

Perspectivas sobre saúde baseada em valor: uma revisão integrativa da literatura

Mauricio Loturco de RESENDE: Universidade de São Paulo –USP, Faculdade de Saúde Pública– USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4913-147X>

Lúcia Dias da Silva GUERRA: Universidade de São Paulo –USP, Faculdade de Saúde Pública– USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0093-2687>

Resumo

Introdução: Os sistemas de saúde na maioria dos países passam pela necessidade de modificações estruturais para superar tais desafios e continuar agregando qualidade na assistência à saúde e, ao mesmo tempo, manter os custos sob controle. Uma abordagem emergente de reestruturação do sistema de saúde para tentar equilibrar melhor essa balança onde custos e qualidade se contrapõem e manter a sustentabilidade a longo prazo é a aplicação prática da teoria de Saúde Baseada em Valor (em inglês, *Value-Based Health Care* ou VBHC). A teoria introduz o conceito de valor, definido como os desfechos em saúde que importam para o paciente sobre os custos para atingir estes desfechos (a “equação de valor”), trazendo consigo duas grandes preocupações: custos mais acessíveis e melhores desfechos aos pacientes. A saúde baseada em valor muda a perspectiva do sistema de saúde, baseada na atividade dos profissionais de saúde e remuneração por ato médico, para um sistema centrado no paciente e organizado em torno do que este precisa, avaliando os seus desfechos como medida de qualidade. Embora nenhum país tenha implementado completamente na prática o modelo de saúde baseada em valor, é evidente que diferentes elementos da abordagem teórica funcionam melhor em alguns sistemas de saúde do que em outros. Características como o tamanho da população assistida, capacidade estrutural e tecnológica e como os governantes e gestores estão envolvidos na organização e financiamento destes sistemas possuem grande influência na adoção de saúde baseada em valor. A mudança do modelo de atenção à saúde exige grande esforço e aprendizado durante o processo de transformação. O esclarecimento sobre como essa teoria é compreendida, adaptada e aplicada em contextos de mundo real podem ser de grande relevância para que os atores envolvidos possam compreender a dinâmica da adoção e criar estratégias para iniciar, acelerar ou escalar iniciativas de implementação de saúde baseada em valor em organizações de saúde.

Objetivo: Analisar na literatura científica a implementação de iniciativas de saúde baseada em valor, considerando os elementos e estratégias a serem usados e sua viabilidade de implementação no sistema único de saúde brasileiro. **Metodologia:** Este estudo é uma revisão integrativa da literatura, que teve como questão norteadora para a sua elaboração “O que a literatura científica apresenta sobre a implementação de saúde baseada em valor em serviços de saúde?”. O levantamento bibliográfico foi realizado através de buscas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Public Medline (PubMed), SciVerse Scopus (Scopus), Embase e Web of Science. Para construir a estratégia de busca a partir da questão norteadora da revisão, foram selecionados descritores DeCS e MeSH no idioma inglês e também termos correlatos. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos completos e originais

disponíveis em inglês, publicados a partir de 2006. Os critérios de exclusão foram: publicações que não possuíam resumo indexado na base de dados ou que não se adequassem à temática proposta. Na primeira etapa da pesquisa, foram identificados um total de 326. Após as etapas de identificação e triagem permaneceram 12 artigos incluídos na revisão. **Resultados:** Por meio da leitura dos artigos foi possível identificar os principais elementos priorizados na implementação de iniciativas de VBHC, com os estudos empíricos obteve-se a descrição dos componentes incorporados na implementação e com os estudos teóricos as propostas de implementação apresentadas: coleta e integração de dados; individualização do cuidado e centralidade no paciente; elaboração e disseminação de linhas de cuidado; papel dos profissionais de saúde; investimento em tecnologia da informação; modelos de remuneração alternativos; envolvimento e alinhamento de partes interessadas; estratégias de implementação e monitoramento. **Conclusão:** Ao analisar a literatura, observa-se que o conceito de VBHC apresenta uma grande variabilidade interpretativa, sendo fortemente influenciado pelo contexto de implementação. Observa-se também uma importante fragmentação na aplicação do conceito, distanciando-se de uma estratégia integrativa e aproximando-se de uma estratégia “guarda-chuva” onde um ou dois elementos são implementados. Assim sendo, a análise e identificação dos principais elementos envolvidos na implementação de iniciativas de VBHC traz importante relevância para os debates acerca deste conceito. No Brasil, um país continental onde as desigualdades e o acesso à saúde ainda são relevantes entraves, a implementação de um conceito como a saúde baseada em valor parece desafiadora e utópica. Porém, já são contemplados iniciativas e esforços de instituições influentes no país aspirando o valor em saúde. Os aprendizados com experiências nacionais e internacionais e o contínuo envolvimento e engajamento de todas as partes interessadas podem auxiliar a mitigar as barreiras de um caminho por um sistema de saúde mais sustentável e centrado nos pacientes.

