

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS

MESTRADO EM GESTÃO EMPRESARIAL – MEX

TRABALHO DE FINAL DE CURSO DE MESTRADO APRESENTADO POR

MARIA CLARA BORGES DE ANDRADE

**O PACIENTE TEM ESCOLHA? IDENTIFICANDO OS FATORES
INFLUENCIADORES DA SELEÇÃO DE CENTRO ONCOLÓGICO NO
SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE BRASILEIRO.**

Orientador Acadêmico

PROF. DR. LUIZ GUSTAVO MEDEIROS BARBOSA

Rio de Janeiro

2023

MARIA CLARA BORGES DE ANDRADE

**O PACIENTE TEM ESCOLHA? IDENTIFICANDO OS FATORES
INFLUENCIADORES DA SELEÇÃO DE CENTRO ONCOLÓGICO NO
SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE BRASILEIRO.**

Dissertação submetida à Escola Brasileira de
Administração Pública e de Empresas como
requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Gestão Empresarial

Área de concentração: Marketing

Orientador: Prof. Dr. Luiz Gustavo Medeiros
Barbosa

Rio de Janeiro

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas/FGV

Andrade, Maria Clara Borges de

O paciente tem escolha? Identificando os fatores influenciadores da seleção de centro oncológico no Sistema Suplementar de Saúde brasileiro / Maria Clara Borges de Andrade. – 2023.

88 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. Orientador: Luiz Gustavo Medeiros Barbosa. Inclui bibliografia.

1. Administração dos serviços de saúde. 2. Saúde suplementar - Brasil. 3. Pacientes. 4. Oncologia. I. Barbosa, Luiz Gustavo Medeiros. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD - 331.2554

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
MESTRADO EM GESTÃO EMPRESARIAL
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS

MARIA CLARA BORGES DE ANDRADE

“O PACIENTE TEM ESCOLHA? IDENTIFICANDO OS FATORES INFLUENCIADORES DA SELEÇÃO DE CENTRO ONCOLÓGICO NO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE BRASILEIRO”.

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO EM GESTÃO EMPRESARIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRA EM ADMINISTRAÇÃO.

DATA DA DEFESA: 14/09/2023

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE DA COMISSÃO EXAMINADORA: PROF^º LUIZ GUSTAVO MEDEIROS BARBOSA

<ASSINADO ELETRONICAMENTE>

PROF^º LUIZ GUSTAVO MEDEIROS BARBOSA
ORIENTADOR

<ASSINADO ELETRONICAMENTE>

PROF^º ÁLVARO BRUNO CYRINO
MEMBRO INTERNO

<ASSINADO ELETRONICAMENTE>

PROF^º SAULO BARROSO ROCHA
MEMBRO EXTERNO

<ASSINADO ELETRONICAMENTE>

RIO DE JANEIRO, 14 DE SETEMBRO DE 2023.

<ASSINADO ELETRONICAMENTE>

PROF^º FÁVIO CARVALHO DE VASCONCELOS
DIRETOR

<ASSINADO ELETRONICAMENTE>

PROF^º ANTONIO DE ARAUJO FREITAS JUNIOR
PRÓ-REITOR DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu este sonho e a força para persegui-lo, mesmo quando ele parecia absurdo.

À minha mãe Iracema pela fé inabalável na minha capacidade.

Ao meu pai Julio pelo exemplo de dedicação ao trabalho e por ser aquele quem mais sofreu com as minhas ausências.

Aos pacientes: eles são o início, meio e fim de todas as minhas decisões profissionais. Neste trabalho, contribuíram com a intimidade de seus pensamentos, seu tempo – tão valioso - e também com suas orações.

Ao meu orientador Dr Luiz Gustavo Barbosa pela excessiva paciência com as minhas limitações.

À Ana Carolina Andorinho, por seu entusiasmo e por manter minhas habilidades cognitivas sempre estimuladas. À Ana Paula Victorino e Tuane Freitas, por acreditarem neste trabalho quando ele era somente uma ideia.

À Dr^a Graziela Monnerat, Dr^a Leoneide Damasceno e Dr^a Rita Motroni por permitirem a coleta de dados desta pesquisa.

A todos os colegas de turma do MEX, que não mediram esforços para que eu aproveitasse cada passo desse caminho.

“ Eu não tenho hora pra morrer, por isso sonho ”

Rita Lee

RESUMO

Objetivo – O câncer é uma doença de alta morbimortalidade, relevância social e alto impacto financeiro para o sistema de saúde suplementar brasileiro e os centros oncológicos privados constituem uma área estratégica para investimento de hospitais, clínicas e operadoras de saúde. Esta pesquisa objetiva um melhor entendimento sobre os fatores de atração do paciente oncológico ao centro de tratamento, a um profissional médico, além de tentar elucidar as informações que poderiam ajudar a comparar os centros oncológicos e o responsável por esta escolha.

Metodologia – Esse trabalho foi realizado através de pesquisa quantitativa, com elaboração de instrumento do tipo *survey* com entrevistas de pacientes em duas clínicas no interior do Rio de Janeiro.

Resultados – A pesquisa demonstra que o processo de escolha de centro oncológico é complexo e heterogêneo e que provavelmente os pacientes preferem receber seus cuidados de um profissional de boa reputação, competente, com habilidades em comunicação em centros com maior qualidade de cuidado e melhor reputação. De forma geral, nota-se que a escolha do centro oncológico se deve principalmente às preferências do médico encaminhador em detrimento das características próprias da clínica. A literatura do tema sugere grande importância da divulgação de informações úteis e de fácil compreensão que permitam que usuários e médicos encaminhadores façam melhores escolhas. No entanto, permanece questionável no contexto atual brasileiro se os pacientes usariam mais informações caso fossem acessíveis e amigáveis e se de fato têm a oportunidade de escolha mesmo na iniciativa privada.

Limitações – Como o primeiro estudo nesse sentido no Brasil, outros estudos deverão explorar a seleção de centro oncológico, visto que os resultados desta pesquisa não podem ser generalizados para toda a população brasileira devido a pequena amostragem em localidade específica, mas podem auxiliar na compreensão da visão geral dos pacientes a respeito do tema.

Aplicabilidade do trabalho – Esta pesquisa busca melhorar o planejamento estratégico dos centros oncológicos privados brasileiros para que pacientes e gestores possam fazer melhores escolhas, aumentando o *market share* e a qualidade da assistência oncológica.

Palavras-chave: gestão de serviços de saúde, tomada de decisão em saúde, tomada de decisão em oncologia, gestão de serviços de saúde em oncologia

ABSTRACT

Purpose – Cancer has high morbidity and mortality, social relevance and high financial impact for the Brazilian private health system. Private cancer centers are a strategic area for investments by hospitals, clinics and health operators. This research seeks a better understanding of the factors that attract oncology patients from the Brazilian private health system to cancer centers, doctors, and to comprehend the information that could help the comparison of these centers besides seeking the person responsible for this choice.

Design/methodology/approach – This research used quantitative method, through a survey-type instrument by interviewing patients of two clinics in the countryside of Rio de Janeiro.

Findings – The research demonstrates that the process of choosing a treatment center is a complex and diverse one and that patients probably prefer to receive their care from a doctor with good reputation, competent and with good communication skills in centers with higher quality of care and better reputation. The choice of a cancer center is mainly based on the preferences of the referring physician instead of specific characteristics of the clinic. The literature on the subject suggests a great importance of disseminating useful and easy-to-understand information that allows users and referring physicians to make better choices. However, it remains questionable in the current Brazilian context whether patients would use more information if it were accessible and relevant and whether they actually have the opportunity to choose even in the private healthcare system.

Research limitations/implications – As a pioneer study in Brazil, further studies should explore the attraction to a cancer center, since the results of this research may not apply to the entire Brazilian population due to the small sample interviewed in a specific location, but can help in understanding the general idea of patients regarding the topic.

Practical implications – This research seeks to improve the strategic planning regarding private cancer centers so patients and health operators can make better choices, increasing market share and the quality of oncology care.

Keywords: health services management, health decision making, decision making in oncology, health services management in oncology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1. | População e número de usuários de plano de saúde da Região Serrana . | 13 |
| Figura 1. | Processo de tomada de decisão segundo Peter Drucker em 1967..... | 19 |
| Figura 2. | As quatro fases da tomada de decisão por Herbert Simon | 21 |
| Tabela 2. | Valores do coeficiente de Cronbach dos blocos 2 e 3 do questionário ... | 43 |
| Tabela 3. | Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente α de Cronbach ... | 44 |
| Tabela 4. | Características dos respondentes | 45 |
| Tabela 5. | Importância do médico encaminhador | 47 |
| Tabela 6. | Seleção do centro oncológico | 47 |
| Tabela 7. | Importância das características do centro oncológico | 49 |
| Tabela 8. | Importância das informações comparativas de centros oncológicos | 50 |
| Tabela 9. | Importância das características do médico | 51 |
| Tabela 10. | Experiência do paciente | 52 |
| Tabela 11. | Local de tratamento | 53 |
| Tabela 12. | Importância do médico encaminhador | 53 |
| Tabela 13. | Relação entre o médico e a estrutura | 54 |
| Tabela 14. | Síntese da bibliografia mais relevante do referencial teórico | 84 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 Contextualização e relevância do problema | 10 |
| 1.2 Contextualizando a pesquisa: distribuição de prestadores privados de serviço oncológico na região Serrana do Rio de Janeiro | 12 |
| 1.3 Motivação | 14 |
| 1.4 Objetivo geral | 15 |
| 1.5 Objetivos específicos | 15 |
| 1.6 Perguntas de pesquisa | 15 |
| 1.7 Desenvolvimento da pesquisa | 15 |
| 1.8 Revisão de literatura | 16 |
| 1.9 Metodologia | 18 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 19 |
| 2.1 Tomada de decisão | 19 |
| 2.2 Tomada de decisão no contexto de consumo | 22 |
| 2.3 Particularidades da tomada de decisão em saúde | 24 |
| 2.4 Aspectos do paciente e de sua doença | 26 |
| 2.5 Influência das informações em saúde | 30 |
| 2.6 Características do médico e do centro oncológico | 35 |
| 3. MÉTODO DE PESQUISA | 39 |
| 3.1 Justificativa da metodologia escolhida | 39 |
| 3.2. Coleta de dados e população do estudo | 40 |
| 3.3 Instrumento de pesquisa | 41 |
| 3.4 Análise de dados | 41 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 43 |
| 4.1 Descrição dos resultados | 43 |
| 4.1.1 Considerações metodológicas | 43 |
| 4.1.2 Características sociodemográficas | 44 |
| 4.1.3 Seleção do centro de tratamento oncológico | 46 |
| 4.1.4 As características do centro oncológico | 48 |
| 4.1.5 Importância das informações | 50 |
| 4.1.6 Importância das características do profissional médico | 51 |
| 4.1.7 Experiência do paciente..... | 52 |

| | |
|---|----|
| 4.1.8 Correlação entre respostas | 52 |
| 4.2 Análise e discussão dos resultados..... | 55 |
| 4.2.1 Processo de decisão da escolha do centro oncológico | 55 |
| 5. CONCLUSÃO | 66 |
| 5.1 Limitações e perspectivas futuras | 66 |
| 5.2 Relevância da pesquisa | 67 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| 7. ANEXOS | 76 |
| 7.1 Instrumento de pesquisa | 76 |
| 7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 81 |
| 8. APÊNDICE | 84 |

1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão expostos a contextualização e a relevância do problema com enfoque no cenário brasileiro, com um breve panorama do interior do Rio de Janeiro - área onde foi efetuada a pesquisa – além de reflexão sobre o processo de tomada de decisão.

1.1 Contextualização e relevância do problema

O câncer constitui a segunda causa mais prevalente de morte no Brasil com cerca de 232 mil mortes e 450 mil novos diagnósticos ao ano - excetuando-se os cânceres de pele não melanoma (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022b). Segundo projeções do Instituto Nacional de Câncer (2020) e da Organização Mundial de Saúde (2021) é esperado um aumento de 66% no número de casos novos e 81% na mortalidade por câncer no Brasil até 2040, o que elevaria os gastos em Oncologia no Sistema Único de Saúde de R\$ 3,50 bilhões de reais em 2018 (em pacientes a partir de 30 anos de idade) para R\$ 7,84 bilhões em 2040. Estima-se atualmente que a cobertura das operadoras de saúde contemple quase 50 milhões de brasileiros (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2022) de um total de 203 milhões de habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEMOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023). Segundo a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (2019), foi estimado que em 2017 as despesas diretas com o câncer na saúde privada chegaram a 14,5 bilhões de reais, sendo quase 40% deste valor gasto em quimioterapia. Nesse sentido, as neoplasias malignas geram altos investimentos de recursos financeiros tanto no âmbito de saúde pública, quanto na saúde suplementar.

Além disso, justamente por constituir grande causa de morbimortalidade, o câncer gera enorme sobrecarga física e emocional para os pacientes, que apresentam necessidade de tratamento especializado. O doente oncológico, como um cliente com demandas múltiplas e complexas, traz desafios tanto para o sistema público quanto para as Operadoras de Saúde do sistema suplementar, visto a necessidade de cuidado interdisciplinar (de diversas especialidades médicas), multidisciplinar (através da atuação de enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, entre outras), além da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Esse cuidado, envolvendo parcial ou integralmente os domínios citados, é comumente concentrado em um centro oncológico especializado, que reúne a possibilidade de acompanhamento médico, multiprofissional e realização de tratamento oncológico injetável ou

infusional. Em alguns casos, há ainda integração com serviços de Radioterapia, outra modalidade de tratamento oncológico. Portanto, trata-se de doença prevalente, com alta relevância social e que mobiliza investimentos vultuosos da saúde suplementar em infraestrutura, mão de obra especializada, além de terapias e procedimentos antineoplásicos.

Com o aumento crescente das doenças oncológicas pela transição demográfica e mudanças de estilo de vida, os centros especializados em tratamentos oncológicos - cada vez mais dispendiosos - têm o mercado aquecido e em expansão, constituindo uma área estratégica para investimento de hospitais, clínicas e operadoras de saúde. Nesse contexto, os centros oncológicos privados vêm realizando aprimoramentos crescentes em tecnologia, estrutura, *marketing*, relacionamento com cliente, entre outros. Isso se justifica à medida que, apesar da tendência à verticalização da rede assistencial (AZEVEDO JUNIOR *et al.*, 2012), centralizada em uma única clínica provedora de cuidado, os pacientes frequentemente apresentem mais de uma opção de centro oncológico.

A possibilidade de escolha do prestador de serviço é interessante do ponto de vista do usuário, no entanto, apesar das políticas em muitos países que oferecem diferentes opções, há poucas informações sobre as motivações desta seleção, tanto no Brasil quanto no restante do mundo. Em um mercado tão competitivo, torna-se vantajoso compreender as principais características que levam os pacientes com câncer usuários da saúde suplementar brasileira a escolher determinado centro oncológico. Há pouquíssimas evidências do impacto das políticas corporativas - frequentemente dispendiosas - na eleição de um centro como preferencial, sendo os poucos estudos existentes estrangeiros e concentrados no tratamento cirúrgico.

Embora existam diferentes modelos de remuneração em oncologia privada, um dos mais relevantes é a estratégia de “verticalização”, com a centralização dos pacientes em clínicas próprias da operadora (podendo ou não haver outros prestadores credenciados na mesma localidade), sendo este um modelo mais centrado na redução de custos. Outro modelo comumente encontrado no Brasil se refere às clínicas prestadoras de serviço com a possibilidade de credenciamento a várias operadoras de saúde. Ambos, quando em ambientes competitivos, lançam mão de táticas para expansão e fidelização de clientes.

Há dúvidas se as estratégias empresariais atuais podem estar desconsiderando os desejos do paciente que possui mais de uma possibilidade de centro de tratamento credenciado. Dessa

forma, o entendimento das características que levam pacientes a selecionarem o centro oncológico visa melhorar tais técnicas. Enquanto se busca a maior atração dos pacientes às clínicas e conseqüentemente maior lucratividade, gestores e operadoras de saúde poderão implementar ações com enfoque nas necessidades e valores dos pacientes, inclusive melhorando a qualidade da assistência e alinhando o cuidado com os desejos dos clientes.

1.2 Contextualizando a pesquisa: distribuição de prestadores privados de serviço oncológico na região Serrana do Rio de Janeiro

A cidade de Nova Friburgo, onde ocorreu a pesquisa, é a segunda maior cidade da região serrana (a primeira é Petrópolis, localizada a 153 km de distância), se localizando na área central do estado do Rio de Janeiro a 140 km da capital. As principais atividades econômicas locais são a indústria metal-mecânica e a têxtil, sendo a principal produtora de moda íntima do país, com destaque também na horticultura, produção de flores de corte (segunda maior do país), turismo e gastronomia – estes últimos por sua bela natureza e clima mais frio do estado. A cidade conta com cerca de duzentos e cinco mil habitantes, sendo um quarto usuário de planos de saúde.

A operadora de maior destaque na localidade é uma cooperativa de serviços médicos fundada na cidade em 1975 que atua em parceria com outras singulares por intermédio de organizações estaduais e nacionais de regulação, integrando um sistema próspero de operadoras de saúde por todo o país, principalmente no interior. Este está presente em 84% do território brasileiro, com mais de 18 milhões de usuários de 340 cooperativas e 118 mil médicos (UNIMED DO BRASIL, 2023). Dessa forma, cada cooperativa tem área de ação e para prestação de serviço fora deste território será utilizada rede conveniada da operadora local através de acordos mediados pelas federações estaduais. A cooperativa local é portanto detentora dos contratos de prestação de serviço em dezesseis municípios do interior do estado, sendo eles: Nova Friburgo, Teresópolis, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Cordeiro, Cantagalo, Duas Barras, Sumidouro, Macuco, Carmo, Santa Maria Madalena, Guapimirim, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes, Magé e São José do Vale do Rio Preto. Logo, todos os serviços prestados nesta região para pacientes credenciados a outras cooperativas ocorrem por intermédio do sistema intercâmbio. O entendimento dessa dinâmica torna-se relevante para a compreensão de que os usuários da operadora local não residem integralmente na área citada, assim como há inúmeros pacientes usuários de diversas outras cooperativas por todo o país que utilizam os serviços locais, não havendo uma estimativa precisa sobre este número. Sabe-se que a operadora local é responsável

por pouco mais de 50.000 vidas e que há um outra operadora de saúde local que possui cerca de 9,4 mil usuários (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2022). Há também usuários de outras operadoras na região que prestam serviços em rede credenciada não própria, de difícil contabilização e cuja rede de apoio para terapia oncológica é inconsistente. O entendimento deste cenário também permite entender as possibilidades de deslocamento. Abaixo estão os municípios da área de atuação da operadora local com suas respectivas populações pelo Censo de 2022 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023) e seu número de usuários de planos de saúde em março de 2023 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2023). A área é bem similar ao que se convencionou como Região Serrana do estado do Rio de Janeiro, com a exclusão de Petrópolis, que tem sua própria cooperativa, e inclusão do município de Magé, que compõe a região da Baixada Fluminense.

Tabela 1 – População e número de usuários de plano de saúde da Região Serrana

| <i>Município</i> | População | Usuários de planos de saúde |
|--------------------------------------|------------------|------------------------------------|
| <i>Nova Friburgo</i> | 204.625 | 49.186 |
| <i>Teresópolis</i> | 189.036 | 37.460 |
| <i>Magé</i> | 248.208 | 32.233 |
| <i>Guapimirim</i> | 50.409 | 6.427 |
| <i>Cachoeiras de Macacu</i> | 53.887 | 6.388 |
| <i>Cordeiro</i> | 20.843 | 3.637 |
| <i>Bom Jardim</i> | 28.166 | 3.299 |
| <i>Cantagalo</i> | 19.443 | 2.804 |
| <i>Carmo</i> | 17.149 | 2.705 |
| <i>São José do Vale do Rio Preto</i> | 22.125 | 1.488 |
| <i>Macuco</i> | 5.446 | 1.397 |
| <i>Santa Maria Madalena</i> | 9.704 | 1.053 |
| <i>Duas Barras</i> | 11.102 | 916 |
| <i>Sumidouro</i> | 18.286 | 843 |
| <i>Trajano de Moraes</i> | 10.303 | 645 |
| <i>São Sebastião do Alto</i> | 7.707 | 478 |
| <i>Total da região:</i> | 916.439 | 150.959 |

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023) e Agência Nacional de Saúde (2023)

Optou-se por incluir na pesquisa somente pacientes usuários desta operadora de saúde previamente descrita, visto que para estes a rede credenciada de centro oncológico na localidade é conhecida e previsível, assegurando que todos os pacientes tivessem pelo menos três opções,

incluindo duas clínicas em Nova Friburgo, uma da rede própria e um prestador terceirizado, e uma clínica em Teresópolis (77 km de distância). Para pacientes com plano de abrangência estadual ou nacional, há ainda clínicas em outros municípios adjacentes, listados a seguir com as respectivas distâncias em relação a Nova Friburgo (sinalizadas entre parênteses): Niterói (122 km de distância), Macaé (122 km), Rio de Janeiro (140 km), Petrópolis (153 km), Cabo Frio (177 km), Itaperuna (192 km), Campos dos Goytacazes (211 km), Volta Redonda (234 km), Barra Mansa (238 km) e Resende (270 km) (UNIMED, 2023).

1.3 Motivação

A Medicina tem como foco principal o paciente, que deve ser o centro do cuidado. Quando o médico se insere no campo da gestão de serviço de saúde, tanto no âmbito privado quanto público, a relação médico paciente é extrapolada, com impacto a saúde de um número muito maior de pessoas além da assistência individual ao binômio paciente e família. Além de dominar as melhores técnicas, com tratamentos personalizados, é preciso inserir seu paciente no contexto do sistema de saúde juntamente com outras milhares e até milhões de pessoas. Este trabalho, de enorme importância estratégica, por vezes tem sido alvo de controvérsias, pois no próprio meio médico a mudança do foco do nível individual para o público pode soar como “desumanização” da medicina e do dever médico. No entanto, é evidente que a assistência médica de qualidade só pode ser atingida com manejo ótimo dos recursos e preocupação com a sustentabilidade do sistema de saúde, visto que a gestão desses serviços não se difere em suas características básicas da gestão de outros segmentos, diferente do que pode permear o imaginário da população brasileira (MIGUELES, 2014). É preciso ressaltar também o imenso progresso científico e tecnológico que ocorreu na Medicina nos últimos anos, com grande impacto nos benefícios e também nos custos dos tratamentos oncológicos. Se por um lado isso traz grande satisfação na assistência médica, que passa a oferecer terapias mais eficazes e com menor toxicidade, por outro há a elevação do desafio em acomodar o escalonamento de custos com todas as outras demandas de saúde de uma determinada população, inclusive de forma preventiva. O presente trabalho surge, portanto, do interesse em conhecer melhor os valores de um subgrupo de pacientes dentro da realidade privada do interior do Brasil, e de alinhar o cuidado médico e as estratégias gerenciais aos valores dos clientes, de forma profissional e ética.

