

ALÉM DA ADOÇÃO: LEGITIMIDADE E CONTINUIDADE DA SAÚDE BASEADA EM VALOR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO PAÍS DE GALES

BEYOND ADOPTION: LEGITIMACY WORK AND THE CONTINUITY OF VALUE-BASED HEALTHCARE IN NHS WALES

Daniele Soutilha Ludwig^{1,2}, Alice O. Andrews^{2,3}, Roberto Pessoa de Queiroz Falcão¹

1. Programa de Pós-Graduação em Administração, Afya-Unigranrio, Duque de Caxias, RJ, Brasil. 2. School of Management, Swansea University, Reino Unido. 3. Tuck School of Business, Dartmouth College, EUA. E-mail do autor principal: roberto.falcao@afya.com.br

Eixo Temático: Eixo 01 – Saúde

RESUMO

Introdução: a saúde baseada em valor propõe organizar o cuidado a partir dos desfechos que importam ao paciente, considerados em relação aos custos necessários para alcançá-los. Muitas iniciativas, porém, conquistam apoio político e não resistem ao fim do financiamento-piloto. A literatura de implementação descreve as barreiras e a de sustentabilidade explica como as práticas viram rotina, mas ambas dizem pouco sobre legitimidade, isto é, sobre a permanência do reconhecimento de que a iniciativa é aceitável para quem precisa sustentá-la. **Objetivo:** compreender como profissionais que autorizam, lideram, implementam e avaliam iniciativas de saúde baseada em valor no sistema público de saúde do País de Gales explicam a conquista e a perda dessa legitimidade quando o projeto deixa a implementação e precisa se manter. **Método:** pesquisa qualitativa com treze entrevistas semiestruturadas, três delas coletivas, junto a dezessete participantes de seis categorias profissionais, realizadas entre janeiro e maio de 2026 e analisadas por análise temática com orientação teórica. **Resultados:** a legitimidade seguiu frágil em cinco temas: a tradução do valor para públicos diferentes, os limites da autorização formal, as condições para que a evidência influencie decisões, o encaixe na prática cotidiana e a dificuldade de proteger o valor populacional e preventivo em orçamentos anuais. **Discussão:** identificaram-se duas condições, a legitimidade delimitada, apoiada em persuasão e arranjos temporários, e a absorvida, apoiada em estruturas permanentes; passar de uma à outra exigiu transferir titularidade, recursos, poder de decisão, capacidade e autoridade para desinvestir. **Conclusão:** virar rotina e permanecer legítimo são processos distintos.

Palavras-chave: Saúde Baseada em Valor, Administração de Serviços de Saúde, Legitimidade, NHS

ABSTRACT

Introduction: value-based healthcare proposes organising care around the outcomes that matter to patients, weighed against the costs required to achieve them. Many initiatives, however, win policy support and do not survive the end of pilot funding. Implementation research describes the barriers and sustainability research explains how practices become routine, but both say little about legitimacy, that is, about whether the initiative continues to be recognised as acceptable by those who must sustain it. **Objective:** to understand how professionals who authorise, lead, implement and evaluate value-based healthcare initiatives in the public health system of Wales account for the gain and loss of that legitimacy once a project leaves implementation and has to keep going. **Method:** qualitative research with thirteen semi-structured interviews, three of them collective, with seventeen participants from six professional categories, conducted between January and May 2026 and analysed through

theoretically oriented thematic analysis. Results: legitimacy remained fragile across five themes: translating value for different audiences, the limits of formal authorisation, the conditions under which evidence shapes decisions, the fit with everyday practice, and the difficulty of protecting population and preventive value within annual budgets. Discussion: two conditions were identified, bounded legitimacy, resting on persuasion and temporary arrangements, and absorbed legitimacy, resting on permanent structures; moving from one to the other required transferring ownership, resources, decision-making power, capability and disinvestment authority. Conclusion: becoming routine and remaining legitimate are distinct processes.

Keywords: Value-Based healthcare, Health Services Administration, Legitimacy, NHS

INTRODUÇÃO

A saúde baseada em valor propõe organizar a assistência a partir dos desfechos que importam ao paciente, considerados em relação aos custos necessários para alcançá-los, e não a partir do volume de serviços prestados¹. Em sistemas públicos, a proposta ganha um sentido adicional: não basta melhorar resultados por unidade de custo, é preciso alcançar quem permanece sem diagnóstico, sem tratamento ou mal atendido². A prática, porém, avança de forma irregular: orçamentos separados dificultam a prestação de contas compartilhada, e a falta de infraestrutura faz muitas organizações medirem sem conseguir melhorar³.

