontra-se em nível de excelência. Esse é o objetivo da última fase do modelo "Fase de Recomendações" que será apresentada na próxima seção.

4.2 Fase de Recomendações

O objetivo desta fase é apresentar ações de aperfeiçoamento para apoiar o gestor no processo de gestão dos PBM's, alcançando assim nível superior de desempenho (nível bom e de excelência). Para os nove indicadores do modelo que atingiram nível comprometedor foram traçadas ações de melhoria. Com a implementação dessas ações, espera-se atingir a meta de desempenho definida pelo decisor e consequentemente seus objetivos estratégicos. O perfil da meta é representado por uma linha azul na Figura 13.

Figura 13- Meta de desempenho estabelecida para os descritores em nível comprometedor



Fonte: Autor da Pesquisa.

O Quadro 9 apresenta o plano de ação proposto para alcançar as metas estabelecidas baseado na ferramenta 5W2H.

Quadro 9 - Plano de Ação para os descritores em nível comprometedor

Pano de Ação							
PVF	Objetivo do descritor	O que	Onde	Quando	Como	Quem	Por que
Consumidores	Percentual de farmácias que entregaram produtos similares (genéricos) aos pacientes nos últimos 3 meses	Reduzir a troca do receituário de medicamentos mantendo a prescrição médica	Farmácias de SC	Dez/18	Aumentando os convênios e assim reduzir preços dos medicamentos	Indústrias	Porque com maiores convênios o nível de troca de receituário deverá sair no nível comprometedor (40% ou +) para a meta de 10%
Consumidores	Percentual de farmácias que não entregaram o panfleto nos últimos 3 meses	Aumentar a divulgação dos PBMs por meio de materiais impressos	Farmácias de SC	Dez/18	Mais visitas das indústrias fechando parcerias de convênios com as farmácias	Indústrias	Porque com maior divulgação os consumidores irão influenciar na redução do nível comprometedor de 65% ou + para a meta de 50%
Consumidores	Percentual de usuários que deram feedback de satisfação sobre os convênios no último mês	Aumentar as pesquisas de satisfação dos consumidores de medicamentos	Farmácias de SC	Mar/19	Realizando pesquisas nas farmácias	Indústrias	Porque com mais pesquisa de satisfação as melhorias serão implantadas e o nível de desempenho sairá do comprometedor (10% ou -) para a

							meta de 50%
Indústria	Tempo para cadastro de novas lojas nos últimos 6 meses	Determinar um período máximo de cadastro dos convênios de PBMs	Farmácias de SC	Out/18	Atendendo os pedidos de farmácias que possuem interesse em cadastrar suas lojas	Indústrias	Porque com prazo de cadastro será padronizado o tempo de implantação e reduzirá o nível comprometedor de 6 meses ou + para a meta de 1 mês
Indústria	Percentual de crescimento da abrangência dos PBM's no último ano	Determinar um percentual de abrangência dos PBMs como	Farmácias de SC	Dez/18	Realizando cadastros das lojas por regiões e abrangência	Indústrias	Porque com maior abrangência aumentará o nível de comprometedor (10% ou -) para a meta de 80%
Governo	Percentual de medicamentos sem bioequivalência distribuídos pelo governo entre os top 20 nos últimos 6 meses	Controlar a dispensação somente medicamentos eficazes nos PBMs	Farmácias de SC	Out/18	Maiores parcerias entre governo e indústrias	Indústrias e governo	Porque com medicamentos mais eficazes o nível de desempenho comprometedor (60% ou +) passará para a meta de 20%
Farmácias	Número de trocas de receituários realizadas nas farmácias por	Determinar um percentual mínimo de	Farmácias de SC	Out/18	Aumentando o cadastro de novas lojas	Indústrias	Porque com mais cadastro de PBM's a troca de

	falta de abrangência dos PBM's no último mês	abrangência dos PBMs para manter os receituários e igualar os preços					receituários sairá do nível comprometedor de 60% ou + para a meta de 10%
Farmácias	Percentual de farmácias beneficiadas com os sistemas PBM's que utilizam cartazes de divulgação nos últimos 3 meses	Desenvolver e executar a divulgação impressa e abrangência dos PBMs	Farmácias de SC	Dez/18	Colocando estrategicamente por local e região cartazes nas farmácias	Indústrias	Porque com maior divulgação impressa aumentará a abrangência do nível comprometedor 40% ou - para a meta de 70%
Farmácias	Número de pontos de venda que estão utilizando propagandas e divulgando os PBM's no canal digital nos últimos 3 meses	Desenvolver o canal digital como forma de informar mais e promover em escala maior os convênios com PBMs	Farmácias de SC	Dez/18	Por meio de sites e plataformas digitais de divulgação dos convênios e locais	Farmácias e indústrias	Porque divulgando ofertas aumentará a demanda dos convênios utilizando o canal digital, saindo assim do nível comprometedor de 10% ou - para a meta de 90%

Fonte: Autor da Pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos trabalhos analisados e similares ao deste portfólio, verificou-se que a pesquisa avança, no sentido de enquadramento ao cenário local onde contribui com exemplos apresentados em trabalhos citados.

O problema de pesquisa, obteve resolução ao ser analisadas os perfis dos descritores, cruzados aos pontos de vistas fundamentais, onde as respectivas avaliações dos níveis comprometedores ilustram os pontos a serem discutidos e avançados em pesquisas futuras.

Esta dissertação teve como objetivo geral Estruturar um modelo de avaliação de desempenho para apoiar a Gestão de Programas de Benefícios de Medicamentos (PBMs) na perspectiva social, assim foi possível, aprofundar e expandir na visão do decisor a criação de descritores mensuráveis e avalia-los para elucidar ao leitor os pontos passíveis de melhorias deste modelo, sendo eles: maior abrangência dos programas, qualidade dos medicamentos dispensados nas farmácias, acesso aos municípios mais distantes, a troca de receituário nas farmácias pela não adesão aos programas, assim como o aprimoramento das ferramentas de divulgação dos PBMs, entre outros.

Com relação aos objetivos específicos foi possível identificar um portfólio bibliográfico de artigos com relevância e reconhecimento científicos que possibilitou o entendimento ao leitor sobre o tema Avaliação de Desempenho de PBM's. Foi construído um conjunto de fatores que possibilitou mensurar o desempenho dos PBMs na perspectiva do autor por meio de escalas ordinais, assim como, foi criado recomendações para os nove descritores em estado comprometedor, dentre os trinta e seis descritores levantados pelo autor, entre os quatro Pontos de Vista Fundamentais evidenciados com perfil de desempenho (status quo) e com os devidos critérios utilizados para estas avaliações.

Por fim foi proposto um processo estruturado de gestão do desempenho dos PBMs com ênfase em ações de melhoria, onde o acesso a medicamentos conveniados pelos PBM's contribuem para maior praticidade, qualidade e adesão aos pacientes proporcionando terapias nas mais variadas cidades e especialidades, atingindo as classes sociais mais desfavorecidas e distantes dos grandes centros, isto significa contribuir de maneira vital para gestão da saúde da população na perspectiva social.

O presente modelo limitou-se a fase de estruturação do MCDA-C. Na percepção do autor, é importante manter olhar clínico para uma maior excelência na prestação de serviços de saúde para a população. O desempenho das organizações do ramo farmacêutico e do governo

do estado aos programas de benefícios oferecidos, sugerem parcerias público privadas e a integração destes órgãos, podem e devem ter constante avaliação do desempenho, na busca pelo desenvolvimento de estudos de novos programas, aperfeiçoando as ferramentas existentes e sobre tudo, mantendo a qualidade dos serviços para uma maior excelência na prestação de serviços de saúde para os catarinenses.

Assim, aperfeiçoar o diagnóstico de brechas para aprimoramento, gargalos de gestão voltados a área da saúde e necessidades da população, sendo a oferta de medicamentos o foco e através de novos processos que acompanhem as tendências de evolução tecnológica, e resolução das necessidades básicas, monitorando, acompanhando e desenvolvendo competências para tornar o setor público e privado com maior interação e aprimoramento na prestação de seus serviços.

Dando continuação a esta pesquisa, sugere-se estudos futuros com propostas de avaliar o desempenho de Benefícios Farmacêuticos específicos, voltado para linhas de medicamentos variadas, tanto na esfera pública ou privada, regionais ou judiciais, com decisores e atores variados, viabilizando informações que contribuam e sobreponham a este estudo no aspecto gerencial, acadêmico e social, potencializando assim a melhor verificação e implantação de processos de gestão voltados ao acesso de medicamentos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R. C.; LACERDA, R. T. D.; ENSSLIN, L.; JUNGLES, A. E.; ENSSLIN, S. R. Performance Measurement to Aid Decision Making in the Budgeting Process for Apartment-Building Construction: Case Study Using MCDA-C. **Journal of Construction Engineering and Management-Asce** 139(2): 225-235, 2013.

BANA E COSTA, C. A. Três convicções fundamentais na prática do apoio à decisão. **Pesquisa Operacional**, v. 13, n. 1, p. 9-20, 1993.

BANA E COSTA, C. A.; ENSSLIN, L.; CORRÊA, É. C. & VANSNICK, J. C. Decision support systems in action: integrated application in a multicriteria decision aid process. **European Journal of Operational Research**, 113, 315-335, 1999.