1.4 Objetivo Geral

A presente pesquisa busca o melhor entendimento sobre os elementos determinantes para a escolha do centro oncológico como forma de melhorar as estratégias empresariais, para evitar que os desejos do cliente sejam subestimados e que se busque outro que prestador credenciado. Enquanto se busca o maior *market share*, gestores e operadoras de saúde poderão implementar ações com enfoque nas necessidades e valores dos pacientes, melhorando a produtividade e também a qualidade da assistência e o cuidado com os desejos dos clientes.

1.5 Objetivos específicos

A presente pesquisa também objetiva compreender a importância de características específicas do centro oncológico e do médico para a escolha da clínica, além de compreender quem é o principal responsável por essa decisão.

1.6 Perguntas de pesquisa

Este estudo visa responder à pergunta principal: até que ponto o paciente oncológico escolhe seu centro de tratamento?

Pretende-se também responder, de forma secundária, a outras perguntas, a saber:

- I. Quais são as principais características do centro oncológico capazes de atrair o paciente?
- II. Quais são as informações que os pacientes com câncer consideram mais relevantes para comparar centros oncológicos?
- III. Quais características do médico são mais importantes para torná-lo o profissional eleito?
- IV. Quem é o principal responsável pela escolha de um centro de tratamento oncológico?

1.7 Desenvolvimento da pesquisa

A presente pesquisa, visando cumprir os objetivos estabelecidos e responder as perguntas de pesquisa, foi estruturada nas seguintes etapas: primeiramente foi realizada extensa revisão

bibliográfica com seleção de estudos relevantes e atuais do tema, com elaboração do instrumento de pesquisa do tipo *survey*, sendo escolhido método quantitativo, cujos dados foram analisados por estatística descritiva e discutidos à luz da bibliografia do tema. A pesquisa demonstra que o processo de escolha de centro oncológico é complexo, variável e que mais provavelmente os pacientes preferem profissional de boa reputação, competente, com habilidades em comunicação em centros com maior qualidade de cuidado e melhor reputação. De forma geral, nota-se que a escolha do centro oncológico se deve principalmente às preferências do médico encaminhador em detrimento das características próprias da clínica. No entanto, permanece questionável no contexto atual brasileiro se os pacientes usariam mais informações caso fossem acessíveis e amigáveis e se de fato têm a oportunidade de escolha mesmo na iniciativa privada.

1.8 Revisão da literatura

A tomada de decisão constitui habilidade humana fundamental, superando uma análise simplista que poderia resumi-la à seleção entre diferentes alternativas em busca do melhor desfecho diante de informações e projeções hipotéticas. O interesse e a diversidade de perspectivas conforme o olhar das ciências da saúde, exatas e humanas comprova que este processo pode ser altamente complexo na dependência do contexto da decisão em questão, de sua importância, das informações disponíveis para o agente, de fatores estressores, da capacidade cognitiva do indivíduo, suas experiências prévias e de muitas outras influências, havendo inúmeras teorias para tentar compreendê-lo em sua plenitude.

O processo específico da seleção do centro oncológico - com potencial impacto significativo futuro - tem várias peculiaridades, podendo se aproximar ou distanciar do comportamento humano de consumo, na dependência dos valores individuais. Quanto maior o número de opções, a dificuldade de análise dos atributos conforme informações disponíveis, o grau de incerteza sobre os desfechos, maior a dificuldade em tomar a decisão. No contexto de saúde, em que os próprios especialistas têm dificuldade de fazer previsões acerca dos desfechos, quando as informações disponibilizadas podem ser de difícil compreensão e até indesejáveis por seu conteúdo por vezes dolorosos e quando as emoções e a condição clínica do cliente podem impor dificuldades práticas para exercício da racionalidade e realização dos desejos, comumente a postura de consumo clássica é substituída por um comportamento mais passivo.

No contexto do paciente oncológico em busca de clínica e de especialista para tratamento da doença não há trabalhos significativos na saúde privada brasileira. No exterior, este cliente foi estudado quanto seus valores e desejos, principalmente no tocante a escolha do cirurgião e do hospital para tratamento cirúrgico oncológico. Esse interesse específico decorre da estruturação dos sistemas de saúde públicos e privados diversa do que ocorre no Brasil, frequentemente com múltiplas opções de escolha mesmo na saúde pública. Assim, o interesse no maior entendimento desse cliente decorre do impacto financeiro no sistema de saúde visto a importante contribuição das atividades cirúrgicas na remuneração das instituições, inclusive justificando alterações na conformação estrutural dos serviços de saúde pela mobilização geográfica dos doentes e seu padrão de escolha ao longo do tempo. Esta diferente estruturação dos serviços de saúde oncológicos é tão divergente entre os países que em alguns locais os próprios cirurgiões prescrevem os tratamentos sistêmicos deixando para a especialidade oncológica clínica apenas casos de neoplasias hematológicas e linhas subsequentes de tratamentos paliativos.

Dessa forma, pode-se inferir que provavelmente são os mesmos pacientes em momentos diferentes da terapia antineoplásica, com similaridade entre o perfil dos pacientes oncológicos cirúrgicos e clínicos. As diferenças entre os temas estudados - tratamento oncológico clínico ou cirúrgico - decorrem provavelmente de estruturações diversas dos sistemas de saúde. As divergências entre as pesquisas também podem decorrer de questões culturais ou peculiaridades a que estão expostas as populações entrevistadas, porém as emoções, os fatores estressores, a busca por informações, o uso das mesmas, as preocupações, as questões clínicas e demográficas, entre outros fatores influenciadores dos processos decisórios podem se assemelhar entre pacientes com câncer em busca de tratamento, inclusive em diferentes países. Logo, a leitura reflexiva dessas pesquisas pode embasar o presente estudo por sua proximidade ao contexto em análise.

Há evidências que diferenças socioeconômicas e raciais possam impactar na escolha do centro oncológico, com pacientes de determinadas características tendo maior capacidade de mobilização que os demais. Além disso, as informações disponíveis e a forma com que são apresentadas podem gerar impacto na escolha dos centros de tratamento oncológico. No entanto, uma parcela significativa dos doentes, embora aparentemente interessada, parece ter dificuldade em utilizar tais informações na escolha e alguns autores se dedicam a tentar

compreender esse aparente paradoxo. Alguns países inclusive disponibilizam boletins com dados sobre serviços oncológicos como política de saúde pública e seu uso (ou ausência do uso) também se tornou alvo de pesquisas. O objetivo dos estudos, de forma geral, é compreender como disponibilizar informações de forma que o indivíduo possa fazer as melhores escolhas de acordo com suas crenças. Há também investigações sobre a importância de características específicas do centro oncológico e dos profissionais médicos para a escolha da clínica, enquanto outra questão interessante é se os pacientes são de fato os responsáveis pela escolha do centro oncológico. O seguimento dos pacientes oncológicos a longo prazo e sua experiência nos serviços de saúde também poderia, teoricamente quando positiva, fidelizar o paciente a determinados serviços. Na revisão bibliográfica do tema estudado (em seção subsequente) haverá um aprofundamento das questões acima à luz da literatura atual.

1.9 Metodologia

Almejando-se o cumprimento dos objetivos mencionados anteriormente, foi optado por método quantitativo com entrevistas realizadas em duas clínicas privadas na cidade de Nova Friburgo, no interior do estado do Rio de Janeiro. Todos os pacientes entrevistados, totalizando cento e cinco, tinham seguro saúde que garantia no mínimo três opções de clínicas em até 80 km de distância. De forma sumária, o questionário buscava avaliar as características do médico e do centro oncológico importantes para escolha da clínica, o responsável pela escolha, a importância do médico encaminhador, as fontes de informações utilizadas e quais os dados que seriam interessantes para comparação entre os centros oncológicos.

No próximo capítulo, será apresentada de forma resumida a bibliografia mais atual e relevante do tema, que embasou o questionário utilizado à medida que gerou hipóteses sobre as preferências do paciente oncológico em relação ao seu local de tratamento.

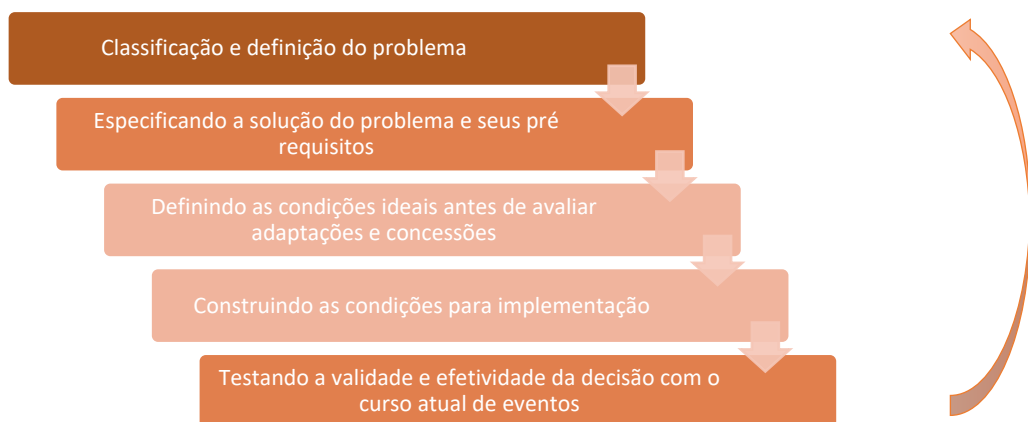
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Tomada de decisão

A tomada de decisão é uma habilidade humana fundamental e consiste em ponderar entre alternativas e escolher à luz de valores e crenças individuais aquela que mais provavelmente o levará a alcançar o máximo de objetivos almejados. O processo decisório pode ser analisado sob diversas perspectivas, entre elas ciências relacionadas aos campos da Filosofia, Administração, Psicologia cognitiva, Neurociências, Psiquiatria, Economia, entre outras.

A escolha do centro oncológico é uma decisão altamente relevante para os pacientes oncológicos, com potencial impacto sobre desfechos como sobrevida e qualidade de vida – do próprio indivíduo, mas também, dos entes ao seu redor. Sugerir que a tomada de decisão é uma simples seleção de uma alternativas para a solução de um problema é muito simplista. O processo de tomada de decisão envolve várias etapas, entre elas: reconhecimento da existência de um problema, identificação deste, especificação dos critérios de decisão, geração de soluções alternativas, avaliação das mesmas, escolha da solução, implementação da mesma e observação (MIHALCIUC; MARIA, 2019). As informações recebidas alimentam todas essas etapas. A figura abaixo busca ilustrar uma sequência resumida das etapas conforme a visão de Peter Drucker (1967).

Figura 1 - Processo de tomada de decisão segundo Peter Drucker em 1967



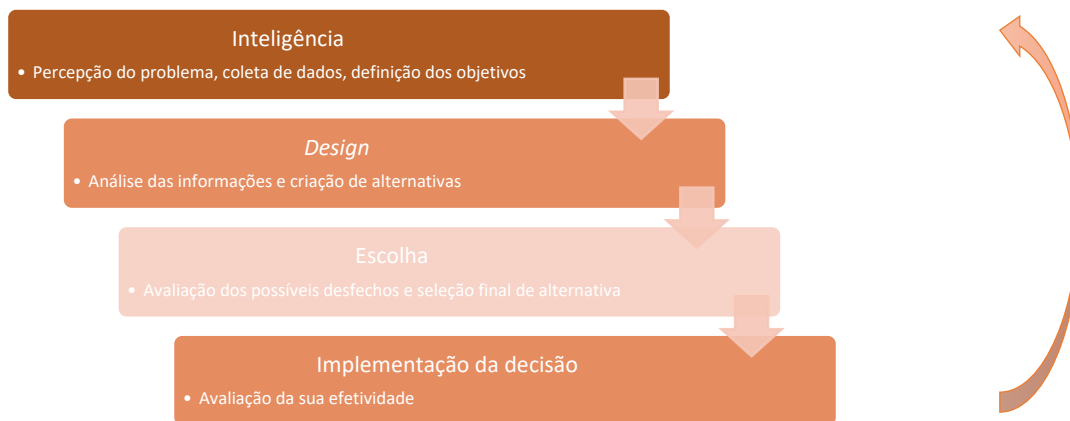
Fonte: Mihalciuc; Maria (2019)

A literatura sobre tomada de decisão apresenta modelos diferentes de estrutura teórica para explicar o processo (MORELLI *et al.*, 2021). A Teoria Normativa versa sobre a forma como as decisões deveriam ser tomadas de forma ideal e totalmente racional, otimizadas através de análises matemáticas, com melhor predição de resultados. Essa teoria tem abordagem prescritiva, pois se baseia na Teoria da Utilidade Esperada, que preconiza a ponderação das probabilidades de seus desfechos e a utilidade de cada possibilidade. A decisão correta seria aquela que envolveria a maior probabilidade de melhores desfechos. Na prática, percebe-se menor aplicabilidade desta teoria pelo acesso insuficiente a informações necessárias para a decisão e pela imprevisibilidade de suas consequências.

As estratégias da Teoria Descritiva, por outro lado, têm abordagem mais prática e podem ser avaliadas em experimentos, visando elucidar as falhas da racionalidade na tomada de decisão (MORELLI *et al.*, 2021). Para se contrapor às limitações da Teoria da Utilidade Esperada, a Teoria Descritiva se baseou na Teoria do Prospecto, que se subdivide na fase de análise preliminar (organizadora das opções disponíveis), seguida pela fase final (a seleção da melhor opção). Essa teoria busca explicar a assimetria da percepção dos dados de uma seleção: o indivíduo estabelece um referencial à luz de suas crenças, e os desfechos acima deste valor serão considerados lucro e os abaixo, prejuízo. Dessa forma, o processo decisório seria influenciado pelo contexto e pelas experiências individuais, que moldariam as expectativas, levando a decisões aceitáveis, não necessariamente ideais, mas às custas de menor demanda cognitiva que na Teoria da Utilidade Esperada.

Herbert Simon, estudioso do processo de tomada de decisão por mais de cinquenta anos, tinha a percepção de que, no momento de uma decisão, os indivíduos não dispunham nem de todas as informações relevantes, nem do discernimento para avaliá-las (SCHWARTZ *et al.*, 2002). Observou também limite cognitivo para o processamento de informações na resolução de problemas, especialmente os mais complexos, devendo compor o processo decisório a procura por recursos alternativos. Propôs, então, a Teoria da Racionalidade Limitada, que o condecorou com o Prêmio Nobel de Economia em 1978 (SCHWARTZ *et al.*, 2002). Simon também foi um estudioso da Psicologia, sugerindo três fatores principais do esforço no processamento de dados e na eleição da opção final - são eles: atenção, informação e estresse. Em 1977, Simon apresenta as quatro fases da tomada de decisão, representadas na figura abaixo.

Figura 2 - As quatro fases da tomada de decisão por Herbert Simon



Fonte: Pomerol; Adam (2004)

A racionalidade ecológica propõe que, além dos limites da cognição humana, a tomada de decisão também sofra influência do ambiente, devendo os processos cognitivos utilizados para a solução serem apropriados para o seu contexto (MORELLI *et al.*, 2021). Vieses cognitivos são uma distorção no julgamento levando a irracionalidade; estes se dividem em tipos diferentes de vieses que podem influenciar o processo de tomada de decisão. Aos processos cognitivos que ignoram parte das informações como estratégia para encurtar e facilitar a decisões de forma irracional, consciente ou inconscientemente, dá-se o nome de heurística. Segundo Simon, heurística define “qualquer princípio ou recurso que contribua para a redução na procura habitual por uma solução” (SCHWARTZ *et al.*, 2002, tradução nossa).

A Teoria do Processo Dual da cognição de Daniel Kahneman, ganhador do Nobel de Economia em 2002 pelos estudos em Psicologia Cognitiva na tomada de decisão, expõe dois mecanismos mentais a respeito do processo decisório, sendo eles: um mais intuitivo, rápido, com julgamentos mais automatizados, mais emotivo e difícil de controlar (conhecido como Sistema 1) e outro mais lento, controlado e deliberado (Sistema 2), mais fácil de controlar (MORELLI *et al.*, 2021). O sistema intuitivo filtra um maior número de informações menos relevantes, com alta eficiência, com base em experiências pregressas, enquanto o sistema deliberativo analisa muito mais cenários e desfechos possíveis. A interação entre os dois otimiza o tempo e reduz o esforço para uma decisão corriqueira. A Teoria do Prospecto e a heurística explicam os erros a que está submetido o processo decisório.

Um assunto relevante para o tema do presente estudo é a importância das emoções no processo de tomada de decisão. Morelli *et al.* (2021) resumiram os últimos trinta e cinco anos de pesquisa sobre o tema: as emoções constituem impulsionadores potentes de tomada de decisão, influenciam o processo decisório de forma inconsciente e indesejada, surgem rapidamente e provocam ação rápida e quando suas influências são indesejáveis, controlar seus efeitos mediante esforço de forma isolada é difícil. Algumas teorias buscam explicar a relação entre emoções e tomada de decisão, entre elas a Hipótese de *Risk-as-feeling* de Loewenstein destaca como as reações emocionais em situações de risco divergem da avaliação objetiva, criticando as teorias prévias que menosprezavam o impacto das emoções no comportamento humano. O autor diferencia as emoções antecipadas, previstas como consequência de determinado desfecho e as emoções antecipatórias a situações de medo e ansiedade, imprevisíveis, como aquelas que ocorrem em uma situação de risco; na sua visão, as emoções são necessárias, mediando o comportamento em situações de risco.

A avaliação emotiva atribuindo conotação positiva ou negativa a um estímulo pode alterar o julgamento, trazendo uma diversidade de interpretações possíveis (MORELLI *et al.*, 2021). A heurística do afeto coloca as emoções como filtro do processo decisório especialmente em condições complexas e com recursos limitados, buscando estimar possíveis desfechos de forma ágil.

A hipótese do marcador somático de Damasio estabeleceu, através de experimentos controlados com pacientes com lesões no córtex pré-frontal ventromedial - área responsável pela integração entre as emoções e a previsão das consequências de suas ações – que as mudanças no corpo deflagradas por emoções durante o processo de tomada de decisão tornam algumas opções vantajosas e outras desvantajosas (MORELLI *et al.*, 2021). Sem o funcionamento desta área, há prejuízo à capacidade decisória apesar da preservação das demais funções cognitivas, incluindo a habilidade de raciocínio analítico.

Apesar de estudos com neuroimagem funcional corroborarem que as decisões extrapolam a racionalidade e incluem componente inconsciente ligado a afetividade, mais pesquisas são necessárias para compreender amplamente e em todas as suas dimensões o complexo processo decisório humano.

2.2 Tomada de decisão no contexto de consumo

No contexto de consumo, o processo de decisão assume algumas peculiaridades. Em geral, a decisão envolve muitas alternativas, algumas com atributos de valores definidos e outros

incertos e nem sempre as alternativas são comparáveis. Bettman *et al.* (1993) consideram que a dificuldade da escolha aumenta conforme os seguintes fatores: número maior de alternativas e características dos atributos, o grau de dificuldade em compreender ou processar os valores dos atributos, o grau de incerteza de tais valores e a redução na quantidade de atributos compartilhados. A forma como as informações são disponibilizadas também pode constituir fator de dificuldade; segundo os mesmos autores, as fontes de informações podem ser divididas entre aquelas encontradas na memória do consumidor e aquelas exibidas no meio externo. As informações podem ser encontradas em rótulos, em livros, folhetos, nas redes sociais, em sites eletrônicos ou através de trocas com família, amigos, vendedores ou, ainda, através de políticas públicas que ordenem disponibilização de informações padronizadas. As informações também podem ser obtidas de forma implícita, pela observação do comportamento alheio. A organização das informações também pode dificultar os julgamentos comparativos quando há diferentes opções expostas de forma fragmentada.

Por sua vez, as decisões de consumo também podem ser divididas entre as que utilizam informações armazenadas na memória do consumidor e aquelas reflexas a estímulo exógeno. As informações baseadas na memória são frequentemente incompletas, dificultando o uso das estratégias de escolha. A maior parte das decisões deve resultar de uma integração dessas fontes (BETTMAN *et al.*, 1993).

Em geral, há dois tipos de estratégias na tomada da decisão: as já empregadas em escolhas similares prévias ou aquelas formuladas após novos modos de avaliar as informações disponíveis (BETTMAN *et al.*, 1993). Os processos utilizados, por sua vez, variam conforme outros fatores, como, por exemplo, a importância da decisão. Para escolhas mais simples do cotidiano é utilizada a via previamente descrita como intuitiva, (BETTMAN *et al.*, 1993) com decisões rápidas e automatizadas. Quanto maior a relevância da decisão, no entanto, mais complexas as estratégias de busca de informações, análises dos possíveis desfechos e, assim, maior o esforço despendido. A restrição de tempo para a decisão final, as habilidades individuais e as questões sociais são alguns dos fatores que influenciam a forma como os consumidores reagem. As hipóteses das teorias racionais e não racionais discutidas anteriormente também se conectam com o processo decisório do indivíduo no papel de consumidor.

2.3 Particularidades da tomada de decisão em saúde

A tomada de decisão no contexto da saúde tem algumas particularidades, uma vez que as consequências podem implicar em “vida ou morte”. A previsão dos desfechos é extremamente incerta; na Medicina não há garantias, mesmo tratamentos bem indicados e tecnicamente perfeitos podem levar a desfechos desfavoráveis e irreversíveis, o que agrega emoções como medo e insegurança no processo da decisão, além de tornar extremamente difícil o julgamento leigo sobre determinada situação. Esses dados aliados ao estresse, ao nível de envolvimento afetivo do paciente e à magnitude da turbulência emocional, tornam as decisões em saúde um capítulo à parte.

Serviços de saúde são protótipos dos chamados bens credenciais, em que somente o especialista pode atestar sua qualidade por assimetria de informações entre as partes, no caso, entre consumidores (pacientes) e vendedores (médicos e gestores) (KAHN *et al.*, 1997). Há também restrições do ponto de vista legal para a livre escolha desses produtos ou serviços – não é possível, por exemplo, que o usuário escolha sua quimioterapia ou cirurgia, tal procedimento está a critério do especialista, em decisão compartilhada com o paciente e/ou seus familiares. Além disso, os serviços médicos têm propagandas reguladas pelo Conselho Federal de Medicina no Brasil. Dessa forma, as decisões em saúde tendem ao afastamento da postura de consumo clássica.

Neste capítulo serão apresentadas as melhores evidências disponíveis na literatura sobre o processo de tomada de decisão em serviços de saúde, com enfoque na escolha de centros para tratamento de câncer. Pode-se dividir didaticamente os fatores que influenciam este processo decisório em três categorias, a seguir: aspectos inerentes ao paciente e sua doença, influência das informações em saúde e características dos médicos e centros de tratamento.

