

GESTÃO EM SAÚDE BASEADA EM VALOR NO SUS: INDICADORES DE DESFECHO, EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

Erika Petralha Nogueira¹; Sérgio Bruno dos Santos Silva²; Gabriella de Oliveira Frank³; Kauan Fernandes Duca⁴; Higina Soares Rodrigues⁵

¹Graduanda em Medicina, Universidade Estácio de Sá, Campus Vista Carioca, RJ (UNESA). E-mail: erikapetralha@gmail.com

²Pós-Graduado em Medicina do Trabalho, Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: sergiobrunod3@gmail.com

³Especialista em Psicologia na Saúde Pública, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). E-mail: gabriellaoliveirapsi@gmail.com

⁴Graduado em Enfermagem, Centro Universitário de Guanambi (UniFg). E-mail: kduca0101@gmail.com

⁵Graduação em Tecnóloga em Radiologia, Especializada em Administração Hospitalar, UFPI/ HVU-PI. E-mail: higina_rodrigues@hotmail.com

RESUMO

A gestão em saúde baseada em valor propõe reorganizar a tomada de decisão a partir da relação entre resultados relevantes para os pacientes e os recursos empregados ao longo do cuidado. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa abordagem pode apoiar a qualificação assistencial e a sustentabilidade financeira, desde que articulada aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. O objetivo deste capítulo foi analisar como os princípios da saúde baseada em valor podem contribuir para a melhoria dos desfechos clínicos, da experiência do paciente, da eficiência na utilização de recursos e da sustentabilidade dos serviços no SUS. Realizou-se revisão narrativa da literatura na PubMed, em agosto de 2026, utilizando estratégia combinando termos de saúde baseada em valor, avaliação de desfechos, medidas relatadas por pacientes, satisfação, custos, eficiência e sustentabilidade financeira. Foram recuperados 138 registros e selecionados 15 estudos com aderência direta ao problema investigado. A síntese evidenciou que a implementação de modelos orientados por valor depende de indicadores padronizados, integração de PROMs e PREMs, mensuração de custos por condição ou ciclo assistencial, interoperabilidade de dados, equipes multiprofissionais e governança capaz de transformar informação em melhoria contínua. Para o SUS, a aplicação mais consistente é incremental, por linhas de cuidado prioritárias, com avaliação simultânea de qualidade, experiência, equidade e custo, evitando reduzir valor a simples contenção de despesas.

Palavras-chave: Saúde Baseada em Valor; Sistema Único de Saúde; Desfechos em Saúde; Experiência do Paciente; Custos em Saúde.

ABSTRACT

Value-based healthcare proposes reorganizing decision-making based on the relationship between outcomes that are meaningful to patients and the resources used throughout the care process. Within Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), this approach may support improvements in quality of care and financial sustainability, provided that it is aligned with the principles of universality, comprehensiveness, and

equity. The aim of this chapter was to analyze how the principles of value-based healthcare can contribute to improving clinical outcomes, patient experience, resource-use efficiency, and the sustainability of healthcare services within the SUS. A narrative literature review was conducted in PubMed in August 2026, using a search strategy combining terms related to value-based healthcare, outcome assessment, patient-reported measures, satisfaction, costs, efficiency, and financial sustainability. A total of 138 records were retrieved, of which 15 studies were selected based on their direct relevance to the research question. The synthesis showed that the implementation of value-oriented models depends on standardized indicators, the integration of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-Reported Experience Measures (PREMs), the measurement of costs by health condition or care cycle, data interoperability, multidisciplinary teams, and governance structures capable of transforming information into continuous improvement. For the SUS, the most consistent approach involves incremental implementation across priority care pathways, with simultaneous assessment of quality, patient experience, equity, and costs, while avoiding the reduction of value to mere cost containment.

Keywords: Value-Based Health Care; Unified Health System; Health Outcomes; Patient Experience; Health Care Costs.