BANA E COSTA, C. A.; STEWARD, T.; VANSNICK, J.C. Multicriteria Decision Analysis: some thought based on the tutorial and discussion sessions of the esigma meetings. **Proceedings of the EURO XIV Conference, Jerusalem**, 3-6 July 1995.

BEHN, R. D. Why measure performance? Different purposes require different measures. **Publicadministration review**, 63(5), 586-606, 2003.

BEUREN, I. M. (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BITITCI, U. S.; CARRIE, A. S.; MCDEVITT, Liam. Integrated performance measurement systems: a development guide. **International journal of operations & production management**, v. 17, n. 5, p. 522-534, 1997.

BITITCI, U.; GARENGO, P.; DORFLER, V.; NUDURUPATI, S. Performance measurement: challenges for tomorrow. **International journal of management reviews**, v. 14, n. 3, p. 305-327, 2012.

BITITCI, U.S., GARENGO, P., ATEs, A. AND NUDURUPATI, S.S. Value of maturity models in performance measurement. **International journal of production research**, 53(10), p.3062-3085, 2015.

BORTOLUZZI, S.; ENSSLIN, S. R.; ENSSLIN, L., DE ALMEIDA, M. O. Multicriteria decision aid tool for the operational management of an industry: a constructivist case. **Brazilian Journal of Operations & Production Management**, 14(2), 165-182, 2017.

BORTOLUZZI, S.; ENSSLIN, S.; LYRIO, M & ENSSLIN, L. Avaliação de desempenho econômico-financeiro: uma proposta de integração de indicadores contábeis tradicionais por meio da metodologia multicritério de apoio à decisão construtivista (MCDA-C). **Revista Alcance – Eletrônica**, vol. 18 – nº 2 -p. 200-218, 2011.

BORTOLUZZI, S.C., ENSSLIN, S.R., LYRIO, M.V.L., ENSSLIN, Proposta de um modelo multicritério de avaliação de desempenho econômico-financeiro para apoiar decisões de investimentos em empresas de capital aberto. **CAP Accounting and Management**, v. 3, p. 100-110, 2009.

BOURNE, M.; MILLS, J. Designing, implementing and updating performance measurement systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20 No. 7, p. 754-771, 2000.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Diretrizes da política industrial, tecnológica e de comércio exterior**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2003.

BURTON, S.L.; RANDEL, L.; TITLOW, K.; EMANUEL, E.J. "The Ethics of Pharmaceutical Benefit Management, **Health Affairs**, 150–163, 2001.

CARNEIRO-DA-CUNHA, J.A.; HOURNEAUX JR, F.; CORRÊA, H. L. Evolution and chronology of the organizational performance measurement field. **International Journal of Business Performance Management**, v. 17, n. 2, p. 223-240, 2016.

COHEN, J.; CHEE, J. Pharmacy benefit managers and Medicare beneficiary access to prescription drugs. **Drug information journal**, v. 35, n. 2, p. 569-576, 2001.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed method research**. Londres: Sage, 2006.

DANIELS, N., TEAGARDEN, J.R., SABIN, J.E. An ethical template for pharmacy benefits. **Health Affairs**. 22:125–137, 2003.

DANZON, P. M. Perspective: Pharmaceutical Benefit Management: An Alternative Approach. **Health Affairs**, v. 19, n. 2, p. 24-25, 2000.

DANZON, P. M. Pharmacy Benefit Management: Are Reporting Requirements Pro-or Anticompetitive?. **International Journal of the Economics of Business**, v. 22, n. 2, p. 245-261, 2015.

DUTRA, A. **Elaboração de um sistema de avaliação de desempenho dos recursos humanos da Secretaria de Estado da Administração - SEA à luz da metodologia multicritério de apoio à decisão**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina), Florianópolis, 1998.

ÉDEN, C.; ACKERMANN, F. The analysis of cause maps. **Journal of Management Studies**, 29, 309-324, 1992.

ENSSLIN, L.; DEZEM, V.; DUTRA, A.; ENSSLIN, S. R.; SOMENSI, K. Management support for agricultural enterprises: a case study for a fruit-producing company. **International Food and Agribusiness Management Review**, v. 19, n. 4, p. 1-18, 2017.

ENSSLIN, L.; DUTRA, A.; ENSSLIN, S. R. MCDA: a constructivist approach to the management of human resources at a governmental agency. **International Transactions in Operational Research**, 7, 79-100, 2000.

ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S.R.; DUTRA, A.; PETRI, S.M. Avaliação de Desempenho: Objetivos e Dimensões; **I Seminário de Avaliação de Desempenho do Setor Público**; Secretaria de Planejamento Governo de SC; Dezembro, 2007.

ENSSLIN, L.; GIFFHORN, E.; ENSSLIN, S. R.; PETRI, S. M.; VIANNA, W. B. Avaliação do Desempenho de Empresas Terceirizadas com o Uso da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão - Construtivista. **Revista Pesquisa Operacional**, v.30, n. 1, p. 125 - 152, 2010.

ENSSLIN, L.; MONTIBELLER, G. N.; NORONHA, S. M. **Apoio à Decisão: Metodologias para Estruturação de Problemas e Avaliação Multicritério de Alternativas** – Ed. Insular: 2001.

FRANCO-SANTOS, M.; KENNERLEY, M.; MICHELI, P.; MARTINEZ, V.; MASON, S.; MARR, B.; GRAY, D.; NEELY, A. Towards a Definition of a Business Performance Measurement System. **International Journal of Operations and Production Management**, 27(8): 784-801, 2007.

GARIS, R.; CLARK, B. E.; SIRACUSE, M. V.; MAKOID, M. C. Examining the value of pharmacy benefit management companies. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 61, n. 1, p. 81-85, 2004.

GHALAYINI, A. M.; NOBLE, J. S. The changing basis of performance measurement. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 16, n. 8, p. 63-80, 1996.

HERMANOWSKI, T.; DROZDOWSKA, A.; KOWALCZYK, M. Institutional framework for integrated Pharmaceutical Benefits Management: results from a systematic review. **International journal of integrated care**, v. 15, n. 3, 2015.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. In Search of Excellence—der Maßstab muß neu definiert werden. **Harvard manager**, v. 14, n. 4, p. 37-46, 1992.

KEENEY, R. L. **Value-focused thinking: a path to creative decision making**. London: Harvard University Press, 1992.

KELVIN, W. T. B. **Popular Lectures and Addresses: Navigational Affairs**. Macmillan and Company, 1891.

KOUVELIS, P.; XIAO, Y.; YANG, N. PBM competition in pharmaceutical supply chain: Formulary design and drug pricing. **Manufacturing & Service Operations Management**, v. 17, n. 4, p. 511-526, 2015.

LACERDA, R. T. O.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. A performance measurement framework in portfolio management: A constructivist case. **Management Decision** 49(4): 648-668, 2011.

LACERDA, R. T. O.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. Uma análise bibliométrica da literatura sobre estratégia e Avaliação de Desempenho. **Gestão & Produção**, v. 19, n. 1, p. 59-78, 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

LEBAS, M. J. Performance measurement and performance management. **International Journal of Production Economics**, v. 41, n. 1-3, p. 23-35, 1995.

LYLES, Alan. Pharmacy benefit management companies: do they create value in the US healthcare system?. **Pharmacoeconomics**, v. 35, n. 5, p. 493-500, 2017.

MEADOR, Mark. Squeezing the middleman: Ending underhanded dealing in the pharmacy benefit management industry through regulation. **Annals Health L.**, v. 20, p. 77, 2011.

MELNYK, S. A.; BITITCI, U.; PLATTS, K.; TOBIAS, J.; ANDERSON, B. Is performance measurement and management fit for the future? **Management Accounting Research**, v. 25, n.2, p. 173-186, 2014.

MICHELI, P.; MARI, L. The theory and practice of performance measurement. **Management Accounting Research**, v. 25, n. 2, p. 147-156, 2014.

NEELY, A. The Performance Measurement Revolution: Why Now and What Next? **International Journal of Operations and Production Management** 19: 205–228, 1999.

NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance Measurement System Design – A Literature Review and Research Agenda. **International Journal of Operations and Production Management** 15: 80–116, 1995.

NUDURUPATI, S. S.; BITITCI, U. S.; KUMAR, V.; CHAN, F. T. S. State of the art literature review on performance measurement. **Computers & Industrial Engineering**, 60(2):279-290, 2011.

OTLEY, D. Performance management: a framework for management control systems research. **Management accounting research**, v. 10, n. 4, p. 363-382, 1999.

OVRETVEIT, John; ANDREEN-SACHS, M.; CARLSSON, J.; GUSTAFSSON, H.; HANSSON, J.; KELLER, C.; LOFGREN, S.; MAZZOCATO, P.; TOLF, S.; BROMMELS, M. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: lessons from a comparison of 12 cases. **Journal of health organization and management**, v. 26, n. 2, p. 237-257, 2012.

PBM Pharma Business – “**PBM benefício se escreve com trêsletras**” – n. 1, V. 04, 2000.

PETRI, S. M. **Modelo para apoiar a avaliação das abordagens de gestão de desempenho e sugerir aperfeiçoamentos: sob a ótica construtivista**, 2005. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RIDDERHOFF, K.; REMUND, D. The department of defense pharmacy benefit management program. **Military medicine**, v. 170, n. 4, p. 302-304, 2005.