O câncer está entre os maiores desafios da medicina e seus tratamentos vêm evoluindo rapidamente através de quimioterapias, imunoterapias e terapias-alvo, que objetivam, sempre que possível, o tratamento guiado por alterações moleculares específicas dos tumores de cada paciente - o que vem sendo divulgado como Oncologia Personalizada. Além das terapias sistêmicas, a jornada do paciente frequentemente necessita de outras modalidades terapêuticas como a Radioterapia e diversas especialidades cirúrgicas, que também evoluem e agregam tecnologia objetivando melhorar os desfechos clínicos e minimizar as sequelas dos procedimentos – como a cirurgia robótica, que vem ganhando notoriedade e um crescente número de aparelhos sendo disponibilizados em muitas cidades brasileiras, inclusive do

interior, em associação principalmente ao sistema suplementar de saúde. Dessa forma, a abordagem multimodal e interdisciplinar integrada faz do tratamento do câncer uma jornada complexa e frequentemente de longa duração, com tais terapias frequentemente centralizadas em clínicas e hospitais de referência que agregam uma ou mais modalidades de terapia oncológica, normalmente em centros regionais ou capitais, onde há mão de obra especializada associada a estrutura física necessária para abordagem da doença.

Diversos estudos têm buscado compreender os motivos pelos quais um paciente escolhe um médico generalista ou hospital para atendimento. Diante do impacto financeiro e clínico das diversas modalidades de tratamentos oncológicos, mais recentemente alguns autores têm se concentrado em esmiuçar as razões das escolhas dos pacientes com câncer por acreditar que a gravidade da doença, a necessidade de rede de apoio durante a jornada, a fonte preferencial de busca de informações e muitos outros fatores devem impactar nesta decisão, incluindo questões culturais e regionais – como, por exemplo, as diferentes estruturas dos sistemas de saúde. A maior parte dos estudos investigou a escolha de hospitais para realização de cirurgias oncológicas, dados que podem embasar a presente pesquisa por representarem pacientes com diagnóstico de câncer e com perfil clínico e sociodemográfico similar ao paciente candidato à terapia oncológica sistêmica.

Interessante notar que até mesmo a liberdade de escolha entre diferentes instituições – algo de grande valor para uma parcela dos usuários do sistema de saúde - foi considerada por alguns paciente e acompanhantes um fator estressor. Para um subgrupo de pacientes entrevistados no Reino Unido (WILSON *et al.*, 2011), a simples escolha poderia ser indesejável, gerando estresse pela pressão psicológica de fazer opções sem a percepção de conhecimento técnico para tal, em um momento de adoecimento, fragilidade e insegurança. Para estes, seria preferível o encaminhamento do médico assistente para um serviço de sua confiança, pois mesmo a disponibilização de informações sobre os diferentes centros traria sofrimento psíquico ao atribuir ao paciente e familiar a responsabilidade da decisão. Em entrevistas, pacientes do Reino Unido e da Suécia (FOTAKI *et al.*, 1999) manifestaram seu desinteresse em relação à participação nas suas próprias decisões de saúde. Somente cerca de um terço dos britânicos e um quarto dos suecos declarou desejo de participar destas decisões, com aproximadamente 72% dos entrevistados preferindo delegá-las aos profissionais de saúde envolvidos em seus tratamentos. Apesar dos achados mencionados, trata-se de um estudo de 1999 e os valores dos pacientes hoje na era da internet e das informações em tempo real podem não ser os mesmos.

2.4 Aspectos do paciente e de sua doença

Diferentes pesquisas em diversos países parecem demonstrar que perfis demográficos, especialmente as diferenças socioeconômicas e raciais têm importante impacto na escolha do centro oncológico, principalmente na preferência quanto ao perfil das instituições, na magnitude do deslocamento considerado aceitável e no uso de informações comparativas.

Há evidências na literatura de que pacientes mais jovens, sem comorbidades, residentes de áreas nobres ou rurais ou que valorizem a escolha de profissionais com projeção na mídia e técnicas cirúrgicas mais modernas (como a cirurgia urológica robótica, por exemplo) se incomodem menos com o deslocamento para realização de cirurgia urooncológica (AGGARWAL *et al.*, 2017b) - especialmente os dois últimos fatores foram apontados como fatores para maior mobilização dos pacientes (AGGARWAL *et al.*, 2016). Um estudo inglês (AGGARWAL *et al.*, 2017b) sugeriu impacto importante desses aspectos no deslocamento para cirurgia oncológica, demonstrando que cerca de um terço de quase vinte mil pacientes com câncer de próstata entrevistados escolheu outro centro de referência em urooncologia que não o mais próximo a sua residência e cerca de 12% não escolheu nenhum dos três centros mais próximos.

Enquanto Katz *et al.* (2007) demonstraram que que pacientes com câncer de mama nos norte-americanas mais envolvidas na seleção de seus cirurgiões assistentes têm mais chance de receber os cuidados em hospitais especializados e de maior volume de pacientes, Bouche *et al.* (2008) constataram que pacientes francesas mais envolvidas na escolha do cirurgião (ou seja, que tinham feito a eleição sozinha ou após diálogo com médico, parente ou amigo) e que moravam em local com maior número de opções de hospitais têm mais chances de operar em centros de pouco volume cirúrgico. Em locais com escolhas limitadas, a postura ativa ou passiva em relação a opção pelo profissional não teve impacto na decisão final, que foi em sua maior parte pela cirurgia em locais de menor volume cirúrgico. Diferentes definições de tomada de decisão ativa ou passiva das pacientes adotadas pelos estudos podem ter levado a essas conclusões aparentemente contraditórias. Outras conclusões relevantes são: pacientes operadas em hospitais de baixo volume têm maior chance de ter idade maior que 70 anos e o estadiamento tumoral não impactou a escolha do centro oncológico conforme o volume cirúrgico (BOUCHE *et al.*, 2008).

Apenas para fins de esclarecimento, deve ser ressaltado que as definições de centro de baixo ou alto volume diferem conforme os estudos e conforme as doenças em análise. Nos centros onde foi realizada a presente pesquisa há, por exemplo, volume considerado alto para as doenças oncológicas mais comuns (como câncer de mama) e baixo quando se analisa doenças mais raras. Não há a intenção deste trabalho de classificar os centros da pesquisa, mas de compreender como os estudos prévios entendem o processo de tomada de decisão do doente oncológico, mesmo diante de estruturação diferente dos serviços de saúde.

A literatura sugere diferenças na qualidade da assistência a pacientes de etnias distintas (FREEDMAN *et al.*, 2015) e determinados segmentos socioeconômicos (BOUCHE *et al.*, 2008), com possível impacto nos desfechos do cuidado médico oncológico oferecido (SPOSTO *et al.*, 2016; KONG *et al.*, 2011). Entre as possíveis explicações para esta observação estão 1) atraso no diagnóstico por desconhecimento ou menor acesso às políticas de prevenção e detecção precoce, com início de tratamento em fase mais avançada afetando o prognóstico, 2) diferenças na biologia tumoral, 3) comorbidades e diferenças no estilo de vida e 4) o tratamento de pacientes de determinados grupos em instituições ou centros oncológicos de qualidade inferior àqueles onde os pacientes brancos e de status socioeconômico mais alto seriam mais comumente tratados (SPOSTO *et al.*, 2016, KONG *et al.*, 2011) - com médicos mais inexperientes (BOUCHE *et al.*, 2008), maior atraso para tratamentos e menor realização de terapias complementares como a Radioterapia, por exemplo (FREEDMAN *et al.*, 2015). Sposto *et al.* (2016) não conseguiram correlacionar o pior desfecho de pessoas de grupos étnicos considerados minoritários com base apenas em fatores individuais (KONG *et al.*, 2011), embora características do câncer, status socioeconômico da área de residência, o consumo de tabaco ao diagnóstico, entre outras condições tenham influenciado a mortalidade específica pelo câncer de mama - ainda assim não conseguiram explicar a disparidade da mortalidade entre negras e brancas.

Buscando compreender se diferentes etnias escolhem seus prestadores de forma diferenciada em uma reflexão sobre as causas das diferenças de seus desfechos clínicos, Freedman *et al.* (2015) analisaram os motivos que levavam mulheres com câncer de mama localizado de diferentes etnias autodeclaradas (branca, negra ou hispânica) a escolherem seus cirurgiões e o centro norte-americano onde receberiam o cuidado oncológico, acreditando haver divergências no padrão de encaminhamento e seleção dos mesmos conforme questões étnicas. Parece haver uma relação direta entre o desfecho clínico (mortalidade específica de câncer de mama e

mortalidade global) do tratamento cirúrgico do câncer de mama e o volume de casos do hospital envolvido (KONG *et al.*, 2011), o que poderia explicar parcialmente o pior desfecho de pacientes não brancas. As pacientes negras e latinas com maior frequência escolheram seus cirurgiões através da indicação de outros médicos, escolheram o hospital pelo credenciamento com a operadora de saúde e em menor proporção que as brancas selecionaram o médico devido a recomendação de amigos e parentes ou reputação do profissional. A escolha por este último critério teve correlação positiva com a percepção de excelente nível de assistência, enquanto a escolha por convênio com operadora de saúde se correlacionava a uma menor impressão de excelência no cuidado. A maioria das mulheres declarou não considerar a localização do hospital ou do médico importantes; cerca de dois terços das entrevistadas declarou haver outros centros de tratamento na área próxima à residência e em quase metade dos casos que havia uma clínica mais próxima do que a escolhida.

Um estudo prévio (DIMICK *et al.*, 2013) observou que em áreas residenciais de segregação racial há preferência por parte dos pacientes negros de receber tratamento cirúrgico oncológico em hospitais de menor qualidade (embora com mais frequência morassem em proximidade com hospitais de alta qualidade) e sugeriram como causas para esse comportamento mais conforto em receber os cuidados em determinados locais e maior encaminhamento médico para hospitais de baixa qualidade. Kong *et al.* (2011) também já haviam corroborado que uma maior distância da residência para os hospitais de alto volume constitui fator independente de uso de hospital de baixo volume, além disso, habitação em área rural, não ter cônjuge, não ter completado ensino médio, etnia não branca e posição socioeconômica inferior também constituíram condições associadas a tratamento em hospitais de baixo volume de atendimento.

Um estudo sul-coreano (KIM *et al.*, 2021) com mais de duzentos mil pacientes submetidos a cirurgia torácica oncológica sugeriu que a maior parte das pessoas procura hospital próximo a residência, com menor tendência a buscar hospitais fora da área do domicílio os pacientes habitantes de capitais, com baixa remuneração e idosos a partir de 76 anos. Pacientes de áreas rurais escolheram hospitais fora da área com maior frequência e ao longo dos onze anos de pesquisa notou-se tendência de aumento de procura por hospitais mais distantes, principalmente entre as pessoas com salários médios a altos e de até 75 anos de idade.

Poucos estudos buscam entender o processo de tomada de decisão do pacientes sem o enfoque das características dos pacientes e a escolha de médicos com determinados atributos (como raça, gênero, por exemplo). Uma visão interessante dentro da oncologia é o papel do estado de

saúde no impacto das escolhas de médicos e prestadores de serviços, lembrando que pacientes mais debilitados usam o sistema mais frequentemente e com mais impacto nos serviços de saúde e também que potencialmente se beneficiam mais de serviços de qualidade.

Harris (2003) buscou entender como o estado de saúde impactou na decisão da escolha do médico através de pesquisa realizada através de contatos telefônicos aleatórios e seriados com 2795 pessoas (sendo 70% destes usuários de seguro saúde) estratificados pelo estado de saúde. Foi elaborado que os pacientes escolhiam seus médicos através de três variáveis dependentes: 1) fontes formais, 2) familiares e amigos e 3) médicos ou enfermeiros assistentes. Enquanto pouco mais da metade consultou amigos e familiares, um quarto utilizou fontes formais (agências governamentais, jornais, websites, pesquisa de experiência dos pacientes) e 12% consultou profissionais de saúde assistentes (três quartos dos entrevistados declararam ter médico ou enfermeiro de confiança). Os pacientes mais debilitados usam menos família e amigos como fontes de informações. Esse perfil de pacientes, tendo contato mais frequente com a equipe médica pode demandar menos informações externas adicionais por ter mais confiança na qualidade de seus médicos e de seu cuidado, por exemplo. Já os pacientes com internação prévia no último ano têm menor demanda de informações formais e maior necessidade de informações diretamente de um médico, não havendo influência no uso de opiniões de familiares e amigos, embora mais frequentemente tenham desejo de troca de médico. O número de consultas médicas no último ano não impacta na forma como os pacientes buscam por informações para escolha de um médico, possivelmente por não refletir o estado de saúde, afinal muitas pessoas procuram atendimentos para acompanhamento de rotina de condições benignas, porém este subgrupo também tem mais chance de considerar troca de médico. Ter trocado de médico é um fator preditivo do uso de fontes formais de informação e, em menor importância, de consulta a médicos para escolha de um profissional; esse desejo parece ser inversamente proporcional a experiência prévia em serviços de saúde e ao vínculo médico paciente. Provavelmente, uma experiência ruim motiva a busca por informações mais objetivas. Minorias étnicas usam muito menos informações de amigos ou familiares, utilizando mais dados formais, enquanto pessoas mais velhas, mulheres e pacientes com mais status econômico têm preferência por médicos como fonte de informações e usam menos dados formais, possivelmente refletindo maior vínculos com os profissionais nestes subgrupos. As mulheres têm menos desejo de trocar de médico e a existência de médico assistente também torna o indivíduo menos propenso ao desejo de troca de profissional e isso é inversamente proporcional a sua satisfação com ele.

As doenças malignas raras constituem outro fator relevante que impõe condições especiais de investigação e tratamento, com maior dificuldade de se estabelecer o diagnóstico correto e com informações menos robustas guiando a terapêutica. Seus portadores são mais frequentemente tratados em instituições diferentes de onde foi realizada a propedêutica diagnóstica, provavelmente traduzindo uma centralização do atendimento a esses pacientes em busca de melhores desfechos clínicos apesar da fragmentação do cuidado (HEUS *et al.*, 2021). Enquanto os portadores de neoplasias “comuns” tendem a escolher centros mais próximos do domicílio, os portadores de doenças raras se deslocam mais para tratamento em centros acadêmicos ou especializados, com maior tendência a escolher hospitais mais distantes da residência, embora um subgrupo desses tenha declarado que dor ou mal estar frequentes tornavam as viagens constantes um fardo para si e para os acompanhantes.

2.5 Influência das informações em saúde

Nos últimos anos, a divulgação de informações comparativas de instituições de saúde foi incentivada como política de saúde em diversos países como Reino Unido (MARSHALL *et al.*, 2010) e Austrália (PRANG *et al.*, 2018), em um esforço de melhorar a transparência e tornar público dados relacionados a performance de prestadores de serviços em saúde para facilitar questões contábeis e, principalmente, a qualidade da assistência, guiando os clientes para as instituições de melhor prática. O objetivo é fomentar a competitividade como pressão seletiva para melhorias de qualidade e eficiência nos serviços de saúde (MARSHALL *et al.*, 2010; YANG *et al.*, 2018) através de ambiente estimulante e autocrítico as próprias instituições, que diante da percepção de suas fragilidades e do desejo de manutenção ou expansão do *market share* seriam motivadas a melhorias contínuas. Entre o público em potencial estão: gestores e assistentes de serviços ranqueados (objetivando compreensão de sua performance e programação de melhorias), responsáveis por políticas de saúde e, ainda, usuários em busca de comparações entre serviços (MARSHALL *et al.*, 2010).

Apesar da expectativa de que os pacientes, em geral desejosos de informações (MARSHALL *et al.*, 2010; YANG *et al.*, 2018), iriam utilizar esses dados para embasar suas decisões em saúde, vários estudos demonstram que na realidade a maioria dos usuários não pesquisa, não entende e não confia em tais informações, não impactando, portanto, na escolha do prestador (MARSHALL *et al.*, 2010). Entre as possíveis explicações estariam: 1) a maior parte dos usuários não tem relação de consumo com as decisões em saúde e 2) pacientes não estão

interessados nas informações disponíveis ou em sua forma de apresentação (MARSHALL *et al.*, 2010).

Estados Unidos e o Reino Unido são países nos quais a divulgação dos dados em performance na área da saúde faz parte das políticas governamentais. PRANG *et al.* (2018) conduziram uma pesquisa interessante acerca do uso de dados disponibilizados como parte de uma avaliação de performance mandatória para hospitais públicos e eletiva para a rede privada australiana. Este estudo se baseou em pesquisas prévias que indicavam que os consumidores desejavam mais opções em relação aos serviços de saúde, porém que poucos clientes utilizavam de fato os indicadores talvez por desconhecimento de sua existência, dificuldade de compreensão ou por preferirem outros meios de informação como indicações de seus médicos assistentes, experiência prévia própria ou de amigos e familiares, reputação do hospital e distância do domicílio. A ideia foi avaliar se esses dados - compostos de 48 indicadores como higiene das mãos, infecções relacionadas aos serviços de saúde, tempo dispendido pelos pacientes no serviço de emergência, tempo de espera para cirurgias oncológicas e indicadores financeiros de instituições públicas - são utilizados e como poderiam agregar mais informações úteis aos pacientes com plano de saúde submetidos a cirurgias oncológicas mamárias, intestinais ou pulmonares no sistema de saúde privado ou público. Cerca de um terço dos hospitais privados australianos contribuiu com pelo menos alguns dos indicadores qualitativos em plataformas governamentais, enquanto algumas redes maiores divulgaram tais dados em sítios eletrônicos próprios incluindo outros indicadores como número de quedas, de úlceras de decúbito e desfechos de reabilitação. Foram entrevistados duzentos e vinte e oito pacientes, dos quais 92% não se baseou nos dados disponibilizados pelo programa; 90% escolheu o hospital com base na indicação de seus especialistas assistentes, 24% na reputação do serviço, 24% na distância do domicílio, 18% baseado na experiência prévia própria do paciente e 17% no encaminhamento do generalista assistente - lembrando que o paciente podia escolher múltiplas opções. Cerca de metade usou os serviços de preferência e um quarto não pode escolher o hospital - desses, pouco mais de um terço gostaria de ter tido escolha. Embora a maior parte desconhecesse ou não tivesse considerado o uso dos dados, 71% os considerou importantes ou muito importantes para escolhas futuras próprias ou de pessoas próximas. Cerca de 40% preferiu não acessar a plataforma por conta própria e preferiu que os profissionais de saúde acessassem tais informações e as repassassem. Os respondentes consideraram como fontes úteis de informações sítios eletrônicos (35%), catálogos (10%) e aplicativos de celular (3%) - 9% não se interessou pelos dados. Dentro das informações divulgadas pelo programa, foram consideradas relevantes

para a escolha da instituição o custo (60%), o índice de complicações (58%), de sucesso na reabilitação (57%), a experiência de outros pacientes (55%), os erros médicos (45%), as taxas de readmissão (38%), de mortalidade (30%) e o tempo de internação (19%), ressaltando que poderiam escolher mais de uma opção. Embora não fosse objetivo do estudo determinar como os pacientes e cirurgiões escolhiam o hospital, a metodologia mista permitiu que as pessoas pudessem fazer observações bastante pertinentes, com muitos questionamentos acerca da qualidade e veracidade dos dados - possivelmente pelo desconhecimento do programa - e a maioria dos pacientes atribuindo a escolha do hospital à disponibilidade e preferência dos especialistas assistentes.

Apesar disso, há dados contraditórios como um estudo norte americano que demonstrou que dois terços dos pacientes se disseram envolvidos no processo de escolha do hospital para cirurgia oncológica, com dois terços afirmando também envolvimento do médico assistente na decisão e metade atribuindo inteiramente a responsabilidade a este último (YANG *et al.*, 2018). Nessa pesquisa, metade dos pacientes afirmou que havia um hospital mais próximo à residência que o escolhido e três quartos respondeu que gostaria de utilizar uma lista com os melhores hospitais avaliados com base em desfechos qualitativos de cirurgias oncológicas, com maior tendência entre os mais jovens e aqueles que estiveram envolvidos no processo de escolha do hospital. Possivelmente fatores culturais e a própria estrutura regional dos serviços de saúde possam ter contribuído para essas diferenças.

Na literatura, algumas informações são consideradas mais relevantes para a escolha de hospital para realização de cirurgia oncológica: reputação da instituição para o tratamento oncológico, reputação geral, grau de satisfação de outros pacientes e números de cirurgias oncológicas (YANG *et al.*, 2018). Em menor escala, também são citados índices de desfechos clínicos e cirúrgicos (complicações, sobrevida, mortalidade), tempo de espera para o procedimento e tratamento igualitário aos pacientes. Reiterando dados prévios de Freedman *et al.* (2015) quanto às diferenças de informações desejáveis a diferentes grupos sociodemográficos, houve uma percepção por Yang *et al.* (2018) que pacientes não brancos mais comumente consideraram relevante o tratamento igualitário dos pacientes e menos importante informações sobre os desfechos clínicos e reputação do tratamento oncológico.

Harris (2002) se dedicou a tentar compreender como a informação de qualidade poderia gerar melhorias no processo de tomada de decisão dos clientes em relação ao plano de saúde, um conceito que já vinha recebendo atenção governamental e privada, visto seu impacto em gestão

de serviços de saúde especialmente em custo e qualidade assistencial. A autora categoriza as operadoras conforme sua estrutura de prestação de serviços entre: 1) aquelas que buscaram ampliar o *market share* aumentando sua rede assistencial, reduzindo restrições e oferecendo coparticipação em serviços prestados em unidades externas e 2) aquelas que buscaram credenciar médicos, mantendo rede menor e mais integrada, com menor custo efetividade e provavelmente maior qualidade de assistência. Nesse contexto, foi realizada uma abordagem experimental para medir o efeito na adesão ao modelo restritivo de um plano de saúde hipotético conforme informações de natureza técnica e não técnica (avaliação direta de outros consumidores) acerca dos cuidados e desfechos em saúde. O objetivo era a avaliação do impacto da disponibilidade das informações de qualidade no *market share* dos planos de saúde e da rede assistencial, concluindo-se que os consumidores estavam dispostos a trocar uma rede maior com mais opções por um acesso limitado a médicos e serviços, caso conseguissem comprovar alta qualidade de seus serviços, sugerindo que provedores pequenos poderiam competir com redes maiores. Uma ponderação é que para alguns usuários a qualidade evidenciada deveria ser tão alta para impactar na escolha que beiraria o inatingível. Um dado interessante é que a avaliação da qualidade aferida pelos *experts* não foi considerada mais confiável que a avaliação de outros usuários. A preferência por fontes não técnicas e informais de informações de qualidade pode refletir uma percepção de não compreensão dos processos técnicos.