A literatura de implementação já catalogou essas barreiras, e a de sustentabilidade explica parte do que acontece depois da adoção, por modelos de determinantes⁴ e pela Teoria do Processo de Normalização⁵. Falta teorizar o julgamento que sustenta a permanência. Uma iniciativa não continua apenas porque virou rotina: continua enquanto os públicos que a sustentam seguirem considerando-a desejável, adequada e apropriada⁶, mesmo depois de conhecerem seus efeitos práticos. Isso é uma questão de legitimidade, e esse reconhecimento se desfaz com facilidade quando o próprio sentido do conceito está em disputa⁷. Adota-se aqui, por isso, a noção de continuidade em vez de sustentabilidade: a sustentabilidade pergunta se a prática se mantém; a continuidade pergunta se o consentimento que a autorizou se mantém junto com ela. O objetivo do estudo é compreender como profissionais que autorizam, lideram, implementam e avaliam iniciativas de saúde baseada em valor no sistema público de saúde do País de Gales entendem o que confere legitimidade a essas iniciativas e como ela se preserva ou se desgasta quando o projeto deixa a implementação e precisa se manter.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória, com entrevistas semiestruturadas submetidas a análise temática de orientação teórica, que combinou codificação dedutiva e indutiva⁸; o relato seguiu o roteiro COREQ⁹. O campo foi o sistema público de saúde do País de Gales, Reino Unido, entre 31 de janeiro e 5 de maio de 2026, com treze entrevistas, doze on-

line e uma presencial, junto a dezessete participantes; três delas foram coletivas e analisadas como relatos construídos na conversa entre colegas. A seleção partiu de indicações de interlocutores institucionais, foi intencional e se ampliou por sugestão dos próprios entrevistados. Participaram profissionais envolvidos, atual ou recentemente, na autorização, liderança, implementação, avaliação ou governança de iniciativas orientadas por valor; foram excluídos os sem envolvimento direto e os que não consentiram. A suficiência da amostra foi avaliada pelo critério de poder de informação¹⁰, em seis categorias profissionais, da alta gestão à avaliação.

O roteiro abordou o que cada um entendia por valor, como as iniciativas foram autorizadas, os arranjos de governança e incentivo, a mensuração de desfechos, o envolvimento das equipes e as condições para a continuidade, sempre pedindo episódios concretos em que o apoio ficou incerto. As entrevistas duraram de 30 a 60 minutos e foram gravadas, transcritas e anonimizadas. As categorias de análise foram os tipos de legitimidade (pragmática, moral e cognitiva), o público que julga e a fase do projeto (implementação ou continuidade); a codificação foi feita no NVivo 15 e as categorias mais amplas foram construídas por comparação constante, em movimento abdutivo. As falas foram traduzidas do inglês pelos autores. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Humanidades e Ciências Sociais da Swansea University, Reino Unido, em 13/01/2026 (parecer 1 2025 15266 15088), com consentimento livre e esclarecido assinado por todos os participantes; por ter sido conduzida integralmente no Reino Unido, não tramitou na Plataforma Brasil e não possui CAAE. O trabalho contou com apoio da CAPES, Código de Financiamento 001.

RESULTADOS

A mudança orientada por valor tinha apoio na política e no discurso, mas governança, financiamento e prestação de contas não acompanhavam esse apoio. Cinco temas explicam por que a legitimidade seguiu frágil na continuidade. O primeiro é que o valor precisou ser traduzido o tempo todo para públicos diferentes: “se você está diante de um diretor financeiro, fala de dinheiro; diante de uma diretora de enfermagem, fala de pacientes” (P17). Histórias de pacientes geravam adesão moral e os dados sustentavam o argumento prático, mas nenhum bastava sozinho. A amplitude que tornava o conceito palatável a todos enfraquecia sua clareza: falar em cuidado de baixo valor podia soar como julgamento sobre a importância do trabalho profissional, e o vocabulário eficaz na área financeira comprometia a adesão clínica.

O segundo tema é que autorizar não significou, por si só, transferir responsabilidade, recursos e prestação de contas. Projetos-piloto financiados podiam seguir existindo sem que ninguém os assumisse (P17), e ter um responsável definido pesou mais do que apoio declarado:

“sempre é preciso haver um dono” (P14). Defensores da causa davam credibilidade e, ao mesmo tempo, fragilizavam o processo, porque a troca de gestores enfraquecia iniciativas cuja aceitação não havia migrado para funções e rotinas. Por trás disso operava uma lógica de sobrevivência institucional: “microgerenciamos o sistema de saúde em torno de dinheiro e, quando não é dinheiro, é desempenho” (P17).

O terceiro tema é que a evidência só passou a ter efeito quando havia confiança, tradução e autoridade para agir. Coletar dados não bastava: “não deveríamos pedir que pacientes preencham questionários de desfecho se nunca faremos nada com eles” (P04). A cadeia se rompia na operação, já que as equipes de programa e de avaliação identificavam alternativas sem gerir serviços nem controlar orçamentos, o que separava quem produzia evidência confiável de quem tinha autoridade para agir.

O quarto tema é que o encaixe na prática e a capacitação funcionaram como testes permanentes de legitimidade. Um programa de formação terminou quando o aperto financeiro impediu a liberação dos profissionais: o conteúdo seguiu sendo reconhecido como valioso, mas desapareceram as condições que tornavam a participação viável. A legitimidade se perdeu pela retirada silenciosa dos arranjos que sustentavam o acordo, não por discordância.