ROY, B. Decision **science or decision-aid science?** European Journal of Operational Research, v.66, n.2, p.184-203, 1993.

ROY, B. Paradigms and Challenges, Multiple Criteria Decision Analysis – State of the Art Survey. **In: Multicriteria Decision Analysis: state of the art survey** [edited by Greco, J. F. &Ehrgott, S. M.], Springer Verlag, Boston, Dordrecht, London, 2005.

ROY, B.; VANDERPOOTEN, D. The European school of MCDA: emergence, basic features and current works. **Journal of Multicriteria Decision Analysis**, v. 5, n. 16, p. 22-38, 1996.

SHRANK, W.; FOX, S.; KIRK A. The effect of pharmacy benefit design on patient-physician communication about costs. **J Gen Intern Med**, 21:334- 339, 2006.

STEVENS, S. S. On the Theory of Scales of Measurement. **Science**, v. 103, p. 677-680, 1946.

TASCA, J. E **A contribuição da avaliação de desempenho, como um instrumento de apoio à decisão, para a prevenção ao crime baseada no ambiente**. Tese(Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade federal de Santa Catarina), Florianópolis, 2013.

TASCA, J. E.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R.; ALVES, M. B. M. An approach for selecting a theoretical framework for the evaluation of training programs. **Journal of European Industrial Training**, v. 34, n. 7, p. 631-655,2010.

TEAGARDEN, J. R.; DREITLEIN, W.B.; KOURLAS, H.; NICHOLS, L. ; Influence of pharmacy benefit practices on off- label dispensing of drugs in the United States. **ClinicalPharmacology&Therapeutics**, v. 91, n. 5, p. 943-945, 2012.

VALMORBIDA, S. M. I.; ENSSLIN, L. Construção de conhecimento sobre avaliação de desempenho para gestão organizacional: uma investigação nas pesquisas científicas internacionais. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v. 13, n. 28, p. 123-148, 2016.

VAN CAMP, J.; BRAET, J. Taxonomizing performance measurement systems failures. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 65, n. 5, p. 672-693, 2016.

ZAMCOPE, F. C.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. Desenvolvimento de um modelo para avaliara sustentabilidade corporativa. **Production Journal**, v. 22, n. 3, p. 477-489, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – ELEMENTOS PRIMÁRIOS DE AVALIAÇÃO E CONCEITOS

Quadro 10- Lista de conceitos e EPAs

EPAs	Conceito (Polo Presente...Polo Oposto)
1- Descontos de medicamentos	1a- Permitir descontos em função da necessidade do usuário... Ter descontos uniformes para todos
	1b- Ter alto número de medicamentos com descontos...Deixar de oferecer aos pacientes medicamentos mais acessíveis.
	1c-Ter desconto em todas as fases do tratamento... Restringir os descontos ao início do tratamento
	1d-Oferecer descontos para tratamentos caros e prolongados... Deixar as pessoas que necessitem destes tipos de tratamentos desassistidas
2- Priorização de classes sociais	2a- Ter PBM's voltados para classes médias e altas... Ter mecanismos de avaliação da renda para oportunizar bons medicamentos por meio dos PBM's
	2b- Garantir que os medicamentos lançados estejam ao alcance das classes desfavorecidas... Restringir as terapias de última geração aos pacientes com maior poder aquisitivo
	2c- Ter preços diferenciados para pessoas de baixa renda... Favorecer as pessoas de classe alta
3- Priorização de atendimento	3a- Garantir praticidade para incluir e beneficiar idosos... Ter tratamento na geração de ofertas igualitário entre as faixas etárias
	3b- Ter critérios para priorizar pacientes... Ter pacientes necessitados sem acesso aos medicamentos
4-Priorização de patologias	4a- Identificar patologias prioritárias...Deixar de ofertar medicamentos fundamentais para doenças graves
	4b- Assegurar que o governo tenha em conta a gravidade da patologia... Permitir que as pessoas mais debilitadas tenham seu quadro de saúde agravado em decorrência da falta de medicamentos

6- Parcerias com fornecedores	6- Avaliar a possibilidade de realizar parcerias com novos fornecedores... Deixar de obter oportunidades de melhoria na qualidade/prazos e preço dos medicamentos
7- Necessidade de medicamentos	7- Garantir que os PBM's atendam às necessidades de medicamentos dos pacientes (consumidores) em forma plena ... Desassistir ou tornar difícil o acesso dos pacientes aos medicamentos
9- Integração PBM's público x privado	9- Garantir crescimento da parceria público privada na área ... Ter um canal único de ofertas regido pelo governo federal
10- Informações sobre os PBM's	10- Garantir que a indústria mantenha os médicos informados dos novos medicamentos ... Ter médicos que continuem receitando medicamentos obsoletos
11- Gestão dos PBM's pelo Governo	11- Assegurar que o Governo influencie a gestão dos PBM's de forma comprometida com os interesses da sociedade... Gerenciar com fins políticos.
12- Gerenciamento dos medicamentos	12a- Assegurar que o receituário esteja contemplado no programa... Ter troca da substância ativa no ponto de venda
13- Facilidade de cadastramento	13- Garantir aos clientes facilidade na realização dos cadastros...Dificultar o acesso aos usuários
14- Expansão dos PBM's	14a- Garantir expansão com qualidade dos PBM's... Ter um crescimento indiscriminado com marcas de fabricantes pouco confiáveis
	14b- Verificar a previsão de expansão dos PBMs... Acompanhar um crescimento sem previsibilidade de melhoria
15- Divulgação do PBM's	15a- Assegurar o acesso às informações sobre PBMs e convênios ... Ter consumidores desinformados
	15b- Usar cartazes PBM's nas farmácias de pequenas cidades e bairros... direcionar o público para grandes centros
	15c- Divulgar de forma digital os PBM's nos pontos de vendas... Desperdiçar a oportunidade de divulgação e propaganda
	15d- Garantir que as farmácias ao venderem (entregar) os medicamentos aos pacientes entreguem uma cópia das informações

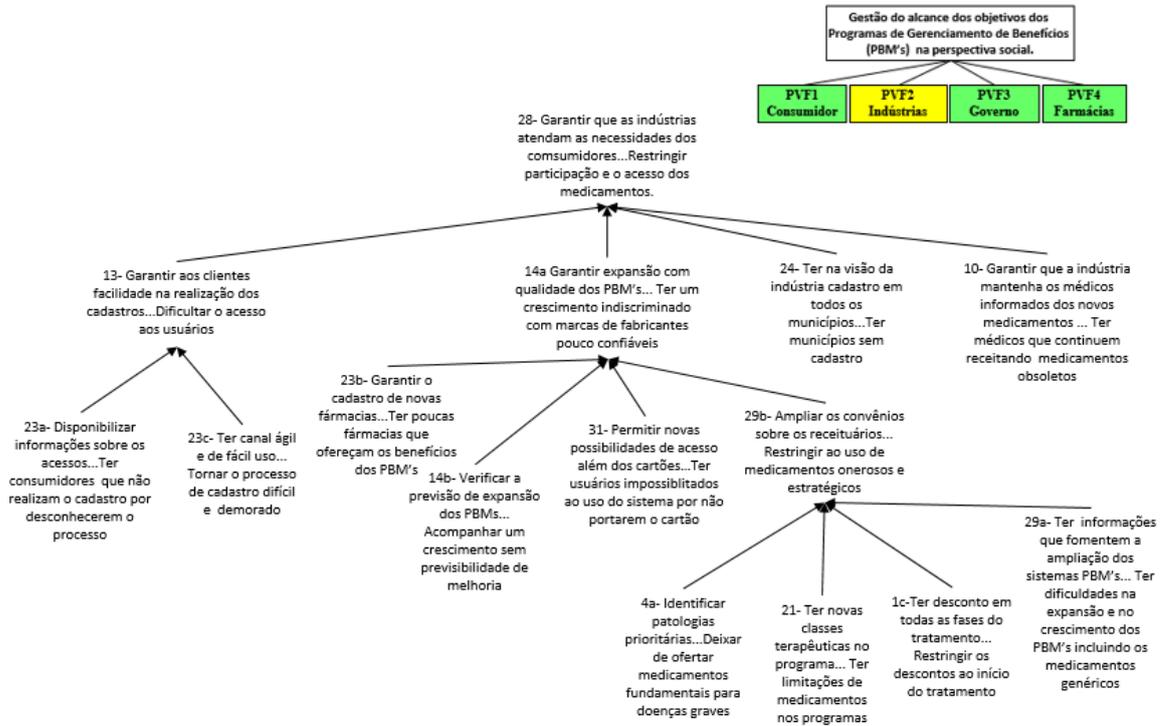
	sobre os PBM's sobre descontos... Ter consumidores que desconhecem os descontos
	15e- Garantir que os médicos e farmácias divulguem os PBM's... Ter consumidores que desconhecem os descontos
	15f- Divulgar ofertas dos PBM's por meio de materiais impresso... Ter pouca ênfase ao desconto de PBM's
	15g- Garantir que os médicos e farmácias divulguem os PBM's... Ter consumidores que desconhecem os descontos
16- Distribuição de medicamentos	16a- Priorizar a distribuição dos medicamentos com melhor praticidade... Distribuir somente pelas farmácias conveniadas
	16b- Assegurar a distribuição de medicamentos com qualidade... Fornecer medicamentos com baixa qualidade
	16c- Gerenciar a distribuição dos medicamentos...ter dificuldade de avaliar o crescimento e expansão dos PBM's
17- Deslocamento de pacientes	17- Minimizar o deslocamento de pacientes para a obtenção de PBM's... Dificultar o acesso dos pacientes aos medicamentos
18- Convenio entre farmácias e PBM's	18- Garantir que o processo para conveniar farmácias aos PBM's ocorra tendo em vista a universalização do acesso dos pacientes ... Ter farmácias desconveniadas aos privilégios dos PBM's
19- Comunicação entre Estado e Indústria	19- Ter comunicação fluente e contínuos entre Estado e indústria... Ter modelos isolados de distribuição de medicamentos
20- Compra e distribuição de medicamentos	20a- Ter projetos que visem desenvolver melhorias na compra e distribuição de medicamentos... Ter um déficit crescente na saúde com alta representatividade nos custos dos medicamentos
	20b- Ter avaliação das compras de medicamentos... Ter dificuldade de avaliar o crescimento dos PBM's que incluem mais substâncias
	20c- Avaliar se os medicamentos comprados possuem PBM's... Deixar de detectar falhas e melhorias que devem ser adotadas
21- Classes terapêuticas	21- Ter novas classes terapêuticas no programa... Ter limitações de medicamentos nos programas