Um estudo alemão (KUKLINSKI *et al.*, 2021) trouxe informações relevantes ao comparar o processo de escolha para cirurgia colorretal (com 61% dos mais de 66 mil desses pacientes com diagnóstico de câncer) e cirurgia ortopédica (artroplastia) de joelho. Os pacientes utilizaram as informações sobre qualidade e especialização de forma racional, porém somente quando foram apresentadas de forma compreensível e acessível. Um dado muito interessante foi a diferença de resultado - enquanto pacientes com doença colorretal valorizaram mais a especialização, o volume cirúrgico e centros com certificações melhores, sendo estes os estímulos para deslocamento, os pacientes ortopédicos valorizaram mais a qualidade do serviço (entendendo-se como qualidade das atividades extra-assistenciais) e o volume cirúrgico. A competição entre os hospitais ficou a nível local para os portadores de doenças intestinais e a nível regional para os clientes ortopédicos, sugerindo que os pacientes oncológicos têm demandas diferenciadas.

As áreas que propõem tratamentos crônicos, complexos e críticos para o doente - como a Oncologia - são muito oportunas para entender os valores do cliente, visando a melhoria da

qualidade e da custo-efetividade dos serviços de saúde. Entre os fatores mais importantes em ordem decrescente entre os entrevistados de uma pesquisa americana (CHIMONAS *et al.*, 2019) em que quase metade dos pacientes tinha possibilidade de escolha do hospital onde realizariam cirurgia oncológica eletiva (e de fato a realizaram nos últimos doze meses) foram: qualidade geral do cuidado oncológico, agilidade no tratamento, satisfação de outros pacientes com os cuidados, se o hospital minimiza inconvenientes, o número de complicações de tratamento, número de pacientes tratados no serviço, a quantidade de doentes vivos quatro anos após tratamento cirúrgico, a aptidão do serviço em seguir os protocolos recomendados, a equidade no tratamento e a chance de pacientes em fase de terminalidade de vida receberem cuidados paliativos.

Outro estudo alemão (GROEBEN *et al.*, 2023) realizado em dez hospitais solicitou que todos os pacientes internados para cirurgia oncoulógica eletiva respondessem a um questionário sobre a tomada de decisão ao escolher o hospital e o uso de *websites* de avaliação hospitalar. Enquanto 52,6% seguiu a recomendação do Urologista, 20,3% tinha experiência prévia com o hospital, 17,6% recebeu recomendações do círculo social, 10,8% se baseou no site do hospital, com 8,2% utilizando outras fontes e somente 4,3% fazendo uso das várias plataformas existentes no país que buscam oferecer uma base de comparação da capacidade, equipamentos e terapias disponibilizadas entre as diferentes instituições, além de avaliações dos pacientes e de qualidade do tratamento (através de dados de seguradoras de mortalidade e complicações, por exemplo). Vale destacar que a maior parte dos entrevistados considerou as plataformas como positivas, porém mesmo aqueles que fizeram uso de suas informações só cerca de um quarto mudou a escolha inicial, constituindo 1,2% de todos os participantes. Os entrevistados com maior uso das plataformas tinham maior grau de escolaridade, maiores salários e maior uso da internet.

Groot *et al.* (2011) sugerem que os pacientes têm desejos por informações sobre a qualidade dos hospitais e que o uso destes dados tende a se tornar ainda mais relevante com o passar do tempo. Apesar disso, nota-se que as informações públicas são atualmente pouco utilizadas e têm pouco impacto mesmo sobre as decisões dos clientes que as utilizam. No referido estudo conduzido na Holanda, apenas 21% dos pacientes havia utilizado informações públicas visando a comparação entre os hospitais para realização de cirurgias variadas.

As preferências quanto ao uso de diferentes fontes de informação para escolha dos médico também parecem ser dinâmicas e a literatura (HARRIS, 2003) sugere mudanças ao longo do

tempo, com priorização crescente das fontes formais (GROOT *et al.*, 2011). Em 1996, cerca de dois mil entrevistados afirmaram que as indicações informais eram mais influentes que informações de especialistas, agências governamentais, associações médicas entre outros, assim ao serem expostos a escolha entre hospital familiar e um hospital bem avaliado por experts 72% preferiu a instituição conhecida em 1996 com queda para 62% em 2000; quanto aos cirurgiões 76% preferiu um profissional previamente conhecido em 1996, caindo para 50% em 2000, sugerindo que essa preferência por fontes informais possa estar decaindo ao longo do tempo (HARRIS, 2003).

2.6 Características do médico e do centro oncológico

A escolha do médico pode ser explícita quando há uma nova demanda, uma mudança de residência ou de operadora ou implícita, quando o paciente segue acompanhamento com o mesmo médico ou aceita um encaminhamento a um profissional sem considerar opções alternativas. Dados da literatura sugerem que os pacientes dão grande importância a escolha de um médico e a manutenção de vínculo com ele (HARRIS, 2002) e que, de modo geral, não se comportam de forma similar às relações de consumo ao escolher um médico, mas se baseiam em recomendações de familiares e amigos, com pesquisas limitadas sobre outros profissionais (HARRIS, 2003).

Uma revisão sistemática (YAHANDA *et al.*, 2015) buscou entender os critérios utilizados por pacientes na escolha de cirurgiões assistentes de diversas especialidades. Por fim, a análise dos oitenta e seis estudos selecionados trouxe a reputação do médico como o fator mais relevante, seguida da reputação do hospital, do atendimento prévio na instituição, de recomendação de amigos e familiares e de anúncios e dados comparativos de informações sobre o hospital. Possivelmente em virtude das dificuldades de se julgar a capacidade técnica de um cirurgião, outros atributos pessoais se mostraram relevantes, como compaixão, empatia, confiabilidade, habilidade de se mostrar compreensivo, de escutar e se comunicar bem. Dados prévios de outro estudo sugeriram que pacientes com menos de 65 anos consideraram menos importante as habilidades de comunicação que os mais idosos (GROOT *et al.*, 2011). Para alguns pacientes, a importância desses atributos, em especial as habilidades em comunicação, superou até competência técnica (YAHANDA *et al.*, 2015). Interessante ressaltar que não houve um consenso sobre os fatores constituintes da reputação de um cirurgião, com muitos pacientes atribuindo esse conceito a uma recomendação de seus médicos assistentes. Para outros, características do hospital, principalmente reputação, foram a base da escolha do local de

tratamento. A limpeza foi identificada como muito relevante para um subgrupo de pacientes. De forma menos importante, foram considerados (em ordem decrescente de relevância) a facilidade de acesso por transporte público ou próprio, a distância do domicílio, a possibilidade de estacionamento próximo, amenidades como telefone e TV no quarto, tratamento prévio no hospital ou pelo cirurgião e tempo de espera para cirurgia.

Finlayson *et al.* (1999) perceberam maior mobilidade dos pacientes cirúrgicos em relação aos não cirúrgicos, o que parece coerente quando se trata de um tratamento potencialmente longo, física e psicologicamente desgastante como os tratamentos oncológicos. Cerca de 45% de pacientes com câncer de pâncreas que seriam submetidos a Cirurgia de Whipple (um epônimo para Gastroduodenopancreatectomia, ou seja, a retirada simultânea parcial do estômago, intestino delgado e pâncreas – uma das maiores cirurgias oncológicas, com alta morbimortalidade) preferiu a cirurgia em hospital local mesmo com o dobro da mortalidade que hospital de referência, enquanto 23% aceitariam até quatro vezes a mortalidade para permanecer em hospital comunitário mais próximo e 13% afirmaram preferir centro mais próximo mesmo com mortalidade 50% maior. Alguns fatores como raça não branca, ausência de seguro saúde ou de seguro privado (esta última situação não prevista no Brasil), idade mais alta e presença de comorbidades foram implicados na realização de tratamento em hospitais menores em metanálise (YAHANDA *et al.*, 2015). Possivelmente, isso pode ser atribuído a preferências e a menor mobilidade tanto por questões sociais quanto pior condição de saúde.

A experiência do cirurgião é relacionada ao desfecho de muitos tipos de câncer. Na atualidade, há valorização crescente do compartilhamento de decisões de forma a desenhar plano terapêutico customizado através da avaliação conjunta de riscos e benefícios de cada estratégia. Geralmente, faz parte deste planejamento a discussão de informações em saúde que permitam a escolha do profissional e do centro oncológico. Ejaz *et al.* (2014) submeteram 214 pacientes recém diagnosticados com câncer em busca de tratamento na *John Hopkins University* a uma *survey* com o método *Best Worst Scaling*, em que são avaliados os melhores (mais importantes) e piores (menos importantes) atributos dentro das características previstas pela literatura, sendo elas divididas em quatro categorias: reputação do médico, qualificações do médico, fatores relacionados ao hospital e fatores não clínicos. A reputação do médico e fatores não clínicos tiveram menor impacto - apenas quando havia encaminhamento do médico generalista a reputação do cirurgião foi valorizada. Recomendações de amigos e familiares e críticas *online* também não contribuíram. Já fatores relacionados a qualificação médica (especialmente treinamento especializado e experiência específica ao caso) e características do hospital (como

volume de casos similares) tiveram bastante importância na escolha. Os fatores menos importantes dentro das características do hospital foram a presença de estacionamento e a distância ao domicílio. A maior parte dos respondentes considerou ideal a situação de espera menor que duas semanas para a consulta, de até um mês para o agendamento da cirurgia, de pelo menos 6 anos de experiência do médico e de realização de pelo menos 50 cirurgias similares. Como a maior parte dos pacientes residia fora do estado, não surpreendeu que mais de 40% estivesse disposto a viajar mais de duas horas para consulta. Os achados em relação às recomendações de amigos e familiares e sobre as críticas *online* diferiram bastante de outros estudos, supostamente devido a particularidade do enfoque nos doentes oncológicos e não na busca por generalista e também pela escolha metodológica, que facilita a hierarquização de importância entre os fatores pesquisados. A relevância do tempo curto para agendamento da primeira avaliação já tinha sido aventada por Wilson *et al.* (2011) em relação aos serviços clínicos oncológicos.

Apesar de focar na escolha de centro para realização de cirurgias de catarata, um estudo multicêntrico demonstra que essas diferentes predileções podem variar conforme a origem dos respondentes (FOTAKI *et al.*, 1999). Entre os britânicos entrevistados, 62% considerou a distância como fator principal na escolha de um serviço médico, 14% citando o menor tempo de espera e 18% a indicação de seu médico generalista, familiares ou amigos como condições muito importantes que poderiam alterar a escolha. Já 76% dos suecos apostou na opinião de médicos, amigos e familiares, 10% no tempo de espera e 8% na distância da viagem.

A escolha de seguir acompanhamento no mesmo serviço oncológico também pode ser considerada uma continuidade da escolha do profissional e do centro de tratamento, visto que o seguimento clínico especializado dos pacientes comumente sucede o fim do tratamento por vários anos ou ainda segue por toda a vida com a cronificação de uma parcela das doenças oncológicas. Entre os critérios de satisfação em acompanhamento oncológico ambulatorial em câncer de mama estão o curto tempo de espera na recepção para atendimento, a continuidade (ou seja, preferencialmente mantendo assistência dos mesmos profissionais), a duração satisfatória da consulta médica (com resposta às dúvidas e sensação de acolhimento e cuidado), as habilidades interpessoais do médico adequadas e uma impressão de expectativa cumprida após a consulta (BERGENMAR *et al.*, 2006). De forma complementar, Wilson *et al.* (2011) exploraram as insatisfações dos pacientes ingleses acompanhados por oncologistas a longo prazo em uma clínica especializada, sendo elas: expectativas não alcançadas em consultas como

questões psicossociais mal resolvidas ou dúvidas não sanadas, dificuldade de agendamento (incluindo funcionários pouco prestativos, impressão de sobrecarga ou equipe subdimensionada), consultas de enfermagem apenas, trocas sucessivas de médicos, clínicas muito cheias deixando os paciente pouco à vontade para se estender nas consultas e altas da especialidade, deixando sensação de insegurança e abandono. Esses achados estão alinhados com os resultados de Bridge *et al.* (2019), que apuraram que as experiências de pacientes oncológicos ambulatoriais de um centro canadense envolveram as habilidades em comunicação de más notícias, o tempo de espera por exames, consultas e tratamento, a preferência por atendimento sempre com o mesmo profissional, o agrupamento de agendamentos para a mesma data e vivências relacionadas a dificuldade de estacionamento. Certamente, essas parecem ser motivações possíveis para a troca de centro oncológico ao longo de acompanhamento - embora este não tenha sido um enfoque dos estudos mencionados. Apesar de críticas metodológicas aos questionários que visam dimensionar a satisfação de pacientes, há dados na literatura que relacionam satisfação e experiência a conformidade e desfechos em saúde (IVERSEN *et al.*, 2012), sendo no mínimo uma informação interessante para suscitar reflexões.

Após a revisão da literatura já existente sobre o tema serão discutidos na próxima sessão os aspectos referentes a metodologia da presente pesquisa. Foi incluída nos anexos um tabela resumizando alguns dos estudos mais relevantes mencionados – suas bases de dados, metodologias empregadas e principais conclusões.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Esta seção busca esclarecer a metodologia utilizada neste estudo, sua justificativa, os processos de coleta e análise de dados, os critérios de inclusão e exclusão do estudo e o instrumento utilizado. O método escolhido foi a investigação quantitativa por meio de um questionário estruturado. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas e da direção de ambos os Centros Oncológicos.

3.1 Justificativa da metodologia escolhida

De acordo com Creswell (2007), a metodologia quantitativa está indicada na exploração de raciocínios de causa e efeito, ou seja, de fatores que influenciam determinado resultado, como atitudes e comportamentos. Uma das técnicas possíveis é o uso de levantamento com coleta de dados a partir de questionários ou entrevistas estruturadas – instrumentos que permitam a mensuração de atitudes posteriormente analisadas com auxílio de procedimentos estatísticos. O objetivo é a generalização dos resultados para uma população maior a partir da análise amostral.

Já a metodologia qualitativa tem formato aberto (menos estruturado), buscando se aprofundar no raciocínio e na motivação dos indivíduos em uma amostra menor de forma detalhada. Esse modelo objetiva a geração de hipóteses sobre determinada questão que, em geral, serão testadas a partir do método quantitativo. O método misto, como o nome sugere, é uma mistura de ambos, quando as duas técnicas são utilizadas na mesma pesquisa de forma complementar. Embora seja uma abordagem valiosa, existem dificuldades práticas como o aumento do tempo da entrevista, o que poderia impactar no tempo de permanência na clínica com atraso de quimioterapia, por exemplo (ou necessidade de segundo contato com o mesmo respondente, o que seria ainda mais complicado por questões específicas do paciente oncológico – intervalo variável entre as consultas, realização de tratamentos longos e distantes como radioterapia, eventuais internações, piora clínica e óbito).

Dessa forma, a metodologia quantitativa escolhida pareceu a mais apropriada para o entendimento dos fatores que levam os pacientes a escolher o centro de tratamento oncológico. Apesar da baixa disponibilidade de estudos a respeito deste tema especificamente, há muitas pesquisas sobre os fatores que levam pacientes a escolher hospitais e médicos, providenciando base teórica sobre a qual houve a possibilidade de elaboração de hipóteses no contexto

específico do tratamento oncológico sistêmico, reduzindo a necessidade de um estudo qualitativo exploratório.

Ainda de acordo com Creswell (2007), as experiências pessoais do pesquisador podem exercer influência sobre as escolhas metodológicas de um estudo. A metodologia quantitativa é aquela que parece mais confortável para pesquisadores habituados a literatura científica, altamente sistemática, mais dependente de dados objetivos e menos da subjetividade e criatividade do pesquisador.

3.2. Coleta de dados e população do estudo

Os dados foram coletados em entrevistas com cento e cinco pacientes frequentadores de duas clínicas oncológicas privadas do interior do estado do Rio de Janeiro selecionados aleatoriamente em oportunidade de consulta ou tratamento oncológico (amostra probabilística). Entre os critérios de inclusão estão: pessoas adultas (com idade mínima de dezoito anos) com diagnóstico confirmado de câncer pelo mínimo de doze semanas (para a reflexão sobre possibilidade de frequentar outros serviços), sem evidência atual de doença ou convivendo com a mesma em fase inicial ou avançada, e com acesso a pelo menos duas opções de centros de tratamento na mesma cidade ou em município até 150 km de distância. Os pacientes identificados como candidatos à participação no estudo foram convidados para entrevista. Foi realizado aconselhamento sobre os objetivos, a importância e os riscos da pesquisa com linguagem acessível e após leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo) aqueles que concordaram por livre e espontânea vontade foram entrevistados. Não houve incentivo para a participação e foi reiterado que não haveria prejuízo ao tratamento do paciente independente de recusa de participação ou quaisquer respostas fornecidas durante a entrevista. Todos responderam a todas as perguntas realizadas por profissional de saúde treinado na respectiva pesquisa, de forma privativa, na presença ou não de seus acompanhantes conforme desejo individual, com posterior anonimização das informações. As trocas com os acompanhantes eram permitidas, porém somente a resposta final do paciente foi levada em consideração. Os dados foram coletados entre maio e junho de 2023.

Constituíram critérios de exclusão da pesquisa a presença de déficit cognitivo ou doença psiquiátrica que pudesse comprometer a compreensão, pacientes com limitação na comunicação, pacientes portadores de câncer mas que desconhecêssem o diagnóstico da

doença, pacientes em consultas de primeira vez (visto que não se configurava vínculo de fidelidade) e pacientes em fase final de vida.

3.3 Instrumento de pesquisa

Na ausência de questionário validado para este fim na literatura, a *survey* foi estruturada com base na fundamentação teórica em uma compilação de estudos, ou seja, a partir da análises de dados gerados por diversos autores em temas correlatos visando a identificação dos problemas e formulação de hipóteses, em especial, Yang *et al.* (2018); Schwartz *et al.* (2002); Ejaz *et al.* (2014) e Freedman *et al.* (2015). O instrumento de pesquisa foi planejado para duração de cerca de dez a quinze minutos, estando disponível ao final do trabalho (anexo).

O primeiro bloco do questionário buscou avaliar dados clínicos e demográficos da população estudada através de sete perguntas - idade, sexo, raça, cidade de origem, escolaridade, tempo decorrido do diagnóstico e sítio primário do câncer (ou sítios, se houvesse mais de um diagnóstico com indicação de acompanhamento oncológico) - baseadas nos critérios adaptados de outros estudos (YANG *et al.*, 2018). O objetivo consistia em permitir análise dos resultados conforme subgrupos, enriquecendo a discussão.

O segundo bloco da *survey* era constituído de onze perguntas sobre a seleção e a fidelização ao centro de tratamento oncológico visando avaliar a existência de outros centros nas proximidades da residência, se foi considerada a possibilidade de tratamento em outro local, se houve procura de atendimento em outra unidade oncológica, definição do (s) responsável (is) pela escolha, avaliação das disponibilidade e da qualidade das informações recebidas e se houve busca ativa de informações sobre a clínica e equipe médica.

O terceiro bloco inclui apenas três perguntas para avaliação da experiência do cliente para melhor entendimento e correlação com os resultados.

3.4 Análise de dados

Foi utilizada estatística descritiva para endereçar os objetivos do estudo, sendo conduzida por software específico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e coeficiente da correlação de Pearson para testar as associações entre as características dos pacientes e os

desfechos de interesse. O instrumento utilizado foi avaliado quanto a sua confiabilidade através do coeficiente de alfa de Cronbach.

As principais limitações do estudo são a confiabilidade do questionário limítrofe ao que se desejava e o fato de que os resultados podem não ser passíveis de generalização para toda a realidade brasileira.

No próximo capítulo serão dispostos os resultados do estudo e a discussão com base na literatura mundial do tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa sessão serão descritos os resultados dos três blocos da pesquisa, precedido por considerações metodológicas sobre o instrumento utilizado.

4.1 Descrição dos resultados

4.1.1 Considerações metodológicas

Os questionários desenvolvidos devem ser avaliados quanto a validade e confiabilidade. Validade é a extensão com que um questionário mede o constructo a que se propõe, enquanto a confiabilidade é a capacidade de ser consistente, ou seja, de evitar que as medições contenham erros aleatórios. Assim, o instrumento não é válido caso não seja confiável, e a confiabilidade não depende da validade, sendo passível de ser aferida por meios objetivos. O procedimento estatístico mais utilizado para avaliar instrumentos com múltiplos itens que buscam medir um determinado conceito é o alfa de Cronbach, que busca mensurar a consistência interna do questionário, ou seja, o grau em que as questões estão correlacionadas e que medem o mesmo constructo (FREITAS; RODRIGUES, 2005). O valor do coeficiente de Cronbach é expresso numericamente entre 0 e 1. Seguem os resultados dos blocos 2 e 3 do questionário.

Tabela 2 – Valores do coeficiente de Cronbach dos blocos 2 e 3 do questionário

| | Bloco 2 | Bloco 3 |
|--------------------------|----------------|----------------|
| Soma da variância | 28,38 | 0,12 |
| Número de itens | 18 | 3 |
| Alfa de Cronbach | 0,59 | -0,08 |

Conforme demonstrado na tabela abaixo, pode-se considerar como valor mínimo de confiabilidade questionários com $\alpha > 0,60$. No entanto, a critério do investigador podem-se definir valores maiores de alfa com melhor confiabilidade. A importância da divulgação do alfa de Cronbach está na compreensão da validade dos dados gerados pelo instrumento.

Tabela 3 - Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente α de Cronbach

| <i>Confiabilidade</i> | Muito Baixa | Baixa | Moderada | Alta | Muito Alta |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| <i>Valor de α</i> | $\alpha \leq 0,30$ | $0,30 < \alpha \leq 0,60$ | $0,60 < \alpha \leq 0,75$ | $0,75 < \alpha \leq 0,90$ | $\alpha > 0,90$ |

Fonte: Freitas; Rodrigues, 2005

Segundo a literatura, alguns fatores podem influenciar na consistência interna dos questionários (FREITAS; RODRIGUES, 2005). A homogeneidade da população entrevistada pode levar a respostas similares e conseqüentemente baixa variância e confiabilidade. Por esse motivo, o mesmo questionário aplicado em populações diferentes pode ter resultados de alfa de Cronbach discrepantes, com números maiores para populações com valores heterogêneos para o conceito aferido. Outro fator com influência sobre o alfa de Cronbach é o número de itens do questionário. Questionários com menor número de questões podem adquirir maior confiabilidade após inserção de novas perguntas, contanto que estas busquem a avaliação do mesmo constructo, enquanto questionários com excesso de perguntas podem também ter menor validade por desinteresse na qualidade e na assiduidade das respostas. Este último também pode ocorrer caso o tempo de aplicação do questionário seja muito longo.