1 INTRODUÇÃO

CONSAUDE

A pressão simultânea por melhores resultados assistenciais, maior capacidade de resposta às necessidades dos usuários e uso responsável de recursos tem impulsionado a discussão sobre saúde baseada em valor. Em vez de avaliar o desempenho apenas pelo volume de consultas, exames, procedimentos ou internações, a abordagem de Value-Based Health Care (VBHC) desloca o foco para os resultados alcançados em relação aos custos necessários para produzi-los. Khalil *et al.* (2025) e Moreira e Crispim (2025) mostram que esse paradigma vem sendo aplicado em diferentes países e especialidades, porém com heterogeneidade importante quanto à definição de valor, aos indicadores utilizados, aos modelos de financiamento e à maturidade dos sistemas de informação.

Essa mudança de perspectiva é particularmente relevante para sistemas públicos de saúde. O valor não corresponde simplesmente à redução de despesas, mas à capacidade de gerar melhores resultados clínicos e funcionais, maior qualidade de vida e melhor experiência do usuário com o menor desperdício possível de recursos. Portanto, intervenções de menor custo não são necessariamente de maior valor, assim como tecnologias ou processos mais caros podem ser justificáveis quando produzem ganhos proporcionais e sustentáveis. Van Veghel *et al.* (2024) e Walraven, Jacobs e Uyl-de Groot

(2021) enfatizam que a análise deve considerar todo o ciclo de cuidado e integrar medidas clínicas, resultados relatados pelo paciente, experiência assistencial e custos, permitindo comparar estratégias e identificar oportunidades de melhoria.

No SUS, a discussão assume especificidades próprias. A universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a organização regionalizada das redes e a necessidade de reduzir desigualdades impõem que qualquer modelo orientado por valor incorpore explicitamente a equidade e evite mecanismos que possam favorecer seleção de pacientes, restrição indevida de acesso ou transferência de risco para usuários e profissionais. Nesse contexto, a utilidade da abordagem está menos em importar modelos de pagamento concebidos para sistemas predominantemente securitários e mais em adotar uma lógica gerencial capaz de relacionar necessidades de saúde, resultados, experiência e recursos consumidos em linhas de cuidado concretas.

A mensuração de desfechos é um dos pilares dessa transformação. Iniciativas internacionais de padronização demonstram que conjuntos de resultados específicos por condição podem combinar mortalidade, complicações, funcionalidade, qualidade de vida, participação social e outras dimensões relatadas diretamente pelos pacientes. Cherkaoui *et al.* (2021), Nijagal *et al.* (2018) e De Roos *et al.* (2017) demonstraram, respectivamente em câncer pancreático, gestação e parto e doença de Parkinson, que processos de consenso internacional podem construir conjuntos mínimos capazes de acompanhar o cuidado de forma comparável e centrada no que é relevante para pessoas e famílias.

A experiência do paciente também precisa ser tratada como dimensão de desempenho e não apenas como medida acessória. Kamal, Lindsay e Eppler (2018) argumentam que o conceito de valor perde parte de sua orientação centrada na pessoa quando ignora preferências individuais e decisão compartilhada. De modo semelhante, a revisão de Eather *et al.* (2026) evidenciou desequilíbrio frequente entre dimensões avaliadas: intervenções digitais para dor crônica mediam amplamente resultados de saúde e, em grande parte, experiência dos pacientes, mas raramente incorporavam simultaneamente experiência dos profissionais e custo-efetividade. A constatação reforça que uma visão abrangente de valor depende de um painel multidimensional.

Além dos indicadores, a implementação requer infraestrutura de dados, métodos de custeio e governança. Barbier *et al.* (2025) e Thambithurai *et al.* (2025) demonstram a possibilidade de integrar resultados e custos em indicadores longitudinais, associar custos a tratamentos e desfechos no nível do paciente e identificar etapas do cuidado que concentram consumo de recursos ou perdas de eficiência. Khalil *et al.* (2025) e Kynoch *et al.* (2025), ao analisarem processos de implementação, relatam barreiras recorrentes, como fragmentação dos dados, resistência organizacional, insuficiência de incentivos, limitações de financiamento e ausência de métricas padronizadas, enquanto liderança, colaboração multiprofissional e ferramentas digitais aparecem como facilitadores.

Diante desse cenário, formula-se a seguinte questão de pesquisa: como a gestão em saúde baseada em valor pode contribuir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para a melhoria dos desfechos clínicos, da experiência do paciente e da sustentabilidade financeira dos serviços de saúde? A investigação é pertinente porque o SUS necessita conciliar ampliação e qualificação do cuidado com restrições orçamentárias, variação de desempenho entre serviços e crescente complexidade das necessidades assistenciais, sem comprometer seus princípios estruturantes.