23- Cadastro no programa	23a- Disponibilizar informações sobre os acessos...Ter consumidores que não realizam o cadastro por desconhecerem o processo
	23b- Garantir o cadastro de novas farmácias...Ter poucas farmácias que ofereçam os benefícios dos PBM's
	23c- Ter canal ágil e de fácil uso... Tornar o processo de cadastro difícil e demorado
24- Cadastro dos municípios	24- Ter na visão da indústria cadastro em todos os municípios...Ter municípios sem cadastro
25- Avaliação dos tratamentos	25- Assegurar avaliação periódica dos tratamentos contínuos... Ter tratamentos interrompidos sem acompanhamento médico
26-avaliação dos PBM's	26- Ter a avaliação do consumidor sobre os PBM's... Desconhecer a insatisfação dos convênios por parte dos consumidores
27- Avaliação das prescrições de medicamentos	27- Ter avaliação das prescrições off label dos PBM's...Ter dificuldade de avaliar o crescimento dos PBM's que incluem mais substâncias
28- Atendimento das necessidades dos consumidores	28- Garantir que as indústrias atendam às necessidades dos consumidores...Restringir participação e o acesso dos medicamentos.
29- Ampliação dos PBM's	29a- Ter informações que fomentem a ampliação dos sistemas PBM's... Ter dificuldades na expansão e no crescimento dos PBM's incluindo os medicamentos genéricos
	29b- Ampliar os convênios sobre os receituários... Restringir ao uso de medicamentos onerosos e estratégicos
30- Acesso aos tratamentos	30- Garantir atualidade e acesso a bons tratamentos... Oportunizar a compra por impulso de medicamentos sem aprovação médica
31- Acesso ao sistema dos PBM's	31- Permitir novas possibilidades de acesso além dos cartões... Ter usuários impossibilitados ao uso do sistema por não portarem o cartão
32- Abrangência dos PBM's	32a- Garantir que todos os municípios sejam beneficiados com os PBM's...Restringir somente a grandes centros
	32b- Assegurar que o governo intervenha na abrangência dos PBM's... Ter pouca intervenção no processo de gestão

33-Entrega de medicamentos	33- Garantir que os medicamentos entregues correspondam ao prescritos... Ter trocas nas farmácias
----------------------------	---

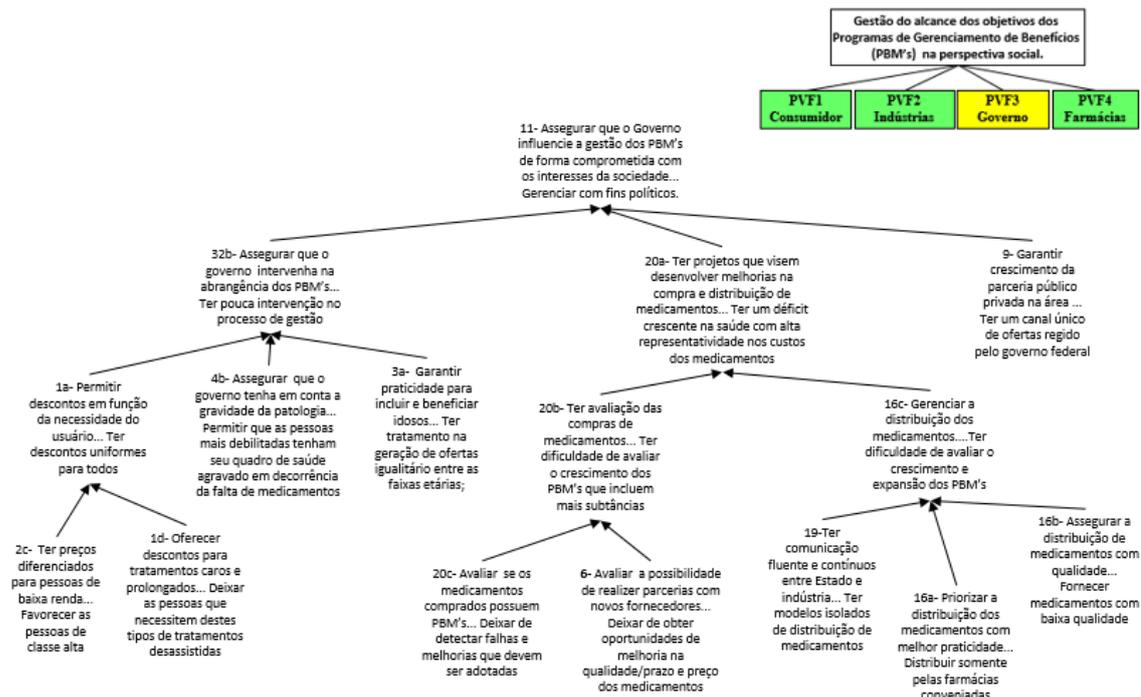
APÊNDICE B – MAPAS COGNITIVOS

Figura 14- Mapa Cognitivo para o PVF2 "Indústrias"



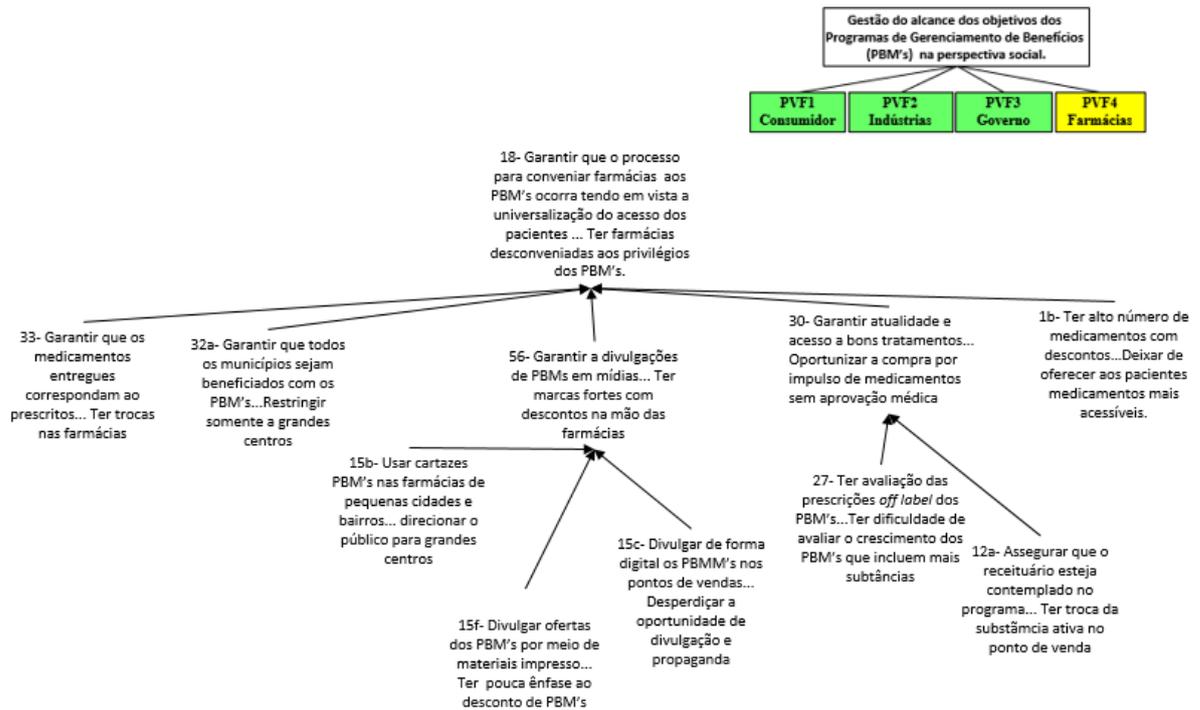
Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 15 - Mapa Cognitivo par o PVF- "Governo"



Fonte: Autor da Pesquisa.