4.1.2 Características sociodemográficas

Foram entrevistadas 105 pessoas, a maior parte idosos, com cerca de 60% acima dos 60 anos de idade (64 de 105). A maioria dos respondentes era do sexo feminino, configurando pouco mais de 70% (74 de 105). Cerca de 90% era composto de pessoas brancas, com apenas 9% de negros e pardos. A escolaridade predominante foi de pacientes com ensino fundamental e médio (56,2%, 59 de 105), com 43,8% (46 de 105) de pessoas com nível superior ou maior. Cerca de 70% dos entrevistados residia na cidade de Nova Friburgo, com o restante proveniente dos outros municípios da região e mais de 70% dos respondentes tinha até 5 anos do diagnóstico inicial (76 de 105 pacientes). Os quatro sítios primários mais comuns, em ordem decrescente, foram: mama, urológico (a maioria composta de tumores de próstata), colorretal e pulmão. A tabela abaixo traz um resumo das características dos respondentes.

Tabela 4 - Características dos respondentes

| Características sociodemográficas | N=105 |
|--|--------------|
| Idade | |
| Até 30 anos (%) | 0 (0) |
| 31 a 40 anos (%) | 6 (5,7%) |
| 41 a 50 anos (%) | 17 (16,2%) |
| 51 a 60 anos (%) | 18 (17,1%) |
| 61 a 70 anos (%) | 27 (25,7%) |
| > 70 anos (%) | 37 (35,3%) |
| Sexo | |
| Masculino (%) | 31 (29,5%) |
| Feminino (%) | 74 (70,5%) |
| Raça | |
| Branca (%) | 95 (90,4%) |
| Preta (%) | 5 (4,8%) |
| Parda (%) | 4 (3,8%) |
| Outras (%) | 1 (1%) |
| Escolaridade | |
| Ensino Médio completo ou inferior (%) | 59 (56,2%) |
| Nível superior ou maior (%) | 46 (43,8%) |
| Cidade de Origem | |
| Nova Friburgo (%) | 74 (70,5%) |
| Outras cidades da Região Serrana (%) | 31 (29,5%) |
| Outros municípios (%) | 0 (0%) |
| Tempo de diagnóstico | |
| < 1 ano (%) | 32 (30,5%) |
| 1 a 5 anos (%) | 44 (41,9%) |
| 6 a 10 anos (%) | 17 (16,2%) |
| > 10 anos (%) | 12 (11,4%) |
| Sítio primário | |
| Mama | 45 |
| Urológico | 26 |
| Colorretal | 13 |
| Pulmão | 6 |
| Pele | 5 |
| Pancreatobiliar | 4 |
| Esofagogástrico | 4 |
| Ginecológico | 4 |
| Outros | 3 |

*cinco pacientes apresentaram dois tumores primários

4.1.3 Seleção do centro de tratamento oncológico

Cerca de 87% dos entrevistados declarou que sua clínica de escolha era a mais próxima da residência. Não ocorreu interferência do examinador, mesmo quando a informação era incorreta.

Quase um terço dos respondentes já havia considerado (ou realizado) tratamento em outro centro oncológico (31,4 x 68,6%), com pouco mais de 60% (66 pessoas) tendo comparecido a outra clínica. Mais de três quartos (78%) dos entrevistados acreditou ser importante a oportunidade de tratamento em mais de uma opção de centro oncológico. Os principais motivos para frequência de outros centros foram: consulta com especialista ou tratamento indisponíveis no local de origem (40 pessoas) como a Radioterapia, tratamento prévio em outro serviço (23 pessoas), consulta de segunda opinião em Oncologia Clínica (10 pessoas), acompanhamento conjunto com oncologista clínico externo (3 pessoas), entre outros (com possibilidade de mais de uma resposta).

Somente 11,4% dos entrevistados (integrando 12 de 105 indivíduos) se declarou como o principal responsável pela escolha do centro oncológico, com 2,9% (3) afirmando que a decisão foi conjunta com familiar(es). Entre aqueles que se declararam passivos na decisão, o responsável pela escolha do local de tratamento foi o médico encaminhador em 78,1% (totalizando 82 pessoas), seguido de familiar em 6,7% (7 pessoas) e outros (1%).

Um pouco mais de um quinto dos entrevistados buscou informações sobre médicos e serviços oncológicos durante o processo de seleção da clínica (23 indivíduos, totalizando 21,9%), em oposição a 78,1% que não procurou dados sobre locais ou profissionais relacionados ao tratamento. Dentre os clientes que procuraram se informar, as fontes mais comumente utilizadas foram médicos (8) e familiares (8), cada um em 7,6% dos casos, conhecidos e amigos em 3,8% (4), internet e redes sociais em 2,9% (3), outros profissionais da saúde em 1% (1) e outras fontes em 1,9% (2 casos).

Todos os entrevistados, exceto por um, estavam em acompanhamento médico no momento do diagnóstico (99%). Quase 60% tinha iniciado acompanhamento próximo a identificação da doença (58,1%, 61 pessoas de 105), enquanto 26,7% (28 indivíduos) estavam em seguimento com o mesmo profissional há pelo menos 5 anos. Do restante, 3,8%, 4,8% e 5,7% estavam em acompanhamento entre seis e doze meses, entre um e três anos e entre três e cinco anos, respectivamente.

Dentre os que estavam em acompanhamento médico no momento da recidiva (104 pacientes), 83,8% (88) considerou o encaminhamento do médico assistente muito importante para a escolha do centro oncológico; 1,9% (2) considerou importante, 1% (1 pessoa) considerou importância média e 12,4% (13 indivíduos) considerou sem importância. Vide tabela abaixo.

Tabela 5 – Importância do médico encaminhador

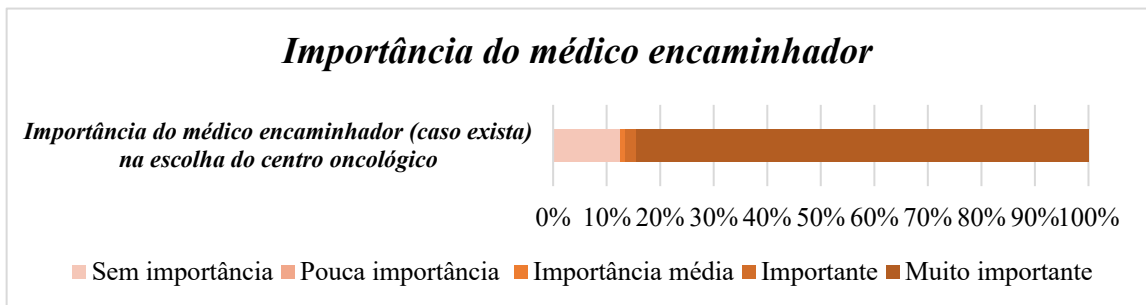


Tabela 6 – Seleção do centro oncológico

| Seleção de centro oncológico | N=105 |
|---|------------|
| Existência de serviço mais próximo à residência | |
| Sim (%) | 5 (4,8%) |
| Não (%) | 92 (87,6%) |
| Não sei (%) | 8 (7,6%) |
| Consideração sobre tratamento em outro centro oncológico | |
| Sim (%) | 33 (31,4%) |
| Não (%) | 72 (68,6%) |
| Comparecimento prévio a outro centro oncológico | |
| Sim (%) | 66 (62,9%) |
| Não (%) | 39 (37,1%) |
| Motivo de comparecimento a outro centro oncológico (se resposta sim à pergunta anterior) | |
| | N=66 |
| Especialidade ou tratamento indisponíveis no centro de origem (%) | 40 (38%) |
| Tratamento prévio (troca de prestador ao longo do tratamento) (%) | 23 (35%) |
| Segunda opinião (%) | 10 (9,6%) |
| Acompanhamento conjunto com oncologista externo (%) | 3 (2,8%) |
| Outros (%) | 3 (2,8%) |
| * permitido mais de uma resposta | |
| Responsável pela escolha do centro de tratamento | |
| Médico encaminhador (%) | 82 (78,1%) |
| Paciente (%) | 12 (11,4%) |
| Familiar (%) | 7 (6,7%) |
| Decisão conjunta entre familiar e paciente (%) | 3 (2,9%) |
| Outro (%) | 1 (1%) |

| | |
|---|------------|
| Busca por informações sobre médicos ou centros oncológicos por parte do paciente ou familiar | |
| Sim (%) | 23 (21,9%) |
| Não (%) | 82 (78,1%) |
| Caso resposta sim, qual a fonte de informações utilizada | |
| N=23 | |
| Familiares (%) | 8 (7,6%) |
| Médicos (%) | 8 (7,6%) |
| Conhecidos ou amigos (%) | 4 (3,8%) |
| Internet ou redes sociais (%) | 3 (2,9%) |
| Outros profissionais de saúde (%) | 1 (1%) |
| Outros (%) | 2 (1,9%) |
| * permitido mais de uma resposta | |
| Considera importante ao menos duas opções de centro oncológico credenciado | |
| Sim (%) | 82 (78%) |
| Não (%) | 23 (22%) |
| Estava em acompanhamento com outro médico anteriormente ao atendimento oncológico | |
| Sim (%) | 104 (99%) |
| Não (%) | 1 (1%) |
| Caso positivo, há quanto tempo estava em acompanhamento com o médico (em caso de mais de um, prioridade para o encaminhador) | |
| | 61 (58,1%) |
| < 6 meses (%) | 4 (3,8%) |
| 6 meses a <12 meses (%) | 5 (4,8%) |
| 1 a <3 anos (%) | 6 (5,7%) |
| 3 a <5 anos (%) | 28 (26,7%) |
| 5 anos ou mais (%) | |

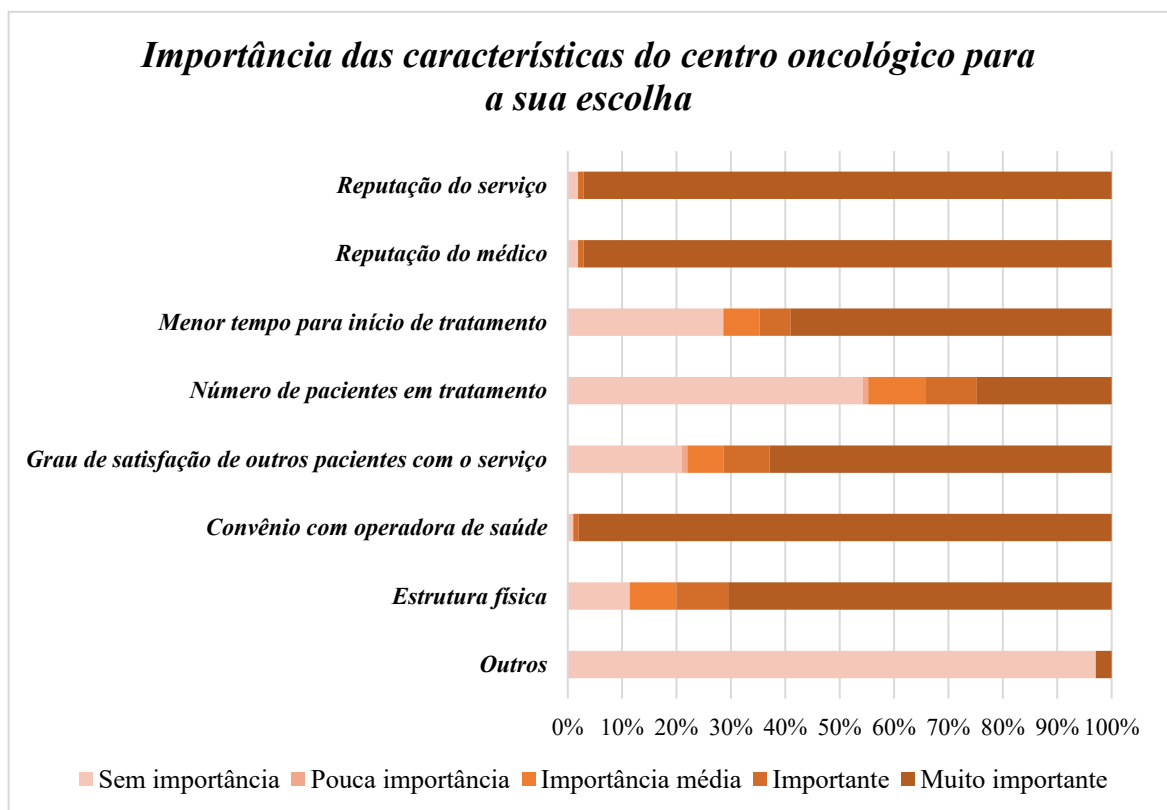
4.1.4 As características do centro oncológico

Entre as características de um centro oncológico consideradas mais importantes pelos clientes estavam: convênio com operadora de saúde, reputação do serviço e reputação do médico. A reputação do serviço foi declarada como muito importante para 93,2% dos respondentes (98), importante para 1,9% (2), com importância intermediária para 1% (1), pouco importante para 1% (1) e sem importância para 2,9% (3). A reputação do médico teve resultado similar, sendo considerada muito importante para 93,2% dos respondentes (98), importante para 1,9% (2), com importância intermediária para 1% (1), pouco importante para 1% (1) e sem importância para 2,9% (3). O convênio com operadora de saúde foi considerado sem importância por 1,9% (2 pessoas), pouco importante por 1% (1), com importância intermediária por 1% (1), importante por 1,9% (2) e muito importante por 94,2% (99 indivíduos).

O menor tempo para início de tratamento foi declarado como muito importante para 59% dos respondentes (62), importante para 5,7% (6), com importância intermediária para 6,7% (7), pouco importante para 0% e sem importância para 28,6% (30). Quanto a estrutura física, foi declarada como muito importante para 70,5% dos respondentes (74), importante para 9,5% (10), com importância intermediária para 8,6% (9), pouco importante para 0% e sem importância para 11,4% (12). O grau de satisfação de outros pacientes com o serviço foi considerado sem importância por 21% (22 pessoas), pouco importante por 1% (1), com importância intermediária por 6,6% (7), importante por 8,5% (9) e muito importante por 62,9% (66 indivíduos).

Quanto ao número de pacientes em tratamento, foi considerado muito importante para 25% dos respondentes (26), importante para 9,5% (10), com importância intermediária para 10,5% (11), pouco importante para 1% (1) e sem importância para 54,3% (57). Outros fatores foram considerados muito importantes para 2,9% dos respondentes (3) e sem importância para 97,1% (102). Vide tabela abaixo.

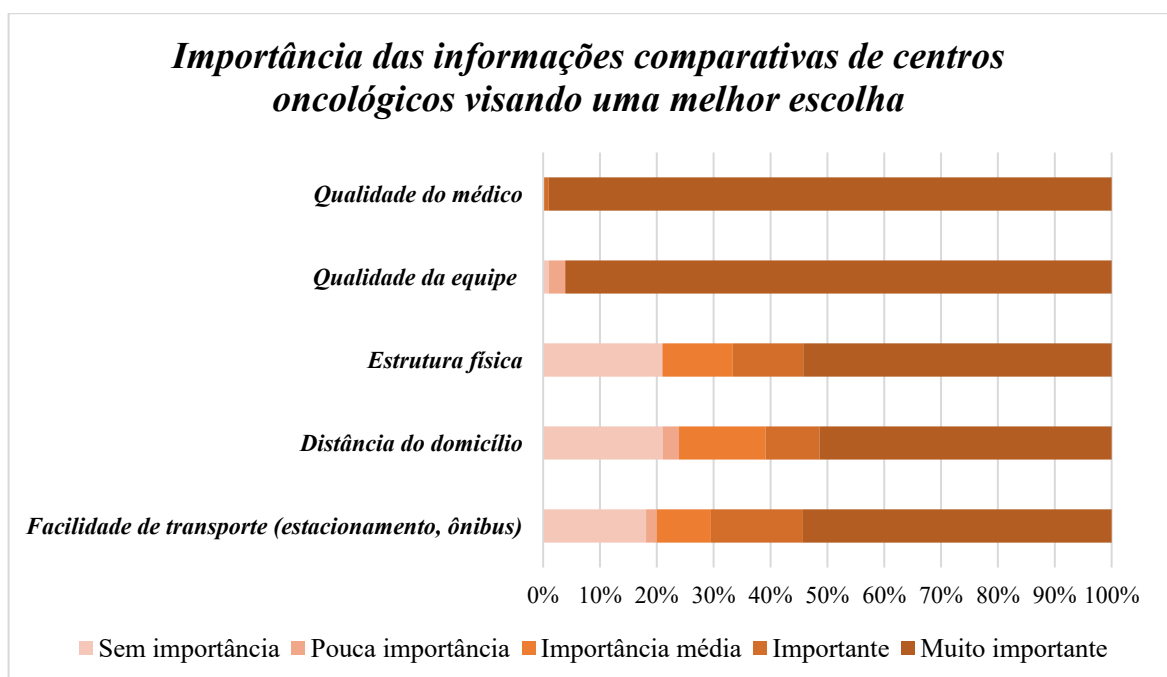
Tabela 7 – Importância das características do centro oncológico



4.1.5 Importância das informações comparativas

Este trecho do questionário buscou compreender quais informações ajudariam no processo de comparação entre os centros oncológicos. Quanto a qualidade do médico, foi considerada muito importante para 99% dos respondentes (104) e importante para 1% (1). Já a qualidade da equipe foi considerada muito importante para 97% dos respondentes (102) e importante para 3%, sendo estes dois itens mais relevantes para a população estudada. A estrutura física foi considerada muito importantes para 54% dos respondentes (56), importantes para 12% (13), com importância intermediária para 13% (14) e sem importância para 21% (22). Já distância do domicílio foi considerada muito importantes para 51,4% dos respondentes (54), importantes para 9,5% (10), com importância intermediária para 15,2% (16), pouco importantes para 2,9% (3) e sem importância para 21% (22), enquanto a facilidade de transporte foi considerada muito importantes para 54,3% dos respondentes (57), importantes para 16,2% (17), com importância intermediária para 9,5% (10), pouco importantes para 1,9% (2) e sem importância para 18,1% (19). Vide tabela abaixo.

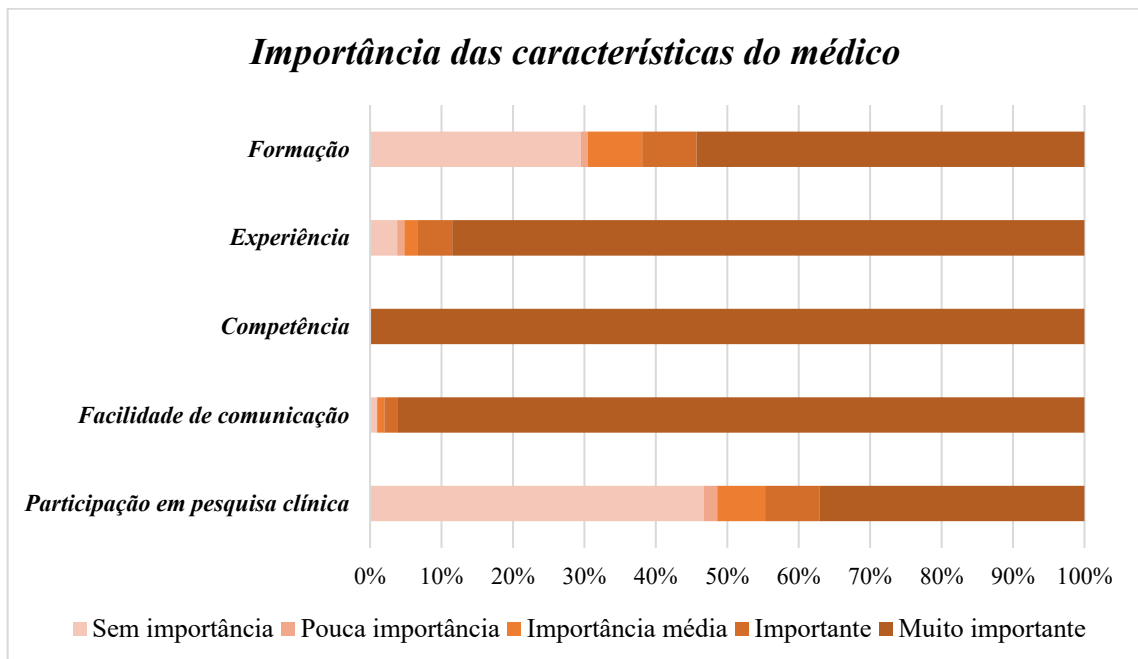
Tabela 8 – Importância das informações comparativas de centros oncológicos



4.1.6 Importância das características do profissional médico

Entre as características do profissional médico investigadas pelo estudo a competência foi considerada a mais importante, com 100% dos pacientes (105) a considerando como muito importante. Já a facilidade de comunicação foi considerada muito importante por 96,1% (101) dos entrevistados, importante por 1,9% (2), com importância intermediária por 1% (1), e sem importância por 1% (1). A experiência foi considerada muito importante para 88,6% dos respondentes (93), importante para 4,8% (5), com importância intermediária para 1,9% (2), pouco importante para 1% (1) e sem importância para 3,8% (4). A formação foi considerada muito importante para 54,3% dos respondentes (57), importante para 7,6% (8), com importância intermediária para 7,6% (8), pouco importante para 1% (1) e sem importância para 29,5% (31). A participação em pesquisa foi o critério menos importante para os respondentes, considerado muito importantes para 37,1% dos respondentes (39), importantes para 7,6% (8), com importância intermediária para 6,7% (7), com pouca importância para 1,9% (2) e sem importância para 46,7% (49).

Tabela 9 – Importância das características do médico



4.1.7 Experiência do paciente

Todos os clientes se consideraram muito satisfeitos e satisfeitos com a estrutura física da clínica em tratamento (90,5 e 9,5%, respectivamente) e com o serviço prestado em geral (99% e 1%, respectivamente). Todos os entrevistados, exceto um, concordaram integralmente com a frase “tenho confiança que meu tratamento realizado foi o melhor possível”.