Objetivo: Analisar, à luz da literatura científica, como a aplicação dos princípios da gestão em saúde baseada em valor pode contribuir para o SUS por meio da mensuração de desfechos, da incorporação da experiência do paciente, do aumento da eficiência no uso de recursos e do fortalecimento da sustentabilidade financeira dos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativada literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, construída a partir dos registros recuperados na PubMed. A busca foi realizada em agosto de 2026, sem recorte temporal prévio, com a estratégia fornecida para o estudo, estruturada a partir de termos relacionados à saúde baseada em valor, avaliação de desfechos, medidas relatadas por pacientes, satisfação, custos, eficiência organizacional e sustentabilidade financeira.

A estratégia recuperou 138 registros no arquivo PubMed com string: ("Value-Based Health Care"[MeSH Terms] OR "value-based health care"[Title/Abstract] OR "value-based healthcare"[Title/Abstract] OR "value based health care"[Title/Abstract])

AND ("Outcome Assessment, Health Care"[MeSH Terms] OR "Patient Reported Outcome Measures"[MeSH Terms] OR "Patient Satisfaction"[MeSH Terms] OR "health outcomes"[Title/Abstract] OR "patient outcomes"[Title/Abstract] OR "patient experience"[Title/Abstract] OR "patient satisfaction"[Title/Abstract]) AND ("Health Care Costs"[MeSH Terms] OR "Efficiency, Organizational"[MeSH Terms] OR "health care costs"[Title/Abstract] OR "healthcare costs"[Title/Abstract] OR "cost-effectiveness"[Title/Abstract] OR "financial sustainability"[Title/Abstract] OR "healthcare efficiency"[Title/Abstract]). A seleção foi realizada pela leitura de títulos e resumos, considerando como critérios de inclusão: publicações científicas com relação direta à gestão ou implementação da saúde baseada em valor; estudos que abordassem mensuração de desfechos, PROMs, PREMs ou experiência/satisfação do paciente; trabalhos que relacionassem resultados assistenciais a custos, eficiência, modelos de custeio ou sustentabilidade; e estudos conceituais ou metodológicos com contribuição operacional para implantação de sistemas orientados por valor. Foram excluídas publicações cujo foco fosse exclusivamente clínico ou econômico sem articulação com o paradigma de valor, trabalhos sem aderência à questão de pesquisa e materiais opinativos sem contribuição analítica para os eixos definidos.

Após a triagem, 15 estudos compuseram a síntese final. Não foi identificado, entre os estudos selecionados, um modelo de implementação em larga escala especificamente avaliado no SUS; por isso, a discussão sobre o sistema brasileiro foi construída por análise de transferibilidade dos achados internacionais às características de um sistema público universal. Os dados extraídos dos estudos incluíram delineamento, objetivo, indicadores utilizados, achados relacionados a desfechos, experiência do paciente, custos/eficiência e elementos facilitadores ou barreiras de implementação.

A análise foi organizada em três eixos temáticos: (1) mensuração de desfechos e experiência do paciente; (2) eficiência, custos e sustentabilidade financeira; e (3) condições de implementação e aplicabilidade ao SUS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese dos estudos demonstrou convergência em torno de três componentes inseparáveis da gestão baseada em valor: definição e mensuração de resultados

relevantes; associação desses resultados à experiência e aos recursos consumidos; e existência de estruturas organizacionais capazes de utilizar os dados para reorganizar o cuidado. A seguir, os achados são discutidos em três eixos temáticos.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos

Autor/Ano	Tipo de estudo	Objetivo	Principais achados	Contribuição para o capítulo
Khalil <i>et al.</i> (2025)	Revisão de escopo	Mapear implementação, modelos de financiamento, medidas de resultado, barreiras e facilitadores da VBHC.	145 estudos; grande diversidade de medidas; barreiras: financiamento, fee-for-service e resistência; facilitadores: liderança, colaboração e ferramentas digitais.	Síntese ampla dos requisitos para implementação sustentável.
Moreira e Crispim (2025)	Revisão guarda-chuva	Sintetizar impactos, desafios e oportunidades de implementação da VBHC.	48 revisões; potencial de melhorar qualidade, eficiência e satisfação, com lacunas em PROMs/PREMs, custos e alinhamento de pagamentos.	Fundamenta governança, métricas e riscos de implementação.
van Veghel <i>et al.</i> (2024)	Coorte retrospectiva	Desenvolver o Quality Cost Indicator para monitorar desfechos por unidade de custo.	QCI acompanhou custos e resultados em cirurgia bariátrica e câncer de mama; falhas de desfecho associaram-se a maior custo hospitalar.	Demonstra integração operacional entre qualidade e custo.
Barbier <i>et al.</i> (2025)	Estudo metodológico / prova de conceito	Integrar dados hospitalares, PROMs, desfechos clínicos e custos em câncer de pulmão.	Integração permitiu atribuir custos a tratamentos e acompanhar trajetória, resultados e despesas por paciente.	Mostra viabilidade de interoperabilidade clínica-financeira.
Thambithurai <i>et al.</i> (2025)	Coorte retrospectiva	Adaptar o QCI para cuidado	1.449 pacientes; quem não atingiu	Relaciona eventos assistenciais

		especializado de queimaduras.	todos os indicadores teve custos médios muito superiores aos que atingiram o conjunto de resultados.	desfavoráveis a maior consumo de recursos.
Kynoch <i>et al.</i> (2025)	Análise de implementação	Discutir oportunidades e desafios da VBHC em serviço de saúde com múltiplas unidades.	Benefícios potenciais em padronização, eficiência e uso de dados; desafios de coordenação, cultura, tecnologia e mensuração.	Apoia implantação faseada e gestão da mudança.
Hernandez <i>et al.</i> (2019)	Projeto-piloto institucional	Testar equipes integradas, mensuração de desfechos e custos em quatro condições clínicas.	Melhora de desfechos em três das quatro condições; parte das unidades foi mantida ou expandida após o piloto.	Evidência prática de implementação por condição clínica.
Walraven <i>et al.</i> (2021)	Estudo metodológico	Explorar integração entre VBHC e análise de custo-efetividade.	Identificou sinergias em definição de valor, sensibilidade a desfechos, método e uso na decisão.	Conecta gestão de valor a métodos de avaliação econômica.
Beck da Silva Etges <i>et al.</i> (2022)	Comunicação metodológica	Apresentar programa internacional de padronização de custos por condição.	Propõe estruturas padronizadas e uso de TDABC/dados reais para mensurar impacto financeiro e inequidades.	Reforça custeio comparável e transparente.
Kamal, Lindsay e Eppler (2018)	Estudo conceitual	Incorporar preferências individuais do paciente à definição de valor.	Argumenta que médias populacionais podem ignorar preferências e decisão compartilhada.	Sustenta centralidade do paciente e uso de PREMs/preferências.
Cherkaoui <i>et al.</i> (2021)	Delphi internacional	Definir conjunto padronizado de desfechos centrados no paciente para câncer pancreático.	Integra desfechos clínicos e PROMs, com consenso internacional e questionário validado.	Exemplifica padronização por condição.
Nijagal <i>et al.</i> (2018)	Consenso internacional	Definir conjunto mínimo de resultados para gestação e parto.	24 medidas incluindo mortalidade, morbidade, qualidade de vida, saúde mental e	Mostra que experiência e qualidade de vida podem compor valor.

			satisfação com o cuidado.	
de Roos <i>et al.</i> (2017)	Consenso internacional	Propor conjunto global de resultados para doença de Parkinson.	Inclui sintomas, capacidade de trabalho, estado de saúde e hospitalizações, com ajuste por características basais.	Apoia comparação e benchmarking com ajuste de risco.
Eather <i>et al.</i> (2026)	Revisão de escopo	Avaliar intervenções digitais para dor segundo as quatro dimensões do quadruple aim.	81 intervenções; experiência foi frequente, custo-efetividade rara; apenas duas mediram as quatro dimensões.	Evidencia risco de mensuração incompleta do valor.
Scheurwater <i>et al.</i> (2026)	Estudo comparativo de percurso assistencial	Avaliar mudança no pós-ablação quanto a tempo, resultados, experiência, trabalho e custos.	Redução de internação e dor, maior conforto na alta e melhor eficiência do fluxo, com complicações e custos semelhantes.	Exemplifica redesenho de processo com ganho de valor.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