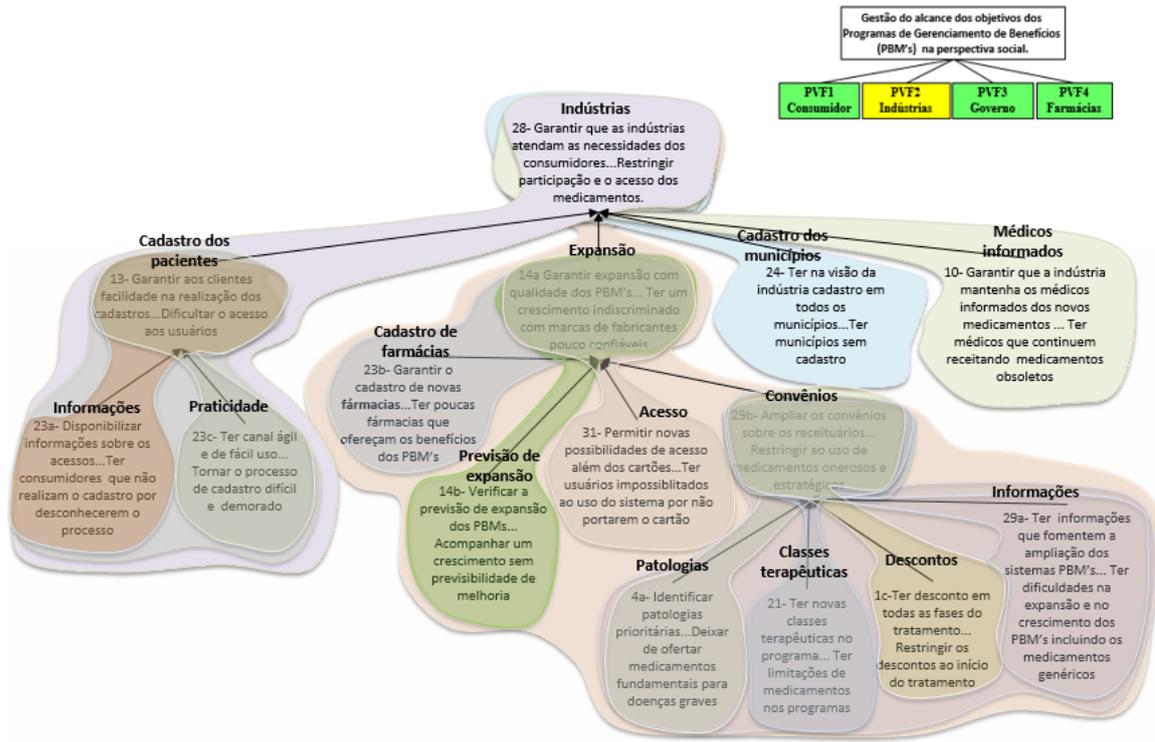
Figura 16- Mapa Cognitivo para o PVF4- "Farmácia"



Fonte: Autor da Pesquisa.

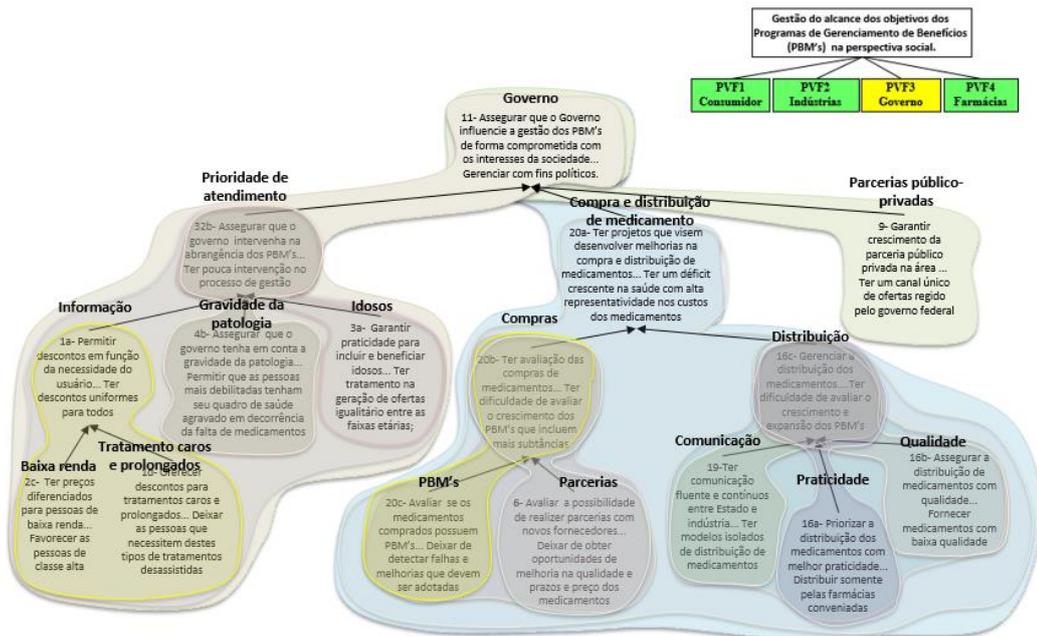
APÊNDICE C- CLUSTER E SUBCLUSTERS

Figura 17 - Cluster e subclusters do PVF2- "Indústrias"



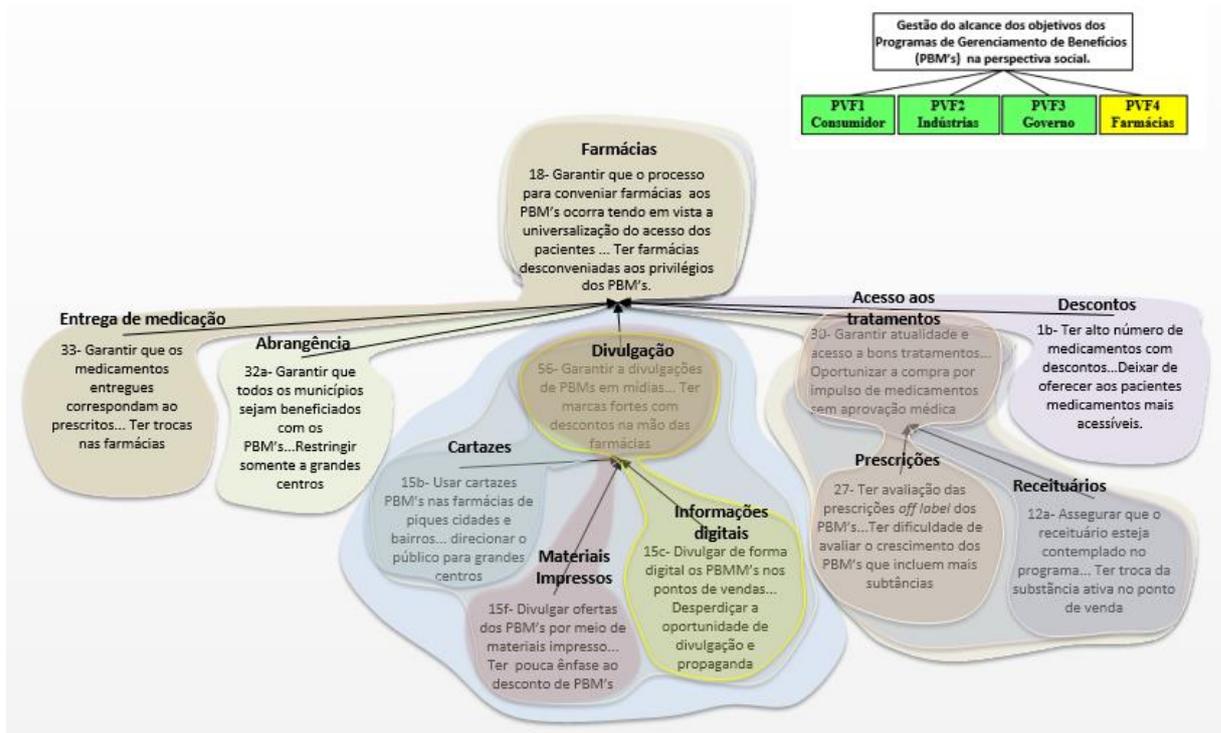
Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 18- Cluster e subclusters do PVF3- "Governo"



Fonte: Autor da Pesquisa.

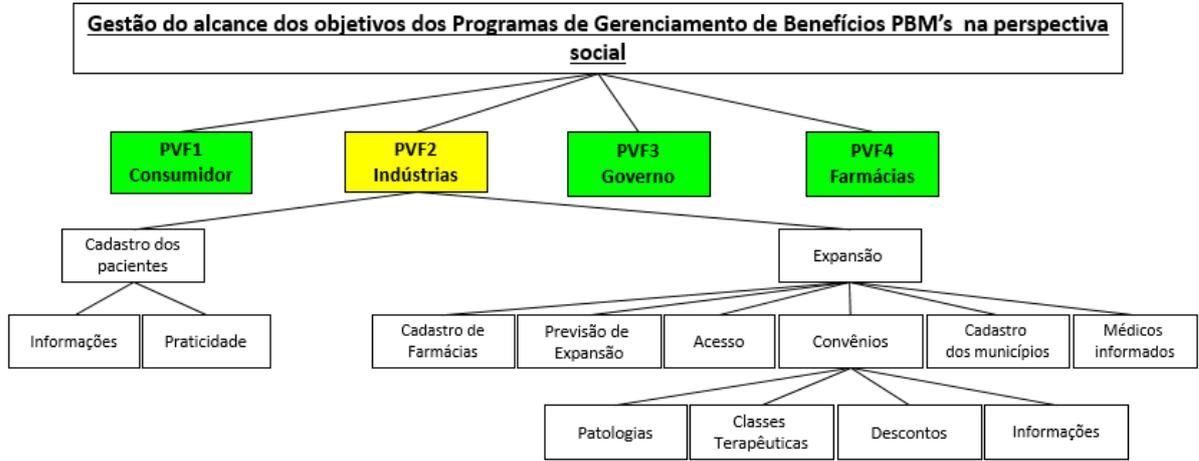
Figura 19- Cluster e subclusters do PVF3- "Farmácias"



Fonte: Autor da Pesquisa.