Descritores: Seguro de Saúde Baseado em Valor; Reforma dos Serviços de Saúde; Atenção à Saúde; Serviços Públicos de Saúde.

Introdução

Diversos fatores pressionam os sistemas de saúde, como a transição epidemiológica, o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, bem como o advento de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde. A pressão sobre o sistema de saúde se tornou ainda mais evidente com a situação gerada pela pandemia de Covid-19, em que observou-se os serviços de saúde operando no limite da capacidade operacional e econômica.^{1,2}

Gastos em saúde apresentam um crescimento maior do que o crescimento econômico da maioria dos países.³ Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019 os gastos em saúde chegaram a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) dos países membros.⁴ Por outro lado, o aumento dos custos em saúde não tem produzido a melhoria esperada na qualidade dos serviços oferecidos, o que pode ser comprovado pela contínua restrição do acesso, eventos adversos e insatisfação.^{5,6}

Ao visualizarmos a eficiência dos gastos em saúde ao redor do mundo, nota-se que nem sempre os países com os maiores gastos são aqueles que trazem em seus resultados a maior eficiência.⁷ Ademais, a OMS e a Organização para a Cooperação e

Desenvolvimento Econômico (OCDE) estimam que por volta de 30% dos recursos gastos em saúde são desperdiçados em complicações evitáveis, tratamentos desnecessários ou ineficiências administrativas.^{8,9}

No que tange a remuneração dos serviços de saúde, o modelo predominante é o chamado *fee for service*, pautado em realizar reembolsos com base no volume de procedimentos, sem que haja critério definido para a qualidade do serviço entregue e geração de desfechos relevantes para o paciente.¹⁰ Nesse modelo, os serviços buscam estruturar-se de modo a oferecer uma grande variedade de procedimentos, deixando a qualidade em segundo plano e reduz o incentivo à manutenção da saúde, sendo que a remuneração dos serviços e dos profissionais de saúde está prioritariamente relacionada ao processo de adoecimento.^{12,13}

Diante disso, a sustentabilidade no setor da saúde é um desafio constante, sobretudo ao considerar o panorama brasileiro, cuja Constituição Federal garante que a saúde pública seja de cobertura universal e gratuita para os mais de 200 milhões de habitantes.²

Nesse contexto, os sistemas de saúde na maioria dos países passam pela necessidade de modificações estruturais para superar tais desafios e continuar agregando qualidade na assistência à saúde e, ao mesmo tempo, manter os custos sob controle.^{1,14}

Uma abordagem emergente de reestruturação do sistema de saúde para tentar equilibrar melhor essa balança onde custos e qualidade se contrapõem e manter a sustentabilidade a longo prazo é a aplicação prática da teoria de saúde baseada em valor (em inglês, *Value-Based Health Care* ou VBHC). Proposta por Porter e Teisberg (2006) no livro “*Redefining Health Care*” e promovida como a “estratégia que irá consertar a assistência à saúde”.¹⁵ A teoria introduz o conceito de valor, definido como os desfechos em saúde que importam para o paciente sobre os custos para atingir estes desfechos (a “equação de valor”), trazendo consigo duas grandes preocupações: custos mais acessíveis e melhores desfechos aos pacientes. Segundo os autores, o mercado de saúde trabalha basicamente considerando o cálculo de soma zero, ou seja, não importa qual será o resultado efetivo que trará ao paciente, mas sim de que maneira ocorrerá a capitalização sobre aquele processo de tratamento.^{5,13} A Saúde Baseada em Valor muda a perspectiva do sistema de saúde, baseada na atividade dos profissionais de saúde e remuneração por ato médico, para um sistema centrado no paciente e organizado em torno do que este precisa, avaliando os seus desfechos como medida de qualidade.^{5,6,15}

A reformulação do sistema para entrega de valor, proposta Porter e Teisberg (2006) deve ser baseada em 6 elementos: (1) organização em Unidades de Prática Integrada de cuidado, (2) mensuração de desfechos e custos para todos os pacientes, (3) mudança para pagamentos por pacote, para todo ciclo do cuidado, (4) integração do cuidado entre diferentes unidades, (5) expansão geográfica dos serviços, (6) desenvolvimento de plataforma de tecnologia de informação que permita a implementação dos demais elementos. Apesar de esses elementos permitirem uma visão ampla dos parâmetros a serem considerados, fazer a transição para VBHC está longe de ser fácil, a maioria dos países ainda está em estágios iniciais de estruturar os componentes necessários para esta abordagem, com diferentes níveis de maturidade.^{11,14,16}