Tabela 10 – Experiência do paciente

| Experiência do paciente | N=105 |
|--|--------------|
| Satisfação com a estrutura física da clínica | |
| Muito insatisfeito (%) | 0 |
| Insatisfeito (%) | 0 |
| Neutro (%) | 0 |
| Satisfeito (%) | (9,5%) |
| Muito satisfeito (%) | (90,5%) |
| Grau de concordância que o tratamento realizado foi o melhor possível | |
| Discorda totalmente (%) | 0 |
| Discorda (%) | 0 |
| Nem concorda, nem discorda (%) | 0 |
| Concorda (%) | (1%) |
| Concorda totalmente (%) | (99%) |
| Grau de satisfação com o serviço prestado | |
| Muito insatisfeito (%) | 0 |
| Insatisfeito (%) | 0 |
| Neutro (%) | 0 |
| Satisfeito (%) | (1,9%) |
| Muito satisfeito (%) | (98,1%) |

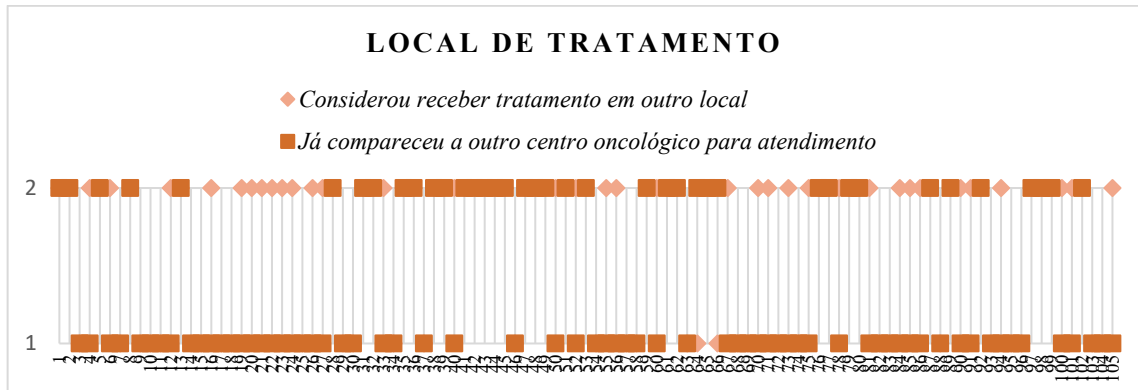
4.1.8 Correlação entre respostas

Algumas respostas apresentam correlação entre si. As mais interessantes para os resultados desta pesquisa estão apresentadas nessa seção, juntamente aos seus respectivos diagramas de dispersão para fins ilustrativos.

Existe uma correlação positiva ($R=0,44$) entre ter considerado tratamento em clínicas diferentes e ter comparecido a outros(s) centro oncológico para atendimento, demonstrando que quem considerou outros centros compareceu mais para atendimento fora e quem não contemplou esta

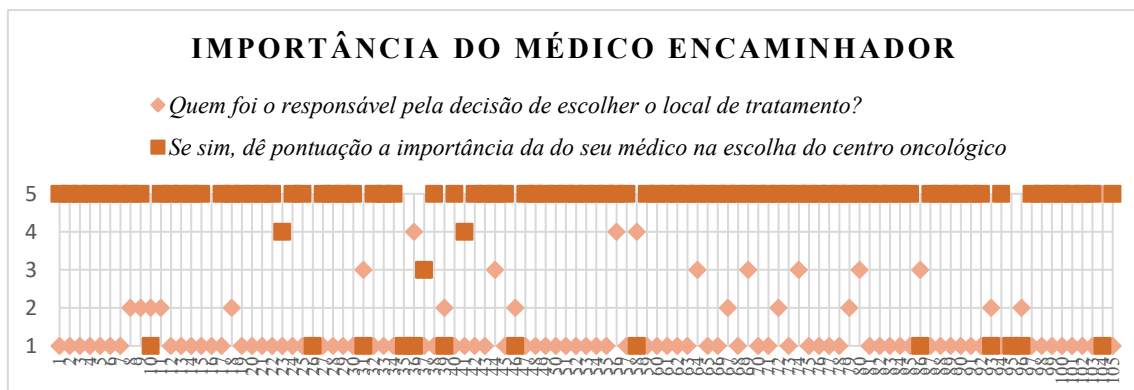
possibilidade, teve menor chance de procura por assistência em outros prestadores. Vide tabela abaixo.

Tabela 11 – Local de tratamento



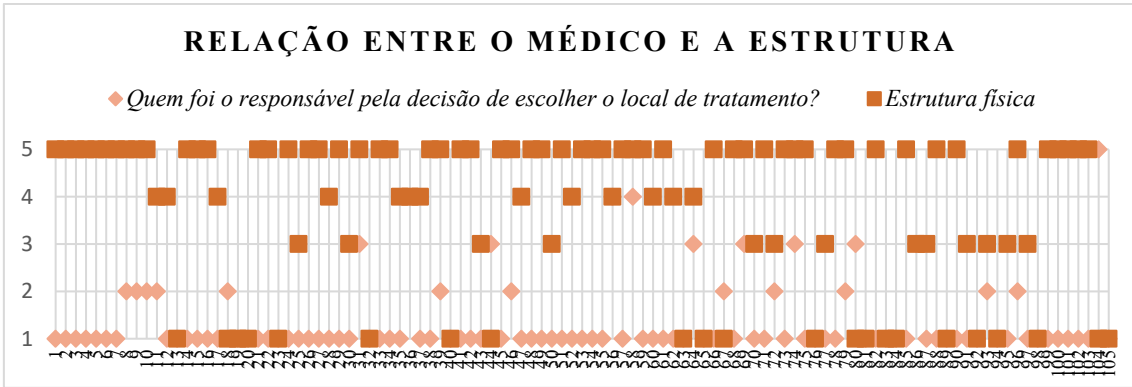
Há correlação negativa ($R = -0,39$) entre a atribuição da responsabilidade sobre a escolha do centro oncológico ao médico (resposta 1) e a maior importância do médico na escolha da clínica (resposta 5), demonstrando que quando a opinião do médico é importante para a escolha, com frequência assume papel de protagonismo. Vide tabela abaixo.

Tabela 12 – Importância do médico encaminhador



Pode-se notar correlação positiva ($R = 0,37$) entre a escolha do médico como responsável pela seleção do centro oncológico (resposta 1) e a valorização da estrutura física (resposta 5). Vide tabela abaixo.

Tabela 13 – Relação entre o médico e a estrutura



4.2. Análise e discussão dos resultados

Essa dissertação representa um dos primeiros esforços em elaborar o processo decisório da escolha do centro oncológico por usuários do sistema privado de saúde brasileiro. Este capítulo objetiva a discussão dos resultados desta pesquisa, didaticamente divididos entre a análise dos resultados da pesquisa quanto ao processo decisório da escolha do centro oncológico, relevância do estudo e limitações e perspectivas futuras.

4.2.1 Processo de decisão da escolha do centro oncológico

Segundo dados da literatura, o encaminhamento, a escolha do médico e a localização da clínica oncológica são os motivos pelos quais o paciente chega ao centro (KELLY *et al.*, 2019; YAHANDA *et al.*, 2015; AGARWALL *et al.*, 2016), o relacionamento com o médico, equipe e o ambiente da clínica são os motivos que fidelizam (KELLY *et al.*, 2019). Nessa seção, será apresentada a discussão da presente pesquisa, com análise crítica dos resultados à luz dos dados prévios da literatura e das limitações do estudo. De forma geral, essa pesquisa demonstra o paciente oncológico usuário do sistema de saúde privado brasileiro como consumidor passivo de serviços médicos.

No presente estudo, os homens e os negros parecem ter sido sub-representados entre os respondentes em relação aos indivíduos com câncer na população geral. Os quatro sítios primários mais comuns, em ordem decrescente, foram: mama, urológico (a maioria composta de tumores de próstata), colorretal e pulmão, alinhado com a epidemiologia do câncer no Brasil pelo Instituto Nacional de Câncer (SANTOS *et al.*, 2023) - exceto pelos tumores de pele não melanoma, que não costumam necessitar de acompanhamento na especialidade. A maior parte das pesquisas parece embasar que poucos pacientes de fato escolhem o centro oncológico (VICTOOR *et al.*, 2012; SCHWARTZ *et al.*, 2002) e muitos parecem se basear em experiências prévias de serviços de saúde (VICTOOR *et al.*, 2012). Pela literatura, pacientes mais jovens, com melhor status socioeconômico, com maior escolaridade ou sem experiências satisfatórias prévias tenderiam a manter postura mais ativa, o que não pode ser comprovado pelo presente estudo por tais grupos serem pouco representativos.

Quase 80% dos respondentes considerou importante a existência de opções de centros oncológicos credenciados a sua operadora de saúde. Uma parcela significativa dos pacientes considerou a possibilidade de tratamento em mais de um centro oncológico, com mais de 60%

frequentando outras clínicas ao longo do acompanhamento da doença e cerca de um terço desses tendo trocado de prestador previamente, o que sugere que a escolha do local de tratamento pode ser reavaliada. Enquanto algumas dessas trocas podem ocorrer por questões externas como mudanças de residência, de operadora de saúde e até pela mobilidade do próprio médico oncologista ao longo do tempo, é possível que os pacientes tenham novas demandas e prioridades, insatisfação com a experiência na clínica, que o contato com novas informações ou frustração com os resultados obtidos permita a revisão de escolhas anteriores. Há impressão de que aspectos do acompanhamento longitudinal teriam relação direta com a permanência dos pacientes no prestador, havendo necessidade de extensão das estratégias de atração de novos clientes também para a manutenção do vínculo. Na presente pesquisa, a maior parte que frequentou outra clínica o fez em busca de especialidade indisponível no local de origem (como oncogenética e radioterapia), uma possível oportunidade para contato com outros serviços ou médicos oncologistas, o que não foi explorado. Por ser um conjunto de doenças associado a alta prevalência de sofrimento psíquico, físico, existencial e social, parece ser interessante um *follow up* diferenciado em relação a outras áreas da saúde, com maior atenção aos valores individuais, a rede de apoio e personalização do acompanhamento, visando uma melhor experiência e fortalecimento do vínculo com a equipe. Não houve nessa pesquisa um enfoque nas razões específicas que levaram os usuários a trocarem de prestador e nem foi explorado a relação entre a satisfação declarada no terceiro bloco e a redução do desejo de troca de prestador. De forma geral, o estudo deu maior enfoque a seleção inicial, o que pode limitar o entendimento dos anseios dos pacientes como um todo, visto que o processo de fidelização pode ser compreendido como parte da escolha.

Um dado interessante é que apesar da imensa maioria dos pacientes ter afirmado que não havia centro oncológico mais próximo à residência, apesar de existir a opção de alegar desconhecimento ou dúvida, para muitos pacientes esta informação não era verídica. A opção foi pela não intervenção da equipe na resposta, porém ficou claro que na ausência do conhecimento concreto a respeito do tema, poucos optaram por seguir a opção duvidosa e uma parcela dos entrevistados pareceu aceitar seu conhecimento prévio como algo inquestionável.

Quase 80% dos entrevistados atribuiu ao médico encaminhador a decisão pelo local de tratamento e menos de 15% se declarou responsável pela decisão (de forma individual ou compartilhada com a família). Tais dados são semelhantes a algumas informações da literatura (FOTAKI *et al.*, 1999; WILSON *et al.*, 2011 AGGARWAL *et al.*, 2017b), especialmente aquelas em que os pacientes se comportam de forma mais passiva. A importância da opinião

do profissional não pareceu ter relação com o tempo de acompanhamento, visto que em quase 60% dos casos o início do seguimento tinha se dado à época do diagnóstico (traduzido pelo tempo de seguimento por período menor que seis meses), sugerindo que pode haver forte vínculo médico paciente em um intervalo curto. É possível que o contexto emocional de uma doença grave ajude a estreitar a relação. Isso está de acordo com os achados de Chimonas *et al.* (2019), que demonstraram que mesmo diante de informações objetivas contrárias, há tendência em aceitar a recomendação médica quanto ao hospital para cirurgia oncológica, provavelmente devido ao vínculo de confiança: parece ser mais fácil confiar na opinião de um indivíduo do que em uma informação, ainda mais em uma relação que pressupõe cuidado e responsabilidade.

A maior parte dos usuários (quase 80%) parece não ter buscado informações sobre centros oncológicos, havendo várias razões às quais podemos atribuir esse achado. A escolaridade certamente pode ter contribuído, dificultando essa pesquisa ou a interpretação dos dados encontrados. Além disso, o fato de que muitos pacientes provavelmente já tinham alguma familiaridade com pelo menos um dos dois serviços oncológicos onde ocorreram as entrevistas, o que não foi explorado na pesquisa, pode ter reduzido o desejo por mais informações sobre o próprio centro oncológico escolhido ou por informações comparativas. Um dos centros é anexo ao hospital de referência da operadora da maior parte dos usuários e o outro serviço existe há mais de vinte e cinco anos, inclusive oferecendo outras especialidades médicas. Essas informações estão alinhadas com dados prévios em literatura (GROOT *et al.*, 2011; MARSHALL *et al.*, 2010), que sugerem que escolha de hospitais, por exemplo, podem estar mais conectadas a experiências prévias, senso de lealdade e obrigação, com um processo mais social do que racional, este último baseado em dados e fatores objetivos. Adicionalmente, o paciente pode usar apenas parte das informações recebidas para confirmar suas impressões iniciais, ignorando mesmo informações robustas contrárias (MARSHALL *et al.*, 2010). Em uma cidade de interior, com número mais restrito de serviços de saúde, é provável que uma pessoa já tenha tido experiências como perda ou tratamento de entes queridos e amigos na rede credenciada e que essas vivências tenham reflexo na escolha do prestador.

Para explicar o baixo impacto da utilização das informações públicas sobre as decisões de consumo em relação a escolha de hospitais, Groot *et al.* (2011) propôs que clientes prévios de determinados hospitais não tenham demanda por informações adicionais de outras instituições, visto que o paciente já se identifica e não deseja avaliações comparativas de outros centros. No caso estudado, essas informações estão alinhadas com a existência de rede pré estabelecida de relacionamento com o hospital regional, por exemplo, onde um dos centros oncológicos está

anexado, visto que os pacientes e seus familiares já são atendidos para outros procedimentos e consultas em pronto atendimento, gerando identificação, senso de pertencimento, que transcendem dados mais objetivos de performance (GROOT *et al.*, 2011). Além disso, a escolaridade predominante pode prejudicar o entendimento das informações disponibilizadas ou até dificultar que os pacientes a procurem por temer sua incapacidade de entendimento e crítica, terceirizando assim a escolha aos médicos assistentes, por exemplo. Estudos de Marshall *et al.* (2010) e Groot *et al.* (2011) sugerem que a escolha de hospital seja mais similar a um processo social. Neste estudo holandês (GROOT *et al.*, 2011), tanto os pacientes que buscaram as informações quanto aqueles que não compararam as instituições apontaram os mesmos quatro fatores como os mais relevantes (em ordem decrescente): boletins sobre a expertise do médico, o tempo para consulta ambulatorial, tempo para cirurgia e impressão positiva sobre habilidade médica de comunicação. Interessante que neste estudo o tempo para consulta ambulatorial foi mais importante do que o tempo para a cirurgia em si, o que parece estar alinhado a resposta ao questionário formulado, pois a característica pesquisada foi “menor tempo para início de tratamento” e não “menor tempo para primeira avaliação”. Provavelmente, tendo realizado a primeira avaliação, caso boa impressão do profissional e da clínica, propicie a fidelização do paciente à instituição, além do fato de que uma possível solicitação de autorização de tratamento para a operadora esteja diretamente atrelada a clínica - ou seja, sem “portabilidade”, uma mudança exigiria além de uma nova avaliação em outro local, uma renovação de todos os passos para a autorização de tratamento.

Entre os 23 respondentes que buscaram informações sobre centros oncológicos, interessante notar que um número muito pequeno buscou dados objetivos como aqueles dispostos em sítios eletrônicos e outras mídias (3 pessoas), entre outros (2 pessoas), tendo a imensa maior parte buscado na realidade a impressão e experiência de terceiros – fossem eles profissionais (8 procuraram médicos e 1 procurou outro profissional da saúde) ou leigos (8 procuraram familiares e 4, amigos ou conhecidos). Um dado relevante na literatura de tomada de decisão de pacientes com doenças graves (CHIMONAS *et al.*, 2019) peculiar às pessoas com câncer é que pode haver certa restrição dos pacientes e familiares à busca de dados relacionados aos desfechos clínicos por receio de prejuízos psicológicos, reforçando a questão da influência emocional no comportamento humano. É interessante ponderar que para influenciar esse processo de tomada de decisão com forte componente emotivo são necessárias informações além de dados de performance convencionais, como por exemplo, agregar descrição de experiências prévias de outros pacientes, como é feito em algumas plataformas privadas,

tornando-as mais acessíveis e fáceis de compreender, mesmo para o público leigo. Disponibilizar, então, informações tão sensíveis de forma suave é certamente um desafio a ser enfrentado para divulgar dados para esse nicho de usuários do sistema de saúde e que pode estimular seu bom uso, sem prejuízo emocional sobre a capacidade decisória. Para tal, as informações devem ser claras, acessíveis tanto para os pacientes quanto para os médicos encaminhadores (AGGARWAL *et al.*, 2017a). Outros estudos confirmam que até o público leigo pode utilizar informações acessíveis para auxiliar no processo de tomada de decisão (KUKLINSKI *et al.*, 2021). Assim, a divulgação de informações de performance de qualidade pode auxiliar pacientes, médicos encaminhadores e gestores. Embora o estudo não tenha sido longitudinal, existe impressão na literatura de tendência ao uso crescente de informações para tomada de decisão em relação a escolhas relacionadas a saúde de pacientes com câncer (GROOT *et al.*, 2011). Não foi explorado no estudo se havia desejo de mais informações, como a literatura sugere (MARSHALL *et al.*, 2010; YANG *et al.*, 2018).

Há evidências que a divulgação de dados sobre os serviços de saúde, como vem ocorrendo em alguns países, tem aumentado a qualidade do cuidado, no entanto, situações como a restrição ao tratamento de pacientes de alto risco para evitar impactos nos desfechos (PRANG *et al.*, 2018) também têm sido denunciada. Alguns boletins também vêm sendo direcionados aos profissionais de saúde e não aos consumidores (PRANG *et al.*, 2018), o que pode ser uma estratégia interessante para informar e embasar aqueles que parecem ser os grandes encaminhadores para os oncologistas e que provavelmente estão mais aptos a interpretar e até questionar os dados. Há a possibilidade de que os pacientes desconheçam mecanismos de busca por informações, principalmente na internet, porém também é possível que os dados disponibilizados não sejam vistos como confiáveis, fidedignos e até mesmo úteis à maior parte dos clientes, o que não parece ter ocorrido visto que não houve a busca pelos dados. Estimou-se que 65% dos pacientes norte-americanos tenham ciência da possibilidade de buscar informações sobre médicos na internet e que as avaliações de outros pacientes sejam a fonte mais comum de informações em sites sobre saúde (YAHANDA *et al.*, 2015), mas esses dados podem não corresponder à realidade brasileira. No Brasil, é comum encontrar essas narrativas de experiências dos pacientes tanto nas avaliações de sites de busca e também em plataformas privadas especializadas em *marketing* de serviços médicos. Cabe ressaltar que não há no Brasil até o momento programa à semelhança de outros países que organizem e divulguem dados acerca dos diferentes hospitais e serviços, tanto públicos como privados, de forma padronizada. Na ausência da disponibilidade de informações de qualidade, provavelmente os centros

oncológicos vão tentar se diferenciar de outras formas, não necessariamente construtivas para desfechos qualitativos e custo-efetivos. A saber, a configuração do mercado de serviços de saúde varia bastante entre os países que adotam essa prática quanto a estrutura organizacional, sistemas de financiamento e organização geográfica dos serviços especializados.

Segundo Yahanda *et al.* (2015), existe um grupo de pacientes cujo processo de escolha se baseia mais nas características do centro oncológico que nas dos cirurgiões oncológicos. Conforme o esperado, o convênio com a operadora de saúde foi muito importante, de forma quase unânime. Alguns fatores inerentes a especialidade devem ter contribuído, como o alto custo de tratamentos oncológicos, altos gastos não contemplados pela operadora (como medicamentos ambulatoriais, transporte, alimentação diferenciada ou fora de domicílio), redução da renda por incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho, para citar alguns. A reputação do serviço e a reputação do médico, fatores inclusive que tiveram correlação estatística positiva entre si ($R = 0,50$), de forma alinhada à literatura (respectivamente YANG *et al.*, 2018 e KELLY *et al.*, 2019) foram consideradas características muito relevantes para a escolha do centro oncológico, seguindo-se da estrutura física da clínica. Não foi explorado o conceito que se entende por reputação. Aggarwal *et al.* (2018) tiveram a percepção de que na ausência de dados objetivos sobre a qualidade técnica, os pacientes usavam outras informações – entre os fatores identificados estão interesse em pesquisa, número de publicações, anos de experiência, formação curricular; centros descritos como locais de excelência também foram melhor recebidos, embora não houvesse definição deste conceitos em termos de número de procedimentos e desfechos. O número de pacientes em tratamento na clínica pareceu não ter importância para a maioria dos entrevistados, uma informação aparentemente contraditória em relação a importância dada a experiência dos médicos. Apesar disso, alguns entrevistados por Chimonas *et al.* (2019) parecem explicar essa divergência: enquanto parte entendeu o conceito de número de pacientes como sinônimo de experiência, uma parcela se sentiu diminuído em sua individualidade e entende que o tratamento deve ser visto de forma personalizada.

Mais de 70% dos entrevistados considerou ao menos importante o menor tempo de início de tratamento. Na pesquisa de Groot *et al.* (2011), a maioria dos participantes enfatizou a importância do primeiro agendamento ágil. Talvez o questionamento a respeito do início de tratamento e não do tempo para agendamento da primeira consulta seja responsável pelo subgrupo que não viu relevância neste quesito. Outra questão é que pela avaliação da experiência nas clínicas ser tão positiva, a eficiência de agendamento para início de tratamento não tenha suscitado maiores reflexões quanto ao tema. Entre os diferentes diagnósticos e

diferentes estadiamentos há bastante variabilidade no senso de urgência para início da terapia, além de questões relacionadas à percepção individual. A questão particular de uma doença como o câncer é que a urgência tanto pelos sintomas mas pelo desejo de abordar o problema faz com que muitos aceitem o encaminhamento para o hospital local ao menos para o início da investigação ou terapia (AGGARWAL *et al.*, 2018; KELLY *et al.*, 2019). Os achados de Kelly *et al.* (2019) corroboram a urgência do diagnóstico e a distância para o centro oncológico como sendo os fatores mais importantes para a decisão. Algumas considerações dessa pesquisa inglesa merecem atenção: isso pode ser visto como um limitante para oportunidade e desejo de buscar outras opções. A dificuldade de localizar informações úteis e a logística geográfica podem dificultar a busca por outras opções; ao mesmo tempo, pode ser uma oportunidade de vínculo com a equipe local. De forma geral, esse é um período muito angustiante para os pacientes, pois diante de doença grave, de perspectivas incertas, há uma pressão para decisão do local de tratamento e frequentemente há um sensação de ausência de conhecimento técnico sobre as possibilidades, de certa forma, procurar outras opções pode parecer um “cardápio” em uma linguagem estrangeira desconhecida, sem que haja conhecimento técnico do que cada escolha significa, trazendo posturas de enfrentamento ao estresse que os autores chamam de “resistência a escolha” e “engajamento para a escolha”. Ou seja, enquanto uns aceitam as referências do médico assistente como estratégia para lidar com o medo e com a insegurança da decisão, alguns se portam de modo mais ativo, enquanto outros buscam se engajar na procura por diversas opções como forma de segurança que a melhor decisão foi tomada, enquanto um subgrupo mais extremo se comporta como consumidor. Este último se vê como agente capaz de realizar escolhas e a equipe médica como meio de obter a melhor qualidade de assistência, buscando ativamente pelos melhores profissionais segundo suas expectativas, mesmo que para isso sejam necessárias viagens longas e alto custo. Para os pesquisadores existem alguns fatores de atração - tratamentos mais modernos ou tecnológicos – e outros de distanciamento da escolha – como a insatisfação com o cuidado que não havia suprido suas expectativas. Há estudos (KUKLINSKI *et al.*, 2021) que demonstram que a competitividade de cirurgias oncológicas ocorre a nível local, porém a ausência de entrevista dos pacientes que optaram por tratamento em outros municípios é um limitante a esse entendimento nesta pesquisa.