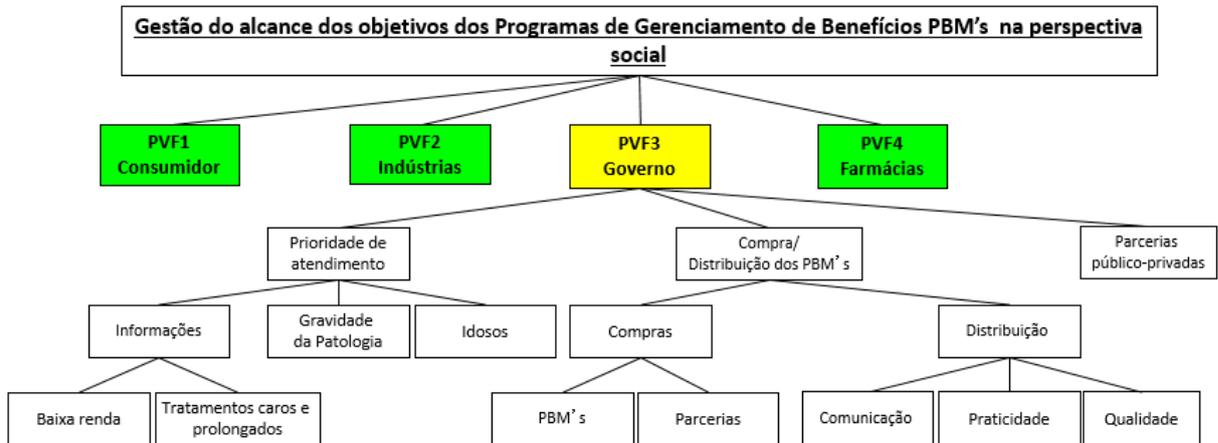
APÊNDICE D – ESTRUTURA HIERÁRQUICA DE VALOR (EHV)

Figura 20 - EHF do PVF2- "Indústrias"



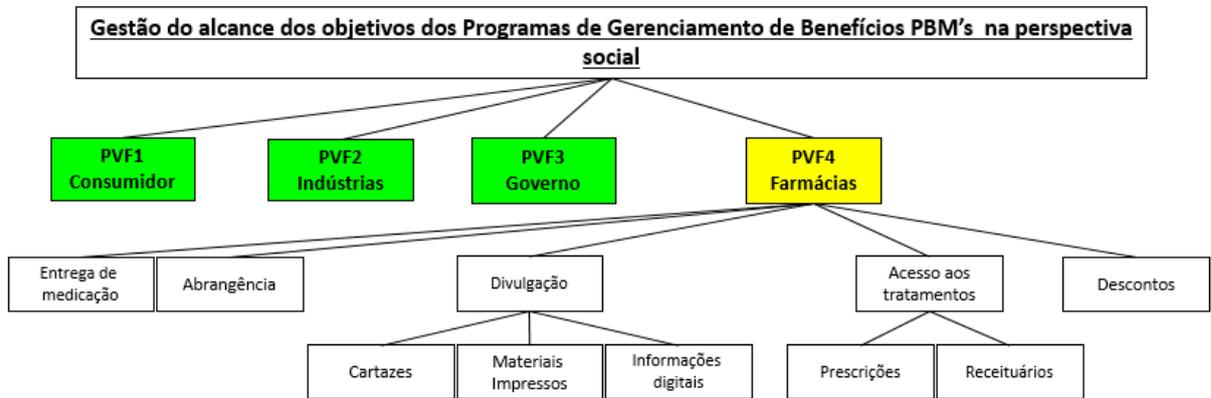
Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 21 - EHF do PVF3- "Governo"



Fonte: Autor da Pesquisa.

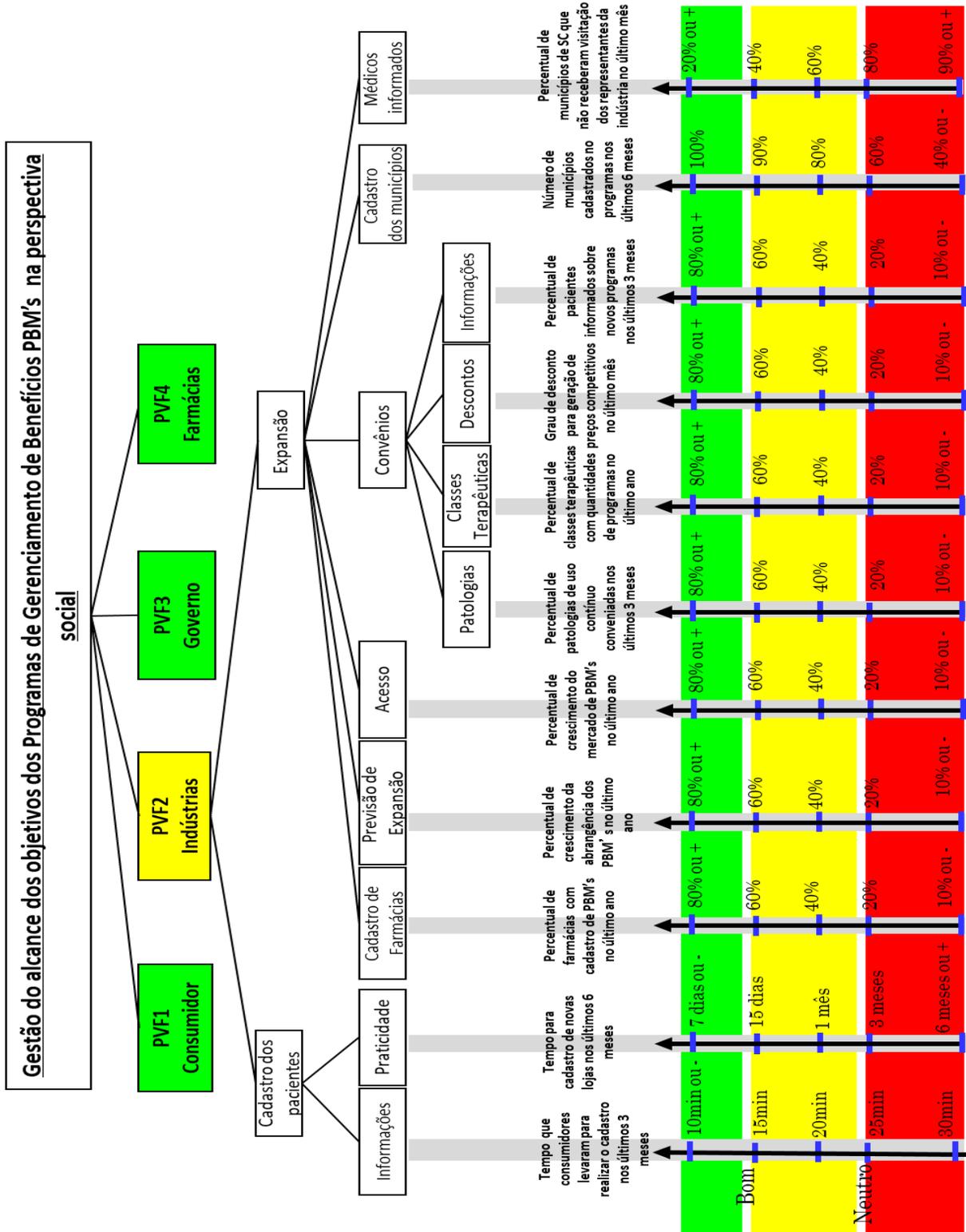
Figura 22- EHF do PVF4- "Farmácias"



Fonte: Autor da Pesquisa.