3.1 Mensuração de desfechos e experiência do paciente

A literatura analisada converge para a ideia de que uma gestão orientada por valor depende da capacidade de medir resultados que tenham significado clínico e humano. Khalil *et al.* (2025), em revisão de escopo com 145 estudos, identificaram ampla diversidade de medidas de resultado, desde desfechos clínicos até resultados relatados pelos pacientes e economia de custos. A heterogeneidade, entretanto, limita comparabilidade e aprendizagem entre organizações. A revisão guarda-chuva de Moreira e Crispim (2025), que reuniu 48 revisões e metanálises, chegou a conclusão semelhante ao apontar fragmentação de métricas e integração ainda limitada de Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) e Patient-Reported Experience Measures (PREMs).

Os conjuntos padronizados por condição constituem uma resposta possível a esse problema. Cherkaoui *et al.* (2021) combinaram medidas clínicas e PROMs para câncer pancreático; Nijagal *et al.* (2018) definiram 24 medidas para gestação e período pós-parto, incluindo mortalidade, morbidade, qualidade de vida, saúde mental, vínculo mãe-filho, amamentação e satisfação com o cuidado; e de Roos *et al.* (2017) propuseram, para

doença de Parkinson, indicadores relacionados a sintomas motores e não motores, capacidade de trabalho, estado de saúde e hospitalizações. Em conjunto, esses trabalhos mostram que medir valor exige ir além de mortalidade, reinternação e complicações, incorporando funcionalidade e qualidade de vida.

Para o SUS, essa lógica pode ser aplicada por linha de cuidado ou condição clínica prioritária. Em vez de concentrar o monitoramento apenas em produção e cumprimento de metas procedimentais, cada linha pode combinar um núcleo de desfechos clínicos, indicadores funcionais, PROMs, PREMs e medidas de acesso e continuidade. A interpretação desses indicadores deve considerar perfil de risco e contexto social, porque resultados brutos podem penalizar serviços que atendem populações mais vulneráveis. A equidade, portanto, precisa ser tratada como componente do valor público gerado pelo sistema, e não como dimensão paralela.

A experiência do paciente deve igualmente ser incorporada ao desenho dos indicadores. Kamal, Lindsay e Eppler (2018) destacam que preferências individuais podem ser obscurecidas quando valor é definido apenas em termos de resultados populacionais médios. Para uma gestão pública, isso significa utilizar mecanismos de decisão compartilhada, escuta qualificada e mensuração sistemática da experiência para compreender se o cuidado é acessível, coordenado, compreensível e coerente com as prioridades da pessoa. PREMs não substituem medidas de desfecho, mas revelam aspectos do processo assistencial que influenciam confiança, adesão e continuidade.

A revisão de Eather *et al.* (2026) oferece um alerta sobre a mensuração incompleta. Entre 81 intervenções digitais para dor analisadas, a maior parte avaliou experiência do paciente, mas somente 9,9% mediu custo-efetividade e apenas duas intervenções contemplaram simultaneamente as quatro dimensões do quadruple aim. Esse achado sugere que a simples presença de indicadores não garante visão de valor. Para o SUS, painéis gerenciais devem ser desenhados para evitar a predominância de uma única dimensão e permitir leitura conjunta de resultados, experiência, condições de trabalho das equipes e recursos consumidos.

3.2 Eficiência na utilização de recursos e sustentabilidade financeira

A sustentabilidade financeira, sob a perspectiva de valor, depende de tornar o custo clinicamente interpretável. Van Veghel *et al.* (2024) desenvolveram o Quality Cost Indicator (QCI), que relaciona a proporção de pacientes que alcançam um conjunto de resultados esperados ao custo médio total do cuidado. Em populações de cirurgia bariátrica e câncer de mama, falhas em indicadores de resultado estiveram associadas a custos hospitalares mais elevados. O ponto central não é transformar um indicador composto em medida única de decisão, mas criar uma linguagem que permita observar simultaneamente qualidade e consumo de recursos.