O quinto tema é que o valor populacional e preventivo foi o mais difícil de proteger em orçamentos anuais, porque depende de um cenário hipotético e não reduz despesa no presente: “eles sentem toda a dor, mas não sentem nenhum dos benefícios” (P12). Um serviço para pessoas neurodivergentes organizado pela necessidade, e não pela exigência de diagnóstico prévio, foi contestado por famílias para as quais o diagnóstico era o caminho legítimo de reconhecimento: ampliar a unidade de valor mexe também nos referenciais pelos quais as pessoas identificam o que é um cuidado legítimo.

A leitura conjunta dos temas revelou duas condições. Na legitimidade delimitada, o apoio basta para autorizar um piloto, mas depende de arranjos temporários; na absorvida, titularidade, autoridade, capacidade e recursos já fazem parte do funcionamento normal da organização (Quadro 1). A passagem de uma para a outra não veio por amadurecimento espontâneo, e sim por transferências específicas, cada qual aceita por um público diferente; várias iniciativas ficaram pelo caminho quando algumas aconteceram e outras não.

Quadro 1 – Condições de legitimidade delimitada e absorvida e transferências necessárias à conversão

Dimensão	Legitimidade delimitada	Legitimidade absorvida	Transferência necessária
Titularidade	Apoio pessoal de defensores da causa	Um serviço definido responde pela prática	Titularidade passa ao serviço que recebe
Recursos	Verba temporária, fora do orçamento	Verba permanente no planejamento	Financiamento entra no orçamento regular

Evidência	Dados sem ligação com decisões	Dados alimentam decisões autorizadas	Evidência ganha poder de decisão
Capacidade	Concentrada na equipe do programa	Distribuída em funções e rotinas	Capacidade vai além dos entusiastas
Desinvestimento	Sem meio de encerrar a prática antiga	Mecanismo previsto na governança	Autoridade para desinvestir é delegada

Fonte: os autores, 2026.

DISCUSSÃO

Os resultados confirmam a importância, já apontada pela literatura de sustentabilidade, de recursos permanentes, capacidade distribuída e encaixe no fluxo de trabalho^{4,5}. A lente da legitimidade acrescenta o julgamento que corre em paralelo à rotinização e o que acontece quando os dois se descolam. A manifestação mais clara disso foi o desacoplamento entre meios e fins¹¹: os questionários de desfecho eram aplicados com rigor e as equipes participavam, de modo que a prática estava incorporada como atividade, embora os dados não chegassem a decisões efetivas. Os modelos de rotinização classificariam essas iniciativas como bem-sucedidas; a análise de legitimidade mostra que se esvaziavam por dentro. A diferença entre a legitimidade sustentada pela persuasão e a sustentada pela estrutura¹² decompõe-se em transferências separadas, o que mostra em que ponto a iniciativa parou.

Daí decorrem implicações práticas. A continuidade precisa entrar no desenho do projeto, e não ficar para depois do piloto: definir quem receberá o serviço antes que o apoio acabe, abrir caminho para o orçamento permanente, vincular cada indicador a uma decisão e a quem tem autoridade para tomá-la e prever qual atividade será substituída; o Quadro 1 pode servir de instrumento de diagnóstico para comitês gestores. Entre as limitações, pacientes e profissionais da ponta não foram entrevistados diretamente, de modo que suas percepções chegam mediadas; a amostra buscou variedade de perspectivas, e não representatividade; e a distinção proposta, construída em um único sistema de saúde, deve ser tomada como chave de leitura transferível, não como descrição universal.

CONCLUSÃO

A legitimidade de iniciativas de saúde baseada em valor não cresce por acúmulo de apoio: muda de natureza quando a iniciativa deixa de depender da persuasão e passa a se apoiar em estruturas permanentes. A contribuição central do estudo é descrever essa passagem como a conversão da legitimidade delimitada em absorvida, composta por cinco transferências observáveis: a titularidade do serviço, o orçamento permanente, o poder de decisão sobre a evidência, a capacidade distribuída e a autoridade para desinvestir.

Na prática, organizações que autorizam ou ampliam iniciativas desse tipo precisam definir desde o começo quem herdará o serviço, com que orçamento, ligado a quais decisões e

substituindo qual atividade. Estudos futuros devem acompanhá-las ao longo do tempo e testar em outros sistemas a relação aqui proposta entre rotinização e legitimação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
2. Gray M. Population healthcare: a new clinical responsibility. *J R Soc Med.* 2016;109(12):437-8.
3. van Staaldin DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, et al. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):270.
4. Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implement Sci.* 2018;13(1):27.
5. May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology.* 2009;43(3):535-54.
6. Suchman MC. Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Acad Manage Rev.* 1995;20(3):571-610.
7. Steinmann G, van de Bovenkamp H, de Bont A, Delnoij D. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):862.
8. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding. *Int J Qual Methods.* 2006;5(1):80-92.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
10. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res.* 2016;26(13):1753-60.
11. Bromley P, Powell WW. From smoke and mirrors to walking the talk: decoupling in the contemporary world. *Acad Manag Ann.* 2012;6(1):483-530.
12. Melder A, McLoughlin I, Robinson T, et al. Using institutional entrepreneurship to understand innovation teams in healthcare. *BMJ Open.* 2021;11(9):e046750.