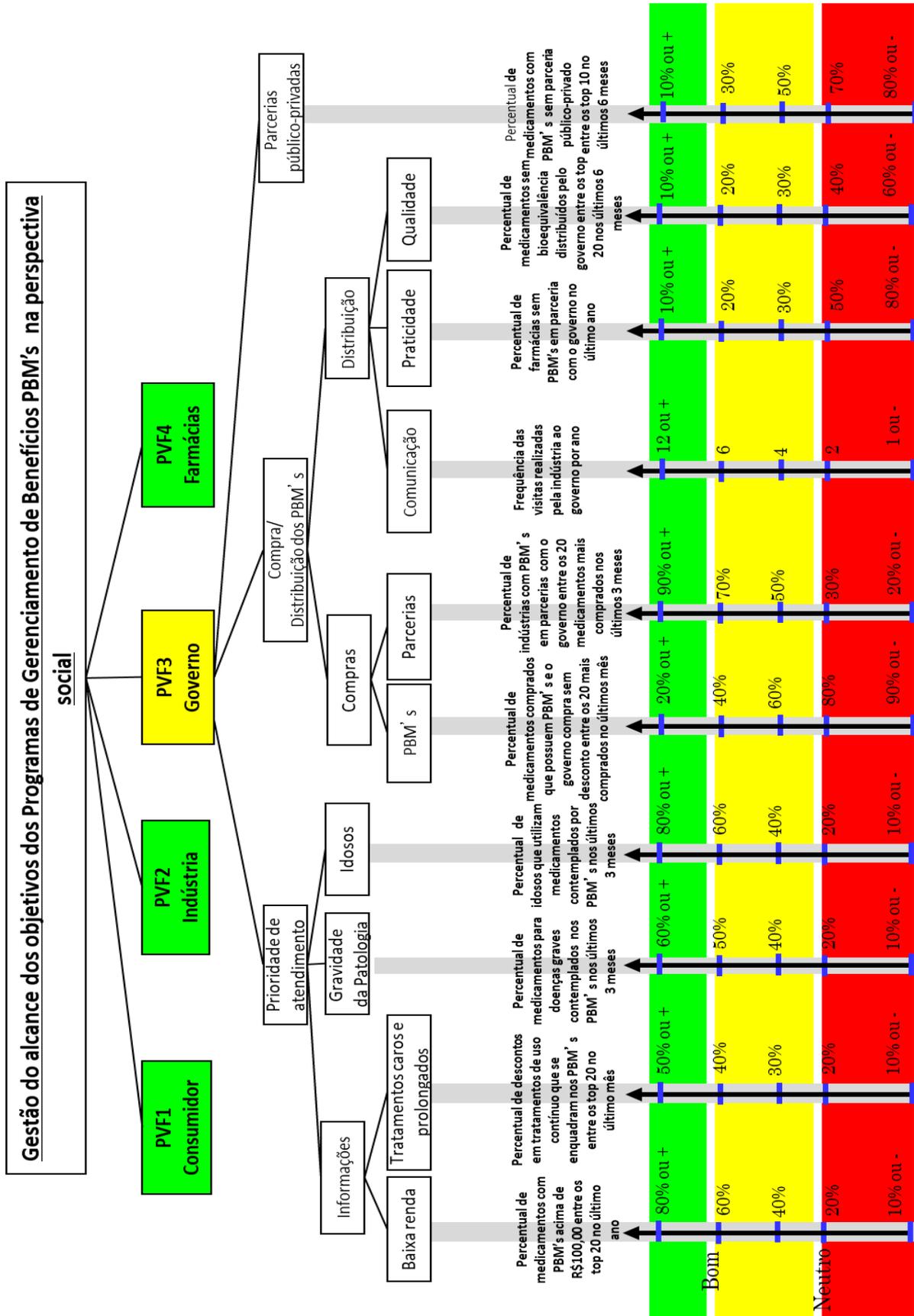
APÊNDICE E – DESCRITORES DO MODELO

Figura 23- Descritores do PVF2- "Indústrias"



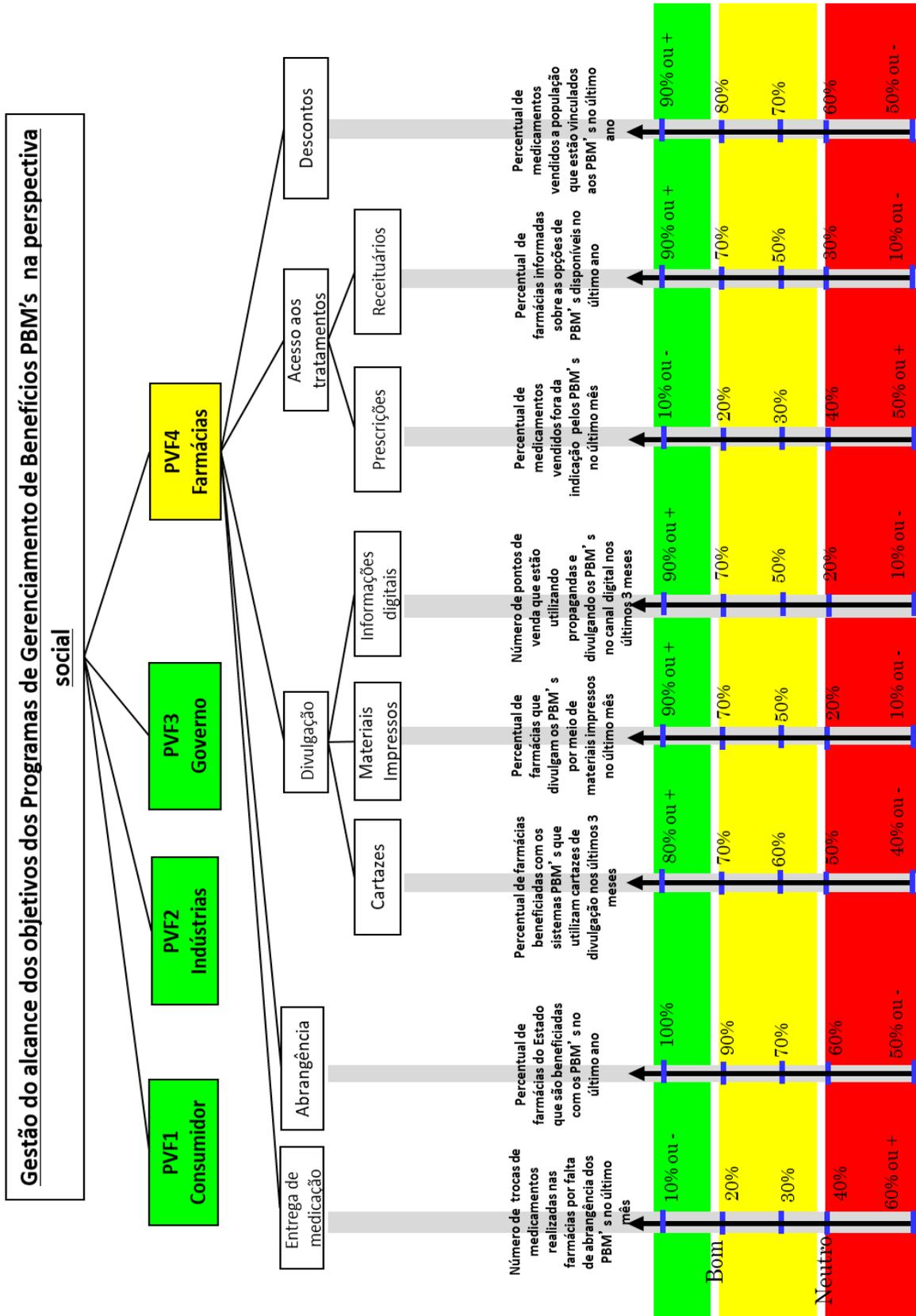
Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 24- Descritores do PVF3- "Governo"



Fonte: Autor da Pesquisa.

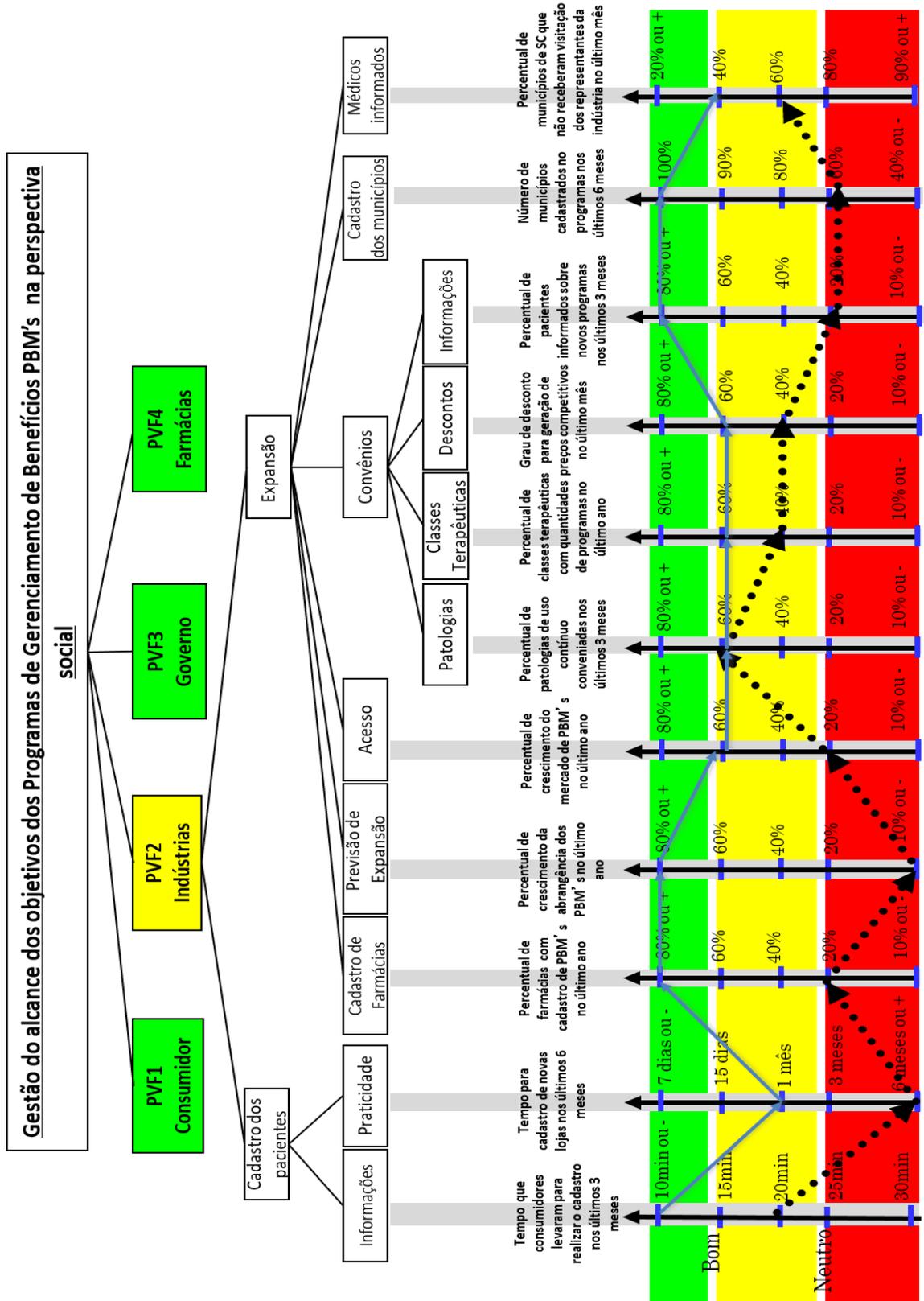
Figura 25 - Descritores do PVF4- "Farmácias"



Fonte: Autor da Pesquisa.