A adaptação do QCI para cuidados especializados de queimaduras reforça essa utilidade. Thambithurai *et al.* (2025) analisaram 1.449 pacientes e observaram que aqueles que não alcançaram um ou mais resultados definidos apresentaram custos médios substancialmente superiores aos pacientes que atingiram o conjunto completo de indicadores. O achado sugere que complicações, permanência prolongada e trajetórias assistenciais menos favoráveis podem concentrar custos relevantes. Em gestão, essa informação direciona esforços para processos em que melhoria de qualidade e redução de desperdício podem ocorrer simultaneamente.

Outra necessidade é integrar bases clínicas e financeiras no nível do paciente e do ciclo assistencial. Barbier *et al.* (2025) demonstraram, em um centro de câncer de pulmão, a viabilidade de combinar dados rotineiros, PROMs, desfechos clínicos e informações contábeis, permitindo atribuir custos a tratamentos específicos e acompanhar conjuntamente trajetória terapêutica, resultados e despesas. A experiência mostra que a transformação digital orientada por valor não depende apenas de produzir mais dados, mas de vincular identificadores, temporalidade do cuidado, resultados e custos de forma analiticamente útil.

A padronização do custeio é igualmente estratégica. Beck da Silva Etges *et al.* (2022) descrevem uma iniciativa internacional voltada à construção de conjuntos padronizados de custos por condição clínica, utilizando dados do mundo real e metodologias como o Time-Driven Activity-Based Costing. Walraven, Jacobs e Uyl-de Groot (2021), por sua vez, argumentam que a saúde baseada em valor e a análise de custo-

efetividade podem se complementar: a primeira acrescenta foco explícito na centralidade do paciente e no ciclo de cuidado, enquanto a segunda oferece métodos consolidados para comparar custos e benefícios. Para o SUS, essa convergência pode fortalecer tanto decisões gerenciais locais quanto análises de incorporação, desinvestimento e reorganização de processos.

Os ganhos de eficiência não precisam ocorrer às custas da experiência do paciente. Scheurwater *et al.* (2026), ao reorganizar um percurso pós-ablação de fibrilação atrial, observaram redução do tempo de internação, menor dor, maior conforto na alta e melhora da organização do trabalho, sem aumento de complicações e com custos semelhantes. O exemplo ilustra um princípio essencial: valor pode ser aumentado quando o redesenho do processo reduz esperas, uso desnecessário de leitos ou retrabalho e, ao mesmo tempo, melhora resultados percebidos pelos usuários.

No SUS, a sustentabilidade financeira orientada por valor pode ser operacionalizada por ciclos de melhoria em linhas assistenciais de grande volume, alto custo ou elevada variabilidade. Uma estratégia factível é estimar o custo real das etapas do cuidado, identificar atividades que não agregam resultado, monitorar eventos evitáveis, comparar serviços ajustando o risco e reinvestir ganhos de eficiência em pontos críticos da rede. Esse desenho é diferente de cortes lineares: o objetivo é reduzir desperdício e variação injustificada preservando ou melhorando o resultado entregue à população.

3.3 Condições de implementação e aplicabilidade ao SUS

A passagem da mensuração para a gestão exige mudanças organizacionais. Khalil *et al.* (2025) identificaram como barreiras recorrentes financiamento insuficiente, permanência de incentivos orientados por volume e resistência de profissionais; como facilitadores, destacaram liderança, colaboração multiprofissional e ferramentas digitais. Moreira e Crispim (2025) acrescentam inércia organizacional, inconsistência dos dados, limitações de avaliação de custos e capacitação insuficiente de líderes e equipes. Isso indica que VBHC não deve ser tratado como um projeto de indicadores isolado, mas como transformação de governança e do modo de organizar o trabalho.

Em serviços com múltiplas unidades, a complexidade aumenta. Kynoch *et al.* (2025) ressaltam desafios de coordenação, padronização de dados e mudança cultural, recomendando implementação faseada, pilotos e envolvimento de partes interessadas. A experiência da Navy Medicine oferece evidência prática dessa abordagem: Hernandez *et al.* (2019) organizaram equipes integradas para quatro condições, mediram resultados e custos e observaram melhora de desfechos em três delas durante o piloto, mantendo ou expandindo algumas unidades após a experiência inicial. A combinação de condição clínica bem delimitada, equipe responsável pelo ciclo de cuidado e mensuração contínua aparece como unidade operacional útil para implementação.