Quase 80% dos participantes considerou ao menos importante o grau de satisfação dos outros pacientes do serviço e quase 90% dos respondentes considerou ao menos importante a estrutura física do serviço. Entre os itens que descreviam a estrutura física no questionário estava a limpeza dos ambientes. Este fator foi comumente citado como fundamental, em alinhamento

com outros estudos (YAHANDA *et al.*, 2015; CHIMONAS *et al.*, 2019; VICTOOR *et al.*, 2012; PRANG *et al.*, 2018). Apesar de não haver campo aberto de observações, alguns comentaram que as comodidades e o tamanho do espaço eram menos relevantes, mas enfatizaram a relevância da limpeza. Apenas 3 pacientes de 105 consideraram que outra característica não incluída no questionário tinha grande importância para a escolha da clínica. Todos citaram o acolhimento da equipe como um fator fundamental, corroborando achado de Kelly *et al.* (2019).

Quanto às informações relevantes para os entrevistados a qualidade dos médicos e da equipe em geral foram quase unânimes para a comparação entre os centros oncológicos. Estrutura física, facilidade de transporte e distância do domicílio pontuaram a resposta de cerca de 80% de pessoas que os consideraram no mínimo importante. No estudo de Groot *et al.* (2011), os pacientes que compararam hospitais estavam predispostos a um maior deslocamento, visto menor importância da distância do hospital à residência. Nesse sentido, nossos resultados também podem ter sido afetados pelo viés de seleção – os pacientes mais predispostos a viajarem podem ter optado, em sua maioria, por tratamento na capital, por exemplo. As pessoas que pontuaram a estrutura física com grande importância entre as características da clínica também atribuíram alta relevância a divulgação da estrutura para comparação entre centros oncológicos inclusive com correlação estatística positiva entre si ($R = 0,55$) o que parece validar a importância da infraestrutura para este subgrupo. A reputação do serviço e a reputação do médico, fatores inclusive que tiveram correlação estatística positiva entre si ($R = 0,55$), também foram consideradas bastante relevantes. Esses dados reforçam que a disseminação de informações sobre médicos e dados do centro oncológico podem ser úteis aos pacientes para análise comparativa de suas diferentes opções.

Apesar de não ser o objetivo do estudo, os pacientes entrevistados tinham como ponto em comum uma percepção de experiência muito satisfatória nos centros oncológicos onde ocorreu a pesquisa, o que pode representar o motivo pelo qual seguem em acompanhamento na unidade. Está bem estabelecido na literatura a avaliação da experiência dos pacientes como medida do sucesso, podendo ajudar gestores na identificação de pontos de melhorias, levantamento de dados para divulgação, controle de gestão, visando ultimamente o aumento da qualidade dos serviços de saúde (IVERSEN *et al.*, 2012). Esta avaliação ao longo do tempo também pode trazer *feedbacks* para os prestadores sobre ações já implementadas, contribuindo para a atração e fidelização do cliente, atuando em conjunto com outras medidas, como *marketing* e aquisição de novas tecnologias. Essa pesquisa corrobora junto com dados de Kuklinski *et al.* (2021) que

o investimento isolado em qualidade da assistência pode não ser eficiente em aumentar a seleção e fidelização dos serviços oncológicos, visto que há muitos outros fatores importantes aos usuários.

Atualmente, no campo da Medicina, muito se discute a respeito da autonomia do doente na relação médico-paciente, que nada mais é que o exercício da liberdade individual também no papel de paciente. Nesse contexto, entende-se como cuidado centrado no paciente o diálogo sobre as possibilidades terapêuticas com seus riscos e benefícios à luz do entendimento dos desejos e expectativas daquela pessoa, permitindo um planejamento terapêutico personalizado, com maior envolvimento do paciente nas decisões de saúde. Existe um interesse crescente em priorizar o poder de decisão do paciente mediante boas habilidades em comunicação por parte do profissional através da chamada decisão compartilhada, que idealmente “não é nem a decisão paternalista, nem a consumista, mas sim um meio-termo entre os dois, no qual profissionais colocam suas opiniões técnicas sobre doenças, mas, antes, buscam compreender os valores de vida dos pacientes” (FORTE, 2022). Uma ponderação interessante é a percepção de Kelly *et al.* (2019) que a decisão compartilhada poderia ser contaminada por um viés do profissional com tendência a indicação de tratamento disponível no centro local (em detrimento de outra possibilidade terapêutica restrita a outra clínica). Alguns pacientes entrevistados por este grupo sentiram falta de fonte independente de informações, enquanto outros questionaram os conselhos de generalistas por entenderem desconhecimento de informações de outra especialidade, sendo um desafio filtrar as informações recebidas da comunidade médica. Existem evidências que pacientes submetidos a intervenção médica após decisão compartilhada apresentam menos conflito decisório e menos estresse (GROEBEM, 2023).

No mercado dos serviços de saúde, a liberdade de escolha pode impactar na competitividade e na qualidade da assistência, porém esta competitividade parece depender do uso de parâmetros qualitativos na tomada de decisão dos pacientes. O presente estudo demonstra que os pacientes são atraídos por profissionais especializados - análogo aos achados de Kuklinski *et al.* (2021), mas principalmente com boas habilidades em comunicação e competência - conforme achados também de Kelly *et al.* (2019) - e médicos e centros oncológicos com boa reputação. Na dificuldade de julgar as habilidades técnicas, os pacientes podem se utilizar de atributos pessoais para avaliar a qualidade da assistência (YAHANDA *et al.*, 2015), como por exemplo compaixão, empatia e confiabilidade, além de boa escuta ativa, comunicação clara e bom relacionamento com o paciente, com alguns estudos encontrando uma valorização dessas habilidades ainda maior que a competência (YAHANDA *et al.*, 2015).

De forma geral, o encaminhamento médico parece ser o fator mais relevante para a escolha, sendo a fonte de informação mais frequentemente consultada junto com amigos e familiares, considerada bastante confiável. A pesquisa demonstra que o processo de escolha de centro oncológico é complexo e heterogêneo, com extrema importância da indicação do médico assistente. O impacto das características sociodemográficas no comportamento não pode ser avaliado no presente estudo. Esse achado reforça a importância monumental do médico encaminhador no meio analisado: entender as razões por trás de suas recomendações, suas preferências e suas fontes de informações, fornecer informações relevantes e encorajá-los a usá-las em consonância com os valores de seus pacientes parece ser uma trajetória lógica para impactar os pacientes a tomarem boas decisões em relação ao seu tratamento oncológico.

Na literatura em saúde pública, especula-se que uma mobilização para centros mais distantes de 5 a 10% dos pacientes já poderia ocasionar uma melhoria de assistência (LE GRAND et al, 2009), visto que o padrão de mobilização dos usuários permite mudanças significativas no *market share*, especialmente em áreas mais competitivas, com conseqüente reformulação dos serviços ameaçados por queda do número dos procedimentos e redução de faturamento, com padronização de serviços médicos de excelência (AGGARWAL et al., 2017a). Por outro lado, estudos ingleses que analisaram o padrão de mobilização dos pacientes e seus efeitos sobre os serviços de saúde perceberam que houve falência de determinados centros no período estudado não por falhas de assistência, mas por dificuldades de posicionamento em um mercado concorrido (AGGARWAL et al., 2017a). Para a configuração do sistema de saúde é importante entender o padrão de mobilização para que não haja sobrecarga ou ociosidade pelo desequilíbrio na escolha dos prestadores, visto que as diferentes localizações colocam os centros oncológicos sob diferentes pressões competitivas e respostas em relação a mudanças, inclusive de qualidade da assistência e capacidade (AGGARWAL et al., 2017a; AGGARWAL et al., 2017b). A competitividade e a pressão negativa sobre determinadas clínicas podem limitar a escolha em vez de facilitar o acesso de forma equitativa e economicamente viável, assim como a centralização do cuidado em serviços de referências em cidades maiores também poderia dificultar o acesso da população que tem dificuldade para viajar. Existe uma falsa premissa que todos os pacientes têm as mesmas opções visto que estão sujeitos a mesma rede credenciada, porém mesmo entre os pacientes segurados por operadoras privadas há vulneráveis como idosos, usuários de baixo status socioeconômico e saúde fragilizada. De forma superficialmente contraditória, a descentralização pode ser favorável a estruturação e ao acesso os serviços de saúde de boa qualidade principalmente no interior e áreas rurais, que são desfavorecidas pelo

encaminhamento a hospitais de alto volume normalmente em áreas mais centrais e capitais. Pela ótica da saúde pública, os encaminhamentos para centros de alto volume chegam ao limite do benefício com seus melhores desfechos e qualidade de assistência quando a grande mobilização para tratamentos em capitais impacta na redução da experiência das equipes do interior, desestabilizando a qualidade do serviço de saúde e prejudicando principalmente os mais vulneráveis (AGGARWAL, 2017a). Inclusive, o entendimento desta dinâmica pode contribuir para justificar determinados resultados de hospitais em locais menores, visto que um perfil de pacientes mais idoso, mais gravemente doente e socioeconomicamente desfavorecido poderia levar a desfechos clínicos inferiores aos de outros centros de tratamento sem que necessariamente isso traduza uma baixa qualidade de assistência. As políticas de escolha do paciente e competitividade podem, então, ter repercussão negativa na capacidade dos serviços, na equidade de acesso e na eficiência do sistema de saúde, reforçando a grande importância da pesquisa e a necessidade de realização de mais estudos do tema.

Portanto, de forma geral, os resultados da realidade brasileira encontrados na pesquisa estão dentro do espectro dos levantamentos estrangeiros e de acordo com a bibliografia relevante do tema. No próximo capítulo, serão abordadas a conclusão, as limitações, as perspectivas futuras e a relevância do presente estudo.

5. CONCLUSÃO

Não há fatores isolados que definam as escolhas do centro de tratamento ou do médico, provavelmente os pacientes preferem receber seus cuidados de um profissional de boa reputação, competente, com habilidades em comunicação em centros com maior qualidade de cuidado e melhor reputação. De forma geral, nota-se que a escolha do centro oncológico se deve principalmente às preferências do médico encaminhador em detrimento das características próprias da clínica. A distância do domicílio e o tempo de espera para consulta e tratamento podem impactar essas escolhas, além das questões socioculturais. A literatura do tema sugere grande importância da divulgação de informações úteis e de fácil compreensão que permitam que usuários e médicos encaminhadores façam melhores escolhas. No entanto, permanece questionável no contexto atual brasileiro se os pacientes usariam mais informações caso fossem acessíveis e amigáveis e se de fato têm a oportunidade de escolha mesmo na iniciativa privada. Como o primeiro estudo nesse sentido no Brasil, outros estudos deverão explorar a seleção de centro oncológico incluindo o processo de tomada de decisão em relação ao tratamento do câncer, o que não é bem conhecido. Os resultados desta pesquisa não podem ser generalizados para toda a população brasileira devido a pequena amostragem em localidade específica, mas podem auxiliar na compreensão da visão geral dos pacientes a respeito do tema.

5.1 Limitações e perspectivas futuras

Ressalta-se que este trabalho possui limitações a serem consideradas durante a interpretação dos dados, o que não invalida o resultado da pesquisa visto seu pioneirismo no tema e no cenário brasileiro.

O instrumento de pesquisa utilizado baseou-se na revisão bibliográfica sobre o tema e se apresentou adequado às perguntas de pesquisas formuladas, não necessitando de validação externa. A homogeneidade da população estudada em relação a seus valores, com baixa instrução e interesse de elaborar resposta ideal, possível componente comportamental em comum como impulsividade ou pressa de completar as respostas e com desejo de agradar o examinador pode ter contribuído para uma menor confiabilidade do questionário para os conceitos que se desejava aferir.

A amostra, apesar de pequena, foi representativa de dois centros oncológicos na mesma cidade, com etnias e homens subrepresentados entre os respondentes em relação a população com câncer, sendo assim os resultados podem não ser passíveis de generalização para a maior parte da população brasileira. O modelo brasileiro de remuneração em saúde suplementar, a organização dos serviços de saúde e as características culturais também podem gerar dados de difícil extrapolação para outras populações. É previsível também que os pacientes entrevistados tenham a mesma operadora de saúde e estejam expostos à mesma rede credenciada de médicos encaminhadores e dinâmicas locais de referenciamento, além de pressão seletiva similar da saúde pública local (possivelmente alterando características socioeconômicas dos usuários da saúde suplementar).

O estudo nos moldes propostos não permite observação de comportamentos, assim, os resultados refletem somente os valores declarados. Desta forma, recomenda-se como trabalhos futuros pesquisas com representatividade mais ampla capazes de contribuir para a compreensão da escolha do centro oncológico e do processo de tomada de decisão das pessoas com câncer em relação aos seus tratamentos tanto nos cenários nacional quanto internacional.

5.2 Relevância da pesquisa

Os resultados desta pesquisa têm como objetivo auxiliar gestores de operadoras de saúde e centros oncológicos privados a adequarem suas estratégias empresariais às expectativas e aos desejos dos pacientes com câncer. Na atualidade, estas estratégias se baseiam em impressões subjetivas e empirismo, visto a escassa bibliografia sobre o tema. Logo, a pesquisa pode contribuir para melhores práticas em gestão em oncologia privada, alinhando profissionalismo e reduzindo a chance de falhas.

A estruturação de estratégias para atração e fidelização do cliente deve colocar o responsável pela decisão de adesão a determinado centro de tratamento oncológico como agente central, com priorização de seus valores.

Com a maior atração de usuários, busca-se maior lucratividade em um mercado especializado, em expansão, com investimentos crescentes, constituindo uma área estratégica para investimento de hospitais, clínicas e operadoras de saúde e com potenciais benefícios para os pacientes. O conseqüente aumento da competitividade entre serviços focados em aprimorar o

cuidado pode promover melhorias na qualidade da assistência por diversos motivos, entre eles: aumento da disponibilidade de procedimentos e técnicas, aumento da qualificação dos profissionais e aumento da preocupação com a experiência do cliente.

Dessa forma, a pesquisa poderá impactar positivamente na lucratividade dos centros oncológicos privados, além de reduzir a perda com estratégias empíricas malsucedidas. No caso das empresas geridas diretamente por operadoras de saúde, poderá haver amortização dos custos dos dispendiosos tratamentos oncológicos pela maior atração de clientes para os centros "verticalizados".

A presente pesquisa, através da análise da tomada de decisão em serviços de saúde, pode sensibilizar os gestores às necessidades dos usuários e guiar intervenções de alto valor para os pacientes oncológicos de forma inteligente do ponto de vista administrativo, com impacto positivo para ambos, além de contribuir com a sustentabilidade e equilíbrio dos sistemas de saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGARWAL, A. *et al.* Hospital Choice in Cancer Care: a qualitative study. **Clinical Oncology**, [S.L.], v. 30, n. 7, p. 67-73, jul. 2018a. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clon.2018.03.009>.

AGGARWAL, Ajay *et al.* Determinants of Patient Mobility for Prostate Cancer Surgery: a population-based study of choice and competition. **European Urology**, [S.L.], v. 73, n. 6, p. 822-825, jun. 2018b. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2017.07.013>.

AGGARWAL, Ajay *et al.* Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study. **The Lancet Oncology**, [S.L.], v. 18, n. 11, p. 1445-1453, nov. 2017a. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045\(17\)30572-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(17)30572-7).

AGGARWAL, Ajay *et al.* Hospital Quality Factors Influencing the Mobility of Patients for Radical Prostate Cancer Radiation Therapy: a national population-based study. **International Journal Of Radiation Oncology Biology Physics**, [S.L.], v. 99, n. 5, p. 1261-1270, dez. 2017b. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2017.08.018>.

AGGARWAL, Ajay *et al.* Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: a systematic review. **Medical Care Research And Review**, [S.L.], v. 74, n. 4, p. 379-403, 28 jun. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1077558716654631>.

AZEVEDO JUNIOR, Renato; SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Os médicos e os planos de saúde::** guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2012.

BERGENMAR, Mia *et al.* Improvements in patient satisfaction at an outpatient clinic for patients with breast cancer. **Acta Oncologica**, [S.L.], v. 45, n. 5, p. 550-558, jan. 2006. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/02841860500511239>.

BETTMAN, James R *et al.* Consumer Decision Making. In: BETTMAN, James R; JOHNSON, Eric J; PAYNE, John W. **The Adaptive Decision Maker**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. Cap. 2. p. 50-79.

BOUCHE, Gauthier; MIGEOT, Virginie; MATHOULIN-PÉLISSIER, Simone; SALAMON, Roger; INGRAND, Pierre. Breast cancer surgery: do all patients want to go to high-volume hospitals?. **Surgery**, [S.L.], v. 143, n. 6, p. 699-705, jun. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2008.03.013>.

BRIDGE, E. *et al.* The Patient Experience of Ambulatory Cancer Treatment: a descriptive study. **Current Oncology**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 482-493, 1 ago. 2019. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3747/co.26.4191>.

CÂNCER de mama agora forma mais comum de câncer: OMS tomando medidas. [S. l.]: Organização Mundial de Saúde, 3 fev. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/pt/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>. Acesso em: 5 dez. 2022.

CÂNCER no Brasil: a jornada do paciente no Sistema de Saúde e seus impactos sociais e financeiros. XXI Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, 24 out. 2019. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/voc-informa/cncer-gera-custo-anual-de-r-68-bilhes-no-brasil>. Acesso em: 4 jan. 2022.

CENSO Demográfico. [S. l.]: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 28 jun. 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/etapas/divulgacao-dos-resultados.html>. Acesso em: 3 jul. 2023.

CHIMONAS, Susan *et al.* Facts and Fears in Public Reporting: patients' information needs and priorities when selecting a hospital for cancer care. **Medical Decision Making**, [S.L.], v. 39, n. 6, p. 632-641, 21 jun. 2019. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0272989x19855050>.

CRESWELL, John W.. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p. Tradução de: Luciana de Oliveira da Rocha.

DIMICK, Justin; RUHTER, Joel; SARRAZIN, Mary Vaughan; BIRKMEYER, John D.. Black Patients More Likely Than Whites To Undergo Surgery At Low-Quality Hospitals In Segregated Regions. **Health Affairs**, [S.L.], v. 32, n. 6, p. 1046-1053, jun. 2013. Health Affairs (Project Hope). <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1365>.

EJAZ, Aslam; SPOLVERATO, Gaya; BRIDGES, John F.; AMINI, Neda; KIM, Yuhree; PAWLIK, Timothy M.. Choosing a Cancer Surgeon: analyzing factors in patient decision making using a best worst scaling methodology. **Annals Of Surgical Oncology**, [S.L.], v. 21, n. 12, p. 3732-3738, 4 jun. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-014-3819-y>.

FACTSHEET câncer e carne processada. [S. l.]: Instituto Nacional de Câncer, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/factsheet_cancer_e_carne_processada.pdf. Acesso em: 3 jan. 2023.

FINLAYSON, Samuel R.G. *et al.* Patient Preferences for Location of Care. **Medical Care**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 204-209, fev. 1999. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199902000-00010>.

FORTE, Daniel Neves. Decisão compartilhada: por que, para quem e como?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 9, p. 1-4, jul. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xpt134122>.

FOTAKI, Marianna *et al.* The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer london and stockholm. **Social Science & Medicine**, [S.L.], v. 48, n. 10, p. 1415-1432, maio 1999. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00446-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00446-8).

FREEDMAN, Rachel A. *et al.* Racial/Ethnic Differences in Patients' Selection of Surgeons and Hospitals for Breast Cancer Surgery. **Jama Oncology**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 222, 1 maio 2015. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.20>.

FREITAS, André Luís Policani; RODRIGUES, Sidilene Gonçalves. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de cronbach. In: XII SIMPEP, 12., 2005, Bauru. **Anais [...]**. Bauru: Simpep, 2005. p. 1-12.

GRAND, Julian Le. The other invisible hand: delivering public services through choice and competition. Princeton: Princeton University Press, 2009.

GROEBEN, Christer *et al.* Hospital rating websites play a minor role for uro-oncologic patients when choosing a hospital for major surgery: results of the german multicenter navigator-study.

World Journal Of Urology, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 601-609, 12 jan. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-022-04271-1>.

GROOT, Ingrid B de *et al.* Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-10, 9 set. 2011. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-214>.

HARRIS, Katherine M. *et al.* How Do Patients Choose Physicians? Evidence from a National Survey of Enrollees in Employment-Related Health Plans. **Health Services Research**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 711-732, abr. 2003. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00141>.

HARRIS, Katherine M.. Can High Quality Overcome Consumer Resistance to Restricted Provider Access? Evidence from a Health Plan Choice Experiment. **Health Services Research**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 551-571, jun. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00037>.

HEUS, Eline de *et al.* Differences in health care experiences between rare cancer and common cancer patients: results from a national cross-sectional survey. **Orphanet Journal Of Rare Diseases**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-9, 1 jun. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-021-01886-2>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2022a. 51 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA **Estimativa 2023: incidência de câncer no brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2022b. 160 p.

IVERSEN, Hilde Hestad *et al.* The Cancer Patient Experiences Questionnaire (CPEQ): reliability and construct validity following a national survey to assess hospital cancer care from the patient perspective. **Bmj Open**, [S.L.], v. 2, n. 5, p. 1-15, 2012. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001437>.

KAHN, Barbara *et al.* Examining Medical Decision Making from a Marketing Perspective. **Marketing Letters**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 361-375, 1997. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1007979923514>.

KATZ, Steven J. *et al.* Patterns and Correlates of Patient Referral to Surgeons for Treatment of Breast Cancer. **Journal Of Clinical Oncology**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 271-276, 20 jan. 2007. American Society of Clinical Oncology (ASCO). <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2006.06.1846>.

KELLY, Elizabeth Palmer; MEARA, Alexa; HYER, Madison; PAYNE, Nicolette; PAWLIK, Timothy M.. Characterizing Perceptions Around the Patient-Oncologist Relationship: a qualitative focus group analysis. **Journal Of Cancer Education**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 447-453, 16 fev. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-019-1481-6>.