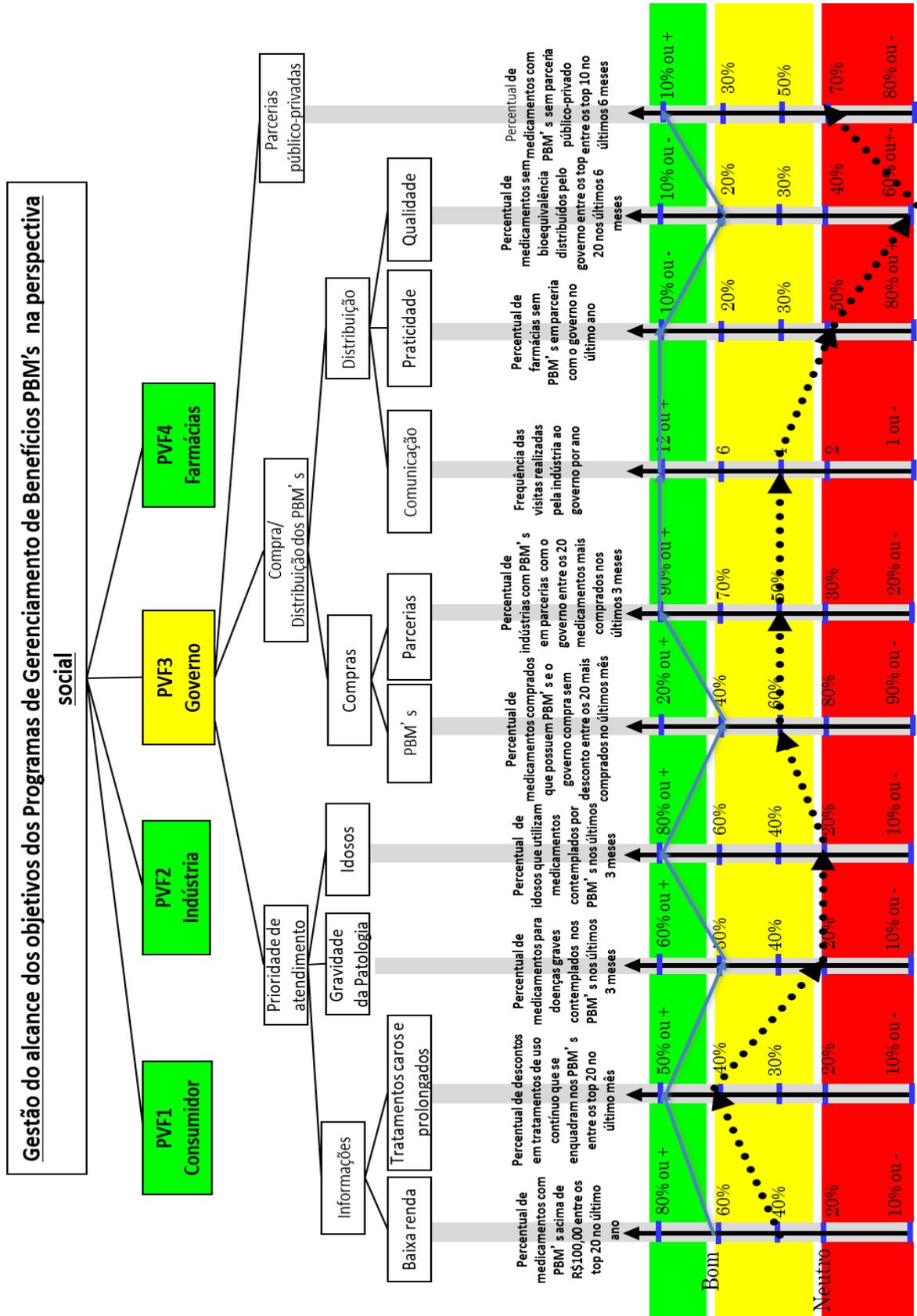
APÊNDICE F – STATUS QUO E PERFIL DA META

Figura 26- Status quo e perfil da meta do PVF2 "Indústrias"



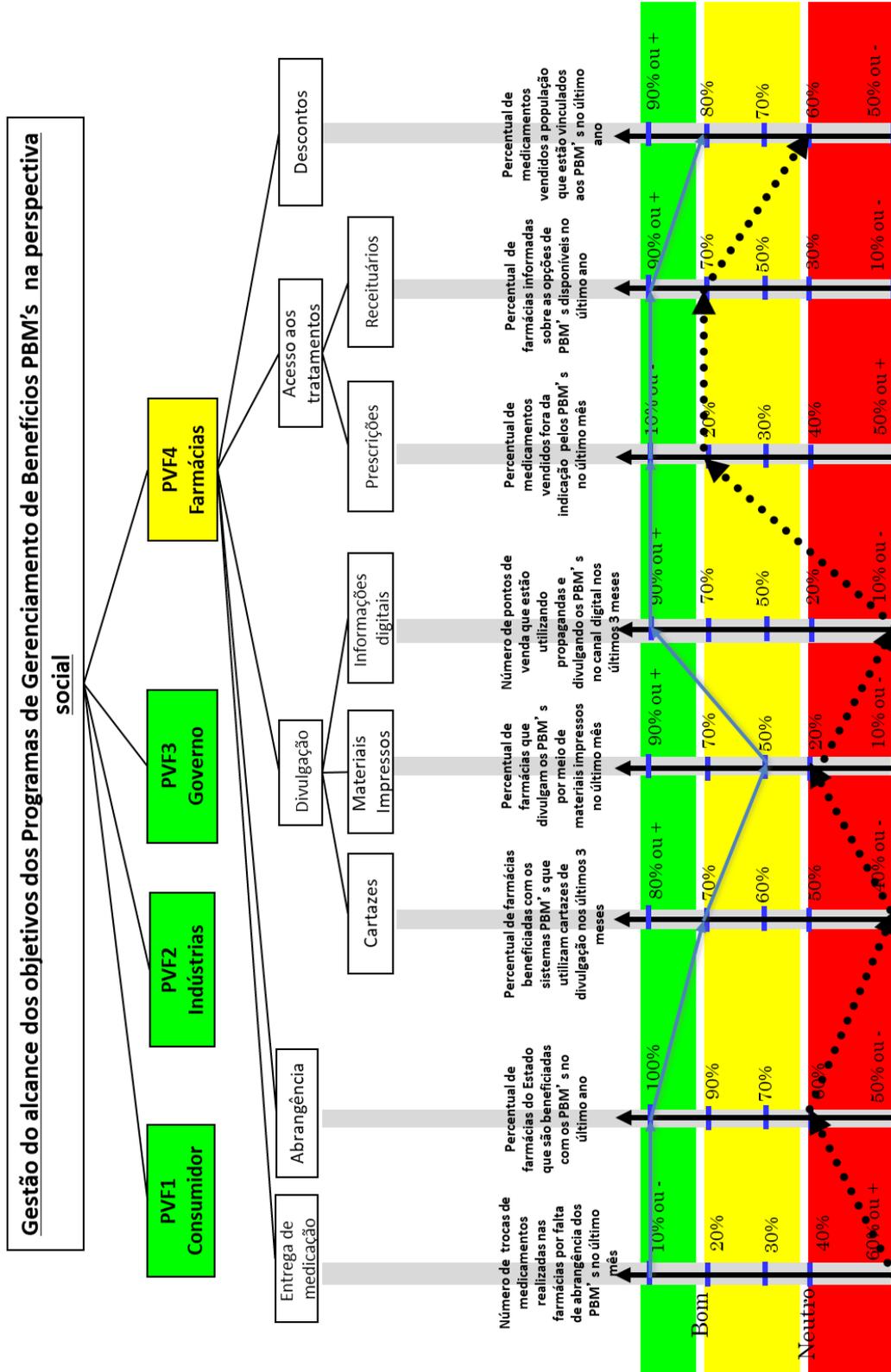
Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 27 - Status quo e perfil da meta do PVF3 "Governo"



Fonte: Autor da Pesquisa.

Figura 28- Status quo e perfil da meta do PVF4 "Farmácias"



Fonte: Autor da Pesquisa.