Embora nenhum país tenha implementado completamente na prática o modelo de saúde baseada em valor proposto por Porter, é evidente que diferentes elementos da abordagem teórica funcionam melhor em alguns sistemas de saúde do que em outros.¹¹

Características como o tamanho da população assistida, capacidade estrutural e tecnológica e como os governantes e gestores estão envolvidos na organização e financiamento destes sistemas possuem grande influência na adoção de saúde baseada em valor.¹⁷

A mudança do modelo de atenção à saúde exige grande esforço e aprendizado durante o processo de transformação.^{5,17} O esclarecimento sobre como essa teoria é compreendida, adaptada e aplicada em contextos de mundo real podem ser de grande relevância para que os atores envolvidos possam compreender a dinâmica da adoção e criar estratégias para iniciar, acelerar ou escalonar iniciativas de implementação de saúde baseada em valor em organizações de saúde.¹¹

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo analisar na literatura científica a implementação de iniciativas de saúde baseada em valor, considerando os elementos e estratégias a serem usados e a sua viabilidade de implementação no sistema único de saúde (SUS).

Método

Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se por uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de obter uma síntese de publicações relevantes sobre o tema, proporcionando uma organização do estado atual do conhecimento e reflexões para a implementação de novas intervenções.

Para a sistematização da revisão integrativa¹⁸ foram realizadas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa; construção da estratégia de busca e pesquisa bibliográfica nas bases de dados; estabelecimento de critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão); identificação e seleção dos estudos; extração e síntese (categorização dos dados obtidos, análise e interpretação dos resultados, apresentação dos resultados).

A questão norteadora para a elaboração desta revisão consistiu em: “O que a literatura científica apresenta sobre a implementação de saúde baseada em valor em serviços de saúde?”.

Estratégia de busca e pesquisa nas bases de dados

O levantamento bibliográfico foi realizado em 22 de abril de 2022, através de buscas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Public Medline (PubMed), SciVerse Scopus (Scopus), Embase e Web of Science.

Para construir a estratégia de busca a partir da questão norteadora da revisão, foram selecionados descritores DeCS e MeSH no idioma inglês, a saber: Saúde baseada em valor ("Value-Based Health Insurance"), Implementação ("Health Care Reform") e Serviços de saúde ("Public Health Services" e "Delivery of Health Care"), e também termos correlatos a “*Value-based healthcare*” e o termo livre “implementation”, devido à escassez de descritores. Nas sintaxes de busca utilizou-se operadores *booleanos* para compor a combinação dos pólos (objeto, fenômeno e contexto), conforme apresentado no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Sintaxes de busca utilizadas nas bases de dados.

Fontes de dados	Sintaxe de busca	Resultado
BVS	("Value-based healthcare" OR "Value Based Care" OR "Value-based health care delivery" OR "Value-Based Health Insurance" OR "VBHC") AND ("Public Health Services" OR "Delivery of Health Care") AND ("Health Care Reform" OR "Implementation")	108 resultados
PubMED	("Value based healthcare" OR "Value Based Care" OR "Value-based health care delivery" OR "Value-based medicine" OR "Value-Based Purchasing" OR "Value-Based Health Insurance") AND ("Public Health Services" OR "Delivery of Health Care") AND ("Quality Improvement" OR "Health Care Reform")	137 resultados
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Value-based healthcare" OR "Value Based Care" OR "Value-based health care delivery" OR "Value-Based Health Insurance" OR "VBHC") AND TITLE-ABS-KEY ("Public Health Services" OR "Delivery of Health Care") AND TITLE-ABS-KEY ("Health Care Reform" OR "Implementation"))	98 resultados
Embase	('value-based healthcare':ti,ab,kw OR 'value based care':ti,ab,kw OR 'value-based health care delivery':ti,ab,kw OR 'value-based health insurance':ti,ab,kw OR 'vbhc':ti,ab,kw) AND ('public health services':ti,ab,kw OR 'delivery of health care':ti,ab,kw) AND ('health care reform':ti,ab,kw OR 'implementation':ti,ab,kw)	4 resultados
Web of Science	("Value-based healthcare" OR "Value Based Care" OR "Value-based health care delivery" OR "Value-Based Health Insurance" OR "VBHC") AND ("Public Health Services" OR "Delivery of Health Care") AND ("Health Care Reform" OR "Implementation")	3 resultados

Critérios de elegibilidade