No SUS, uma estratégia coerente seria iniciar por linhas de cuidado com problema claramente definido, volume suficiente e possibilidade de acompanhar resultados ao longo do tempo. O processo pode ser estruturado em etapas: definir a população e o ciclo assistencial; pactuar um conjunto mínimo de desfechos clínicos, PROMs, PREMs e indicadores de equidade; mapear atividades e recursos; estimar custos; criar painéis de devolutiva para equipes e gestores; testar intervenções de melhoria; e reavaliar resultados periodicamente. A participação dos usuários na escolha de resultados e na interpretação da experiência deve ocorrer desde o desenho do projeto.

Os mecanismos de incentivo também precisam respeitar a natureza pública do sistema. Moreira e Crispim (2025) mostram que a literatura internacional apresenta pagamentos por desempenho, bundled payments e compras baseadas em valor, porém com resultados heterogêneos e dependentes do contexto. No SUS, o uso de metas de valor pode ocorrer em contratos de gestão, pactuações internas, planejamento regional e monitoramento de linhas de cuidado, sem necessariamente reproduzir modelos de remuneração de seguradoras. O essencial é alinhar responsabilidade, informação e decisão, reduzindo incentivos para produção de baixo valor e fortalecendo práticas que geram melhores resultados.

A adoção precisa ainda ser protegida contra efeitos indesejados. Indicadores mal ajustados podem estimular seleção de casos menos complexos, subnotificação, foco excessivo em métricas de curto prazo ou desvalorização de dimensões difíceis de medir. Por isso, recomenda-se estratificação de risco, auditoria de qualidade dos dados,

transparência metodológica e combinação de indicadores quantitativos com avaliação qualitativa. Em um sistema universal, a comparação de valor deve observar não apenas eficiência média, mas também quem recebe o cuidado, quem permanece sem acesso e como os resultados se distribuem entre grupos e territórios.

Assim, a contribuição da gestão baseada em valor para o SUS não reside em uma fórmula única de financiamento, mas na construção de uma infraestrutura decisória. Quando desfechos, experiência e custos são avaliados de forma integrada, o gestor pode identificar serviços com melhor desempenho, reconhecer variações evitáveis, priorizar intervenções de maior benefício, redesenhar fluxos e monitorar se economias foram obtidas por eficiência ou por redução inadequada de acesso. Essa distinção é central para que sustentabilidade financeira seja compatível com a missão pública do sistema.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada indica que a gestão em saúde baseada em valor pode contribuir para o SUS ao oferecer uma estrutura que integra resultados clínicos e funcionais, experiência do paciente e custos do ciclo assistencial. Essa integração amplia a capacidade de decisão porque substitui a leitura fragmentada de produção e despesa por uma avaliação conjunta do que foi entregue à população e dos recursos necessários para produzi-lo.

Para os desfechos, a principal contribuição é estimular conjuntos padronizados e centrados no paciente, com inclusão de PROMs e medidas ajustadas ao risco. Para a experiência, a abordagem reforça participação, decisão compartilhada e uso sistemático de PREMs. Para a sustentabilidade financeira, favorece custeio mais preciso, identificação de desperdícios, análise de variações e redesenho de processos que aumentem eficiência sem deteriorar qualidade. A evidência também mostra que tecnologia e dados são condições necessárias, mas insuficientes sem liderança, equipes multiprofissionais, cultura de melhoria e mecanismos de governança.

No âmbito do SUS, a adoção deve ser gradual e contextualizada. Projetos-piloto por linha de cuidado, com metas multidimensionais e atenção explícita à equidade, oferecem caminho mais consistente do que tentativas de implantação ampla sem

padronização de dados e sem capacidade de mensuração. Modelos de incentivo podem ser utilizados, desde que não estimulem seleção de risco, redução indevida de acesso ou foco exclusivo em economia.

Como limitação, os estudos selecionados são predominantemente internacionais e concentrados em contextos institucionais ou especialidades específicas; não foi identificada, na amostra final, avaliação de implantação sistêmica da VBHC no SUS. Portanto, parte das recomendações para o sistema brasileiro decorre de análise de transferibilidade. Pesquisas futuras devem testar modelos em serviços públicos brasileiros, especialmente em condições crônicas, oncologia, saúde materna e procedimentos de alto volume, mensurando simultaneamente desfechos, experiência, equidade e custo ao longo do tempo.