KIM, Dohun *et al.* Trend of lung cancer surgery, hospital selection, and survival between 2005 and 2016 in South Korea. **Thoracic Cancer**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 210-218, 20 nov. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1759-7714.14247>.

KONG, Amanda L. *et al.* Socioeconomic and Racial Differences in Treatment for Breast Cancer at a Low-Volume Hospital. **Annals Of Surgical Oncology**, [S.L.], v. 18, n. 11, p. 3220-3227, 23 ago. 2011. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-011-2001-z>.

KUKLINSKI, David *et al.* The impact of quality on hospital choice. Which information affects patients' behavior for colorectal resection or knee replacement? **Health Care Management Science**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 185-202, 27 jan. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10729-020-09540-2>.

MARSHALL, M. *et al.* How do patients use information on health providers? **The BMJ**, [S.L.], v. 341, n. 251, p. 5272-5272, 25 nov. 2010. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5272>.

MIGUELES, Carmen Pires. **Antropologia do consumo::** casos brasileiros. Rio de Janeiro: Fgv, 2014.

MIHALCIUC, Camelia Cătălina; MARIA, Grosu. Instrumentos specific to the process of substantiating managerial decisions at the organization's level. **Balkans Journal Of Emerging**

Trends In Social Sciences, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 194-209, 2019. Association of Economists and Managers of the Balkans - Udekom Balkan. <http://dx.doi.org/10.31410/balkans.jetss.2019.2.2.194-209>.

MORELLI, Matteo *et al.* Decision Making: a theoretical review. **Integrative Psychological And Behavioral Science**, [S.L.], v. 56, n. 3, p. 609-629, 15 nov. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12124-021-09669-x>.

PLANOS de saúde de assistência médica já têm mais de 50 milhões de beneficiários. [S. l.], Agência Nacional de Saúde. 7 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/planos-de-saude-de-assistencia-medica-ja-tem-mais-de-50-milhoes-de-beneficiarios>. Acesso em: 6 jan. 2023.

POMEROL, Jean-Charles; ADAM, Frederic. Practical Decision Making – From the Legacy of Herbert Simon to Decision Support Systems: decision support in an uncertain and complex world. In: THE 2004 IFIP INTERNATIONAL CONFERENCE ON DECISION SUPPORT SYSTEMS, 2004, Florença. **Decision Support in an Uncertain and Complex World**. Florença: Ifip, 2004. p. 647-657.

PRANG, Khic-Houy *et al.* Public performance reporting and hospital choice: a cross-sectional study of patients undergoing cancer surgery in the australian private healthcare sector. **Bmj Open**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 1-9, abr. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020644>.

SANTOS, Marceli de Oliveira *et al.* Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 1-12, 6 fev. 2023. Revista Brasileira De Cancerologia (RBC). <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2023v69n1.3700>.

SCHWARTZ, Hugh *et al.* Herbert Simon and behavioral economics. **The Journal Of Socio-Economics**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 181-189, jan. 2002. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1053-5357\(02\)00161-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1053-5357(02)00161-0).

SPOSTO, Richard *et al.* The Effect of Patient and Contextual Characteristics on Racial/Ethnic Disparity in Breast Cancer Mortality. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, [S.L.], v. 25, n. 7, p. 1064-1072, 30 jun. 2016. American Association for Cancer Research (AACR). <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.epi-15-1326>.

UNIMED DO BRASIL. **Cooperativismo**. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/cooperativismo>. Acesso em: 01 jun. 2023.

UNIMED. **Guia Médico**. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/guia-medico#/>. Acesso em: 01 jun. 2023.

VICTOOR, Aafke *et al.* Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-16, 22 ago. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>.

WILSON, Kate *et al.* Follow-up care in cancer: adjusting for referral targets and extending choice. **Health Expectations**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 56-68, 25 maio 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00691.x>.

YAHANDA, Alexander T.; LAFARO, Kelly J.; SPOLVERATO, Gaya; PAWLIK, Timothy M.. A Systematic Review of the Factors that Patients Use to Choose their Surgeon. **World Journal Of Surgery**, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 45-55, 11 set. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-015-3246-7>.

YANG, Annie; CHIMONAS, Susan; BACH, Peter B.; TAYLOR, David J.; LIPITZ-SNYDERMAN, Allison. Critical Choices: what information do patients want when selecting a hospital for cancer surgery?. **Journal Of Oncology Practice**, [S.L.], v. 14, n. 8, p. 505-512, ago. 2018. American Society of Clinical Oncology (ASCO). <http://dx.doi.org/10.1200/jop.17.00031>.

7. ANEXOS

7.1 Instrumento de pesquisa

| Características demográficas dos entrevistados (Bloco 1) | |
|--|---|
| Idade | <= 30 anos 31-40 anos 41-50 anos 51-60 anos 61-70 anos >70 anos |
| Sexo | Feminino Masculino |
| Raça | Branca Preta Parda Outra |
| Escolaridade | Ensino médio (ou menor) Ensino superior(ou maior) |
| Cidade de origem | Nova Friburgo Rio de Janeiro Outra cidade da região serrana Fora da região |
| Tempo de diagnóstico (em anos) | < 1 ano 1 - 5 anos 6-9 anos >10 anos |
| Doença/ sítio primário (permite múltiplos) | Mama Ginecológico Urológico Colorretal Esofago-gástrico Pulmão Pancreato-biliar |

| | |
|--|---|
| | <p>Cabeça e pescoço</p> <p>Sarcoma</p> <p>Pele</p> <p>Outro</p> |
|--|---|

| Seleção e fidelização de centro de tratamento oncológico (Bloco 2) | |
|--|--|
| Há serviço mais próximo a residência que o escolhido? | <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Não sei</p> |
| Considerou receber tratamento em outro centro? | <p>Sim</p> <p>Não</p> |
| Já compareceu a outro centro oncológico para atendimento médico? | <p>Sim</p> <p>Não</p> |
| Caso resposta "Sim" na questão anterior, por qual motivo buscou outra clínica? | <p>Segunda opinião</p> <p>Acompanhamento conjunto</p> <p>Consulta com outra especialidade</p> <p>Familiar</p> <p>Especialidade ou tratamento indisponível</p> <p>Tratamento prévio</p> <p>Outros</p> |
| Quem foi o responsável pela decisão de escolher o local de tratamento? | <p>Médico encaminhador</p> <p>Outro paciente</p> <p>Familiar</p> <p>Decisão conjunta paciente ou familiar e médico</p> <p>Outro</p> |
| Você ou seu familiar buscou informações sobre médicos/ clínicas antes de escolher a atual? | <p>Sim</p> <p>Não</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Caso a resposta da pergunta anterior seja "sim", onde buscou essas informações?</p> | <p>Familia-res Médicos Outros profissio-nais de saúde Internet ou redes sociais Conheci-dos/ amigos Outros</p> |
| <p>Considera importante ter diferentes opções (pelo menos dois centros de tratamento conveniados)?</p> | <p>Sim Não</p> |
| <p>Atribua pontuação para o nível de importância das seguintes informações para escolha do centro oncológico, sendo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sem importância 2) pouca importância 3) importância média 4) importante e 5) muito importante | <p>Reputação do serviço 1-2-3-4-5 Reputação do profissional médico 1-2-3-4-5 Grau de satisfação de outros pacientes com o serviço 1-2-3-4-5 Número de pacientes em tratamento no serviço 1-2-3-4-5 Menor tempo para início de tratamento 1-2-3-4-5 Convênio com Operadoras de saúde 1-2-3-4-5 Estrutura física (funcionalidade e estética) 1-2-3-4-5 Outros 1-2-3-4-5</p> |
| <p>Atribua pontuação para o nível de importância das seguintes informações comparativas com outros centros oncológicos conveniados sendo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sem importância 2) pouca importância 3) importância média 4) importante e 5) muito importante | <p>(Quais informações ajudariam a comparar centros oncológicos para uma melhor escolha?) Qualidade dos médicos 1-2-3-4-5 Qualidade da equipe (enfermagem, recepção, farmácia, limpeza, etc) 1-2-3-4-5 Estrutura física 1-2-3-4-5 Distância do domicílio 1-2-3-4-5</p> |

| | |
|---|--|
| | Facilidade de transporte (estacionamento, ônibus, transporte da secretaria de saúde, etc) 1-2-3-4-5 |
| Você estava em acompanhamento com outro médico anteriormente ao atendimento oncológico? | Sim Não |
| Se respondeu sim a pergunta anterior. Há quanto tempo estava em acompanhamento com o médico (aproximadamente)? | < 6 meses 6 - 12 meses 1-3 anos 3-5 anos >5 anos |
| Se respondeu sim a pergunta prévia a anterior atribua pontuação a importância do seu médico na escolha do centro de tratamento oncológico, sendo: 1) sem importância 2) pouca importância 3) importância média 4) importante e 5) muito importante | Médico não oncologista - assistente ou encaminhador 1-2-3-4-5 |

| | |
|---|---|
| <p>Quais características você considera importante para escolher um médico? Atribua pontuação de para as seguintes características, sendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sem importância 2) pouca importância 3) importância média 4) importante e 5) muito importante | <p>Formação (faculdade, residência/ especialização, cursos, mestrado/ doutorado) 1-2-3-4-5</p> <p>Pesquisador/ Publicações em revistas médicas 1-2-3-4-5</p> <p>Facilidade de comunicação (entendimento das informações passadas) 1-2-3-4-5</p> <p>Competência 1-2-3-4-5</p> <p>Experiência 1-2-3-4-5</p> |
|---|---|

Experiência do paciente

Atribua pontuação para a sua satisfação com a estrutura física da clínica, incluindo estética, limpeza e funcionalidade de sala de consultas, recepção, salão de quimioterapia e banheiros (sem necessidade de conhecer todos os ambientes, responder por aqueles que o paciente frequentou)

- 1) muito insatisfeito
- 2) insatisfeito
- 3) neutro
- 4) satisfeito
- 5) muito satisfeito

Analise seu grau de concordância com a seguinte frase - tenho confiança que meu tratamento realizado foi o melhor possível, sendo

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Neutro (nem concorda e nem discorda)
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

Qual o grau de satisfação com o serviço prestado, sendo:

- 1) muito insatisfeito
- 2) insatisfeito
- 3) neutro
- 4) satisfeito
- 5) muito satisfeito

7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo visa esclarecer as dúvidas mais comuns e divulgar as informações importantes relacionadas a sua participação nesta pesquisa. Neste caso, trata-se de uma entrevista sobre os motivos que o levaram a escolher seu centro de tratamento oncológico. Leia com calma e fique à vontade para tirar todas as suas dúvidas. Lembre-se que não há nenhuma obrigação de participar e que isso não acarretará em prejuízo ao seu tratamento. Caso disponha de cerca de vinte a trinta minutos para a participação, você estará contribuindo para melhorar a assistência aos pacientes com câncer do sistema de saúde privado brasileiro. Agradeço desde já pela contribuição.

1. Nome do projeto: FIDELIZAÇÃO DE PACIENTES A CENTROS PRIVADOS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO: UMA ANÁLISE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2. Características e objetivos gerais da pesquisa:

A pesquisa está sendo conduzida por Maria Clara Borges de Andrade para trabalho de conclusão do Mestrado em Gestão Empresarial (área da administração) pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. O objetivo desta pesquisa é entender melhor os motivos que levam os pacientes com câncer da saúde privada a escolherem seu centro de tratamento oncológico.

A pesquisadora é médica regularmente inscrita no Conselho de Medicina do estado do Rio de Janeiro com especialidades registradas em Clínica Médica, Oncologia Clínica e área de atuação

em Medicina Paliativa, sendo cooperada da Unimed Serrana/RJ. Atua como médica oncologista da Clínica Onco DeVita e do Centro Infusional da Unimed Serrana/ RJ, sendo também gestora do último. É responsável pelos Serviços de Oncologia Clínica e de Cuidados Paliativos do Hospital Unimed Nova Friburgo. É palestrante de indústria farmacêutica, recebendo ocasionalmente honorários relativos a viagens, palestras e consultorias em Oncologia. Tal pesquisa não conta com financiamento. Os outros participantes do estudo são profissionais de saúde (entrevistadores) e pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas (orientadores).

3. Procedimentos: A pesquisa se dará a partir de entrevistas com clientes de clínicas oncológicas privadas. As primeiras perguntas visam entender melhor o perfil dos pacientes, seguindo perguntas que buscam esclarecer a escolha do centro oncológico e avaliação da experiência do cliente em relação a clínica atual. Após, estas informações serão agrupadas e analisadas com auxílio de técnicas estatísticas para melhor entendimento dos fatores que levaram a escolha do centro de tratamento.

4. Participação na pesquisa: Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista a profissional de saúde, em ambiente tranquilo, de cerca de vinte a trinta minutos, em que você terá que responder às perguntas previamente estruturadas. Em alguns casos, você terá que graduar (dar nota para) sua concordância (ou discordância) com a frase que for dita pelo entrevistador. Você poderá perguntar quantas vezes forem necessárias para entendimento da pergunta ou até mesmo desistir de sua participação em qualquer momento. Caso você prefira, seu familiar poderá te acompanhar no momento da entrevista. Não haverá gravação.

5. Voluntariedade e direito de desistência: Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo algum em seu tratamento.

6. Riscos e benefícios: A pesquisa objetiva compreender melhor os fatores que levam a pessoa com câncer a escolher um centro de tratamento oncológico. Com isso, podemos melhorar a qualidade do atendimento, buscando aprimorar cada vez mais aquilo que é realmente importante e valioso para paciente e família. Assim como em todo estudo científico, há pequenos riscos, neste caso relacionados às informações compartilhadas na entrevista, quando por exemplo a opinião do cliente em relação a clínica for negativa ou o paciente informe mudança de médico durante a entrevista, gerando possível receio de prejuízo ao tratamento.

Tais riscos são minimizados através de seguimento de rigorosas regras de Ética Médica e em Pesquisa. Para esta pesquisa não haverá gastos para os participantes, assim como não haverá cobertura de despesas.

7. Direito de confidencialidade: A fim de assegurar sua privacidade, os dados obtidos por meio desta pesquisa serão tornados anônimos, além de serem tratados de forma segura em todos os momentos. Não haverá divulgação de nomes ou informações específicas de forma a possibilitar identificação dos participantes em apresentações ou publicações desta pesquisa e os únicos que terão acesso aos dados na sua íntegra serão os pesquisadores. Não haverá gravação das entrevistas e nem serão usados dados sigilosos de prontuário médico.

8. Garantia de acesso aos dados e dúvidas em geral: Você poderá tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, além de obter acesso aos seus dados, a qualquer momento através dos contatos indicados abaixo.

Maria Clara Borges de Andrade

Mestranda em Gestão Empresarial da Fundação Getúlio Vargas

Médica oncologista e paliativista

Hospital Unimed Nova Friburgo. Rua Izelino Maduro, 900, Chácara do Paraíso, Nova Friburgo/RJ. CEP 28.605-300. Telefone (22) 2519-8080.

Telefone pessoal (22) 99997-1677.

E-mail: draclaraandrade@gmail.com.

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas – CEPH/FGV: Praia de Botafogo, 190, sala 1511, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22250-900. Telefone (21) 3799-6216. E-mail: etica.pesquisa@fgv.br.

9. Consentimento: Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa, e que concordo em participar.

_____, RJ, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

8 APÊNDICE

Tabela 14 - Síntese da bibliografia mais relevante

| Artigo | Tipo de estudo | Base de dados | Conclusões |
|-------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Schwartz et al. (2002) | Entrevista telefônica | 510 pacientes | Fator mais importante foi reputação do cirurgião, seguido de reputação do hospital |
| Bouche et al. (2008) | Base de dados de grupo de pesquisa | 932 mulheres que realizaram cirurgia de câncer de mama na França | Algumas pacientes com câncer de mama envolvidas na escolha do cirurgião e pacientes com >70 anos preferiram hospital de baixo volume mais próximo |
| Ejaz et al. (2014) | Survey com método "Best Worst" | 214 pacientes oncológicos que buscaram cirurgia no Johns Hopkins | O número de casos do hospital foi um fator importante, assim como a reputação do hospital, experiência e qualificação do cirurgião. Distância do domicílio não foi importante. |
| Harris (2003) | Survey telefônica | 2795 indivíduos com plano de saúde escolhidos aleatoriamente em banco de dados | Comportamento passivo dos indivíduos em relação aos serviços de saúde |
| Heus et al. (2021) | Survey online | 8969 pacientes com histórico câncer de banco de dados nacional holandês | Pacientes com câncer comuns e raros diferem nas experiências de serviço de saúde e podem se beneficiar de tratamento especializado |
| Katz et al. (2007) | Survey por correspondência | 1539 pacientes e 318 cirurgiões americanos | Mulheres com câncer de mama que participam ativamente da seleção do cirurgião têm mais chance de operar em um hospital com programa oncológico por cirurgiões mais experientes |
| Kim et al. (2022) | Uso de informações de | 49021 pacientes submetidos a cirurgia | Todos os subgrupos exceto os residentes em capitais preferiram serviços distantes da residência, exceto socialmente |

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| | banco de dados | de oncológica na Coreia do Sul | torácica | desfavorecidos e com idade a partir de 76 anos |
| Kuklinski et al. (2020) | Uso de informação es de banco de dados | Mais de 148 mil pacientes cirurgicamente tratados de doenças de joelho e colorretais na Alemanha (61% dos pacientes com doença colorretal com câncer) | | A competição para cirurgia colorretal é local. Pacientes com doença colorretal aceitam deslocamento maiores para hospitais especializados e com maior volume cirúrgico. |
| Yang et al. (2018) | <i>Survey online</i> | 3334 residentes nos Estados Unidos com histórico de cirurgia oncológica | 3334 pacientes nos Estados Unidos com histórico de cirurgia oncológica | 2/3 dos pacientes envolvidos na decisão do cirurgião, 2/3 envolvidos na decisão do hospital, informações relevantes para a escolha: reputação do hospital, satisfação dos pacientes, número de cirurgias oncológicas |
| Chimonas et al. (2019) | Discussões de grupo semiestruturadas | 38 pacientes com tratamento oncológico nos últimos 2 anos nos Estados Unidos | 38 pacientes com tratamento oncológico nos últimos 2 anos nos Estados Unidos | Preferências diversas por informações, medo e respostas emocionais impedem a procura por desfechos, investigar como ajudar os pacientes no uso de dados comparativos |
| Harris (2002) | <i>Survey/experimento</i> | 206 pessoas | 206 pessoas | Consumidores poderiam escolher plano de saúde mais restrito se alta qualidade dos serviços, ficam inseguros quanto capacidade de interpretar informações qualitativas de performance |
| Wilson et al. (2011) | Entrevistas presenciais | 54 pessoas com câncer | 54 pessoas com câncer | Hospitais têm dado menos importância ao seguimento dos pacientes oncológicos por enfoque no encaminhamento, pacientes têm tido dificuldades para agendamento, falta de suporte e alta sem orientações |

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Fotaki (1999) | Entrevistas semiestruturadas | 52 pacientes no Reino Unido e 28 na Suécia submetidos a cirurgia de catarata | 1/3 dos pacientes do Reino Unido e 1/4 na Suécia gostariam de participar de decisões do tratamento; 62% dos ingleses relatou que a distância de casa era o fator para importante para escolha do hospital e 76% dos suecos relataram opinião de médico, familiares e amigos |
| Prang et al. (2018) | <i>Survey</i> por correspondência | 243 pacientes australianos com plano de saúde | Boletins de performance públicos obrigatórios não influenciaram a escolha do hospital, apesar dos respondentes mostrarem interesse em uso futuro |
| Finlayson et al. (1999) | Experimento | 100 pacientes aguardando cirurgias em hospital americano | Pacientes parecem aceitar aumento grande na mortalidade cirúrgica para realizar cirurgia hipotética para câncer de pâncreas perto de casa |
| Aggarwal et al. (2017b) | Informação de banco de dados | Todos os pacientes submetidos a cirurgia de oncológica de próstata entre 2010 e 2014 na Inglaterra | Competitividade contribuiu para o aumento de disponibilidade de cirurgias robóticas sem evidência de melhores desfechos e contribuiu para o fechamento de centros oncológicos, possível prejuízo a equidade e sustentabilidade, pacientes precisam de informações de qualidade para guiar escolhas |
| Victoor, et al. (2012) | Revisão de literatura | Artigos de bibliotecas médicas | Pacientes fazem escolhas diferentes em situações diversas, informação comparativa tem influência limitada nas escolhas |
| Aggarwal et al. (2017) | Banco de dados | 19256 pacientes com câncer de próstata que operaram na Inglaterra entre 2010 e 2014 | Homens são mais propensos a viajar para a cirurgia de câncer de próstata especialmente aqueles mais jovens, mais saudáveis e com mais recursos financeiros. |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| Groot et al. (2011) | <i>Survey online</i> | 337 pacientes recém operados | Pacientes que compararam hospitais utilizaram mais informações públicas para a escolha, porém essas tiveram efeito limitado sobre a seleção do hospital. |
| Aggarwal et al. (2016) | Artigo de revisão | 26 artigos incluídos | Pacientes estão dispostos a viajar além do prestador mais próximo, preocupação com a equidade da assistência aos vulneráveis; necessários mais estudos sobre os fatores causais do deslocamento dos pacientes para tratamento |
| Kong et al. (2011) | <i>Survey</i> , bancos de dados | 2777 pacientes com câncer de mama com plano de saúde nos Estados Unidos | Mulheres mais pobres, não brancas, residentes de áreas rurais ou mais distantes de hospitais de alto volume se trataram mais em hospitais de baixo volume |
| Aggarwal et al. (2018) | Entrevistas semiestruturadas | 25 homens ingleses com câncer de próstata | A urgência do tratamento, a existência de protocolos e configuração geográfica dos sistemas de saúde limitou a escolha do centro especializado |
| Groebe et al. (2023) | <i>Survey</i> em centros de tratamento urológico | 812 pacientes com câncer urológico na Alemanha | O uso de sítios eletrônicos com avaliação de hospitais teve pouco impacto na escolha do centro de tratamento, dos que fizeram uso somente ¼ alterou a escolha; a opinião do urologista foi o fator mais importante |
| Freedman et al. (2015) | <i>Survey</i> por correspondência | 500 mulheres com câncer de mama na Califórnia de diferentes etnias | O motivo mais comum para escolha do cirurgião, era encaminhamento de outro médico o motivo mais comum para escolha do hospital era indicação do plano de saúde, brancas selecionaram mais o cirurgião pela reputação o que estava relacionado a maior qualidade de cuidado recebida |

Yahanda et al. (2016) Artigo de revisão de 86 estudos encontrados em buscas em bibliotecas médicas Pacientes usam diversos fatores para a escolha de um cirurgião e as circunstâncias dessa decisão variam conforme fatores sociodemográficos e culturais. Necessárias mais informações sobre como os paciente escolhem hospitais e cirurgiões.