Conclui-se que saúde baseada em valor pode fortalecer a gestão do SUS quando utilizada como instrumento de melhoria e alocação responsável de recursos, e não como sinônimo de redução de gastos. O valor público em saúde emerge da combinação entre melhores resultados, cuidado percebido como adequado pelos usuários, acesso equitativo e uso sustentável dos recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

- BARBIER, M. C. *et al.* Contributing to a value-based health care framework for lung cancer patients in Switzerland: a methodological approach to merge routinely collected hospital data. *PLoS One*, v. 20, n. 7, e0327814, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0327814.
- BECK DA SILVA ETGES, A. P. *et al.* Cost standard set program: moving forward to standardization of cost assessment based on clinical condition. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, v. 11, n. 17, p. 1219-1223, 2022. DOI: 10.2217/ce-2022-0169.
- CHERKAoui, Z. *et al.* A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes for Pancreatic Carcinoma: An International Delphi Survey. *Annals of Surgical Oncology*, v. 28, n. 2, p. 1069-1078, 2021. DOI: 10.1245/s10434-020-08679-0.
- DE ROOS, P. *et al.* A Consensus Set of Outcomes for Parkinson's Disease from the International Consortium for Health Outcomes Measurement. *Journal of Parkinson's Disease*, v. 7, n. 3, p. 533-543, 2017. DOI: 10.3233/JPD-161055.
- EATHER, C. E. *et al.* Most digital psychological interventions for chronic pain fail to measure all 4 dimensions of the quadruple aim of value-based health care: a scoping review. *Pain*, v. 167, n. 7, p. 1508-1523, 2026. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003959.
- HERNANDEZ, A. *et al.* Navy Medicine Introduces Value-Based Health Care. *Health Affairs*, v. 38, n. 8, p. 1393-1400, 2019. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.00280.

KAMAL, R. N.; LINDSAY, S. E.; EPPLER, S. L. Patients Should Define Value in Health Care: A Conceptual Framework. *The Journal of Hand Surgery*, v. 43, n. 11, p. 1030-1034, 2018. DOI: 10.1016/j.jhsa.2018.03.036.

KHALIL, H.; AMEEN, M.; DAVIES, C.; LIU, C. Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. *Frontiers in Public Health*, v. 13, 1514098, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1514098.

KYNOCH, K.; COOPER, C.; FOLEY, C.; BECKMANN, M. Opportunities and Challenges to Implementing Value-Based Health Care Across a Multisite Health Service. *Nursing & Health Sciences*, v. 27, n. 2, e70136, 2025. DOI: 10.1111/nhs.70136.

MOREIRA, A.; CRISPIM, J. The VBHC big picture: an umbrella review. *BMC Health Services Research*, v. 26, n. 1, p. 28, 2025. DOI: 10.1186/s12913-025-13037-5.

NIJAGAL, M. A. *et al.* Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, p. 953, 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3732-3.

SCHEURWATER, M. A. *et al.* Optimising the atrial fibrillation ablation pathway using vascular closure devices: effects on length of stay, procedure time and outcomes. *Netherlands Heart Journal*, v. 34, n. 4, p. 133-142, 2026. DOI: 10.1007/s12471-026-02020-2.

THAMBITHURAI, R. S. M. *et al.* Outcomes and costs in specialized burn care: Adapting the Quality Cost Indicator (QCI) model for burn care. *PLoS One*, v. 20, n. 10, e0333660, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0333660.

VAN VEGHEL, W. *et al.* Is the QCI framework suited for monitoring outcomes and costs in a teaching hospital using value-based healthcare principles? A retrospective cohort study. *BMJ Open*, v. 14, n. 5, e080257, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-080257.

WALRAVEN, J.; JACOBS, M. S.; UYL-DE GROOT, C. A. Leveraging the Similarities Between Cost-Effectiveness Analysis and Value-Based Healthcare. *Value in Health*, v. 24, n. 7, p. 1038-1044, 2021. DOI: 10.1016/j.jval.2021.01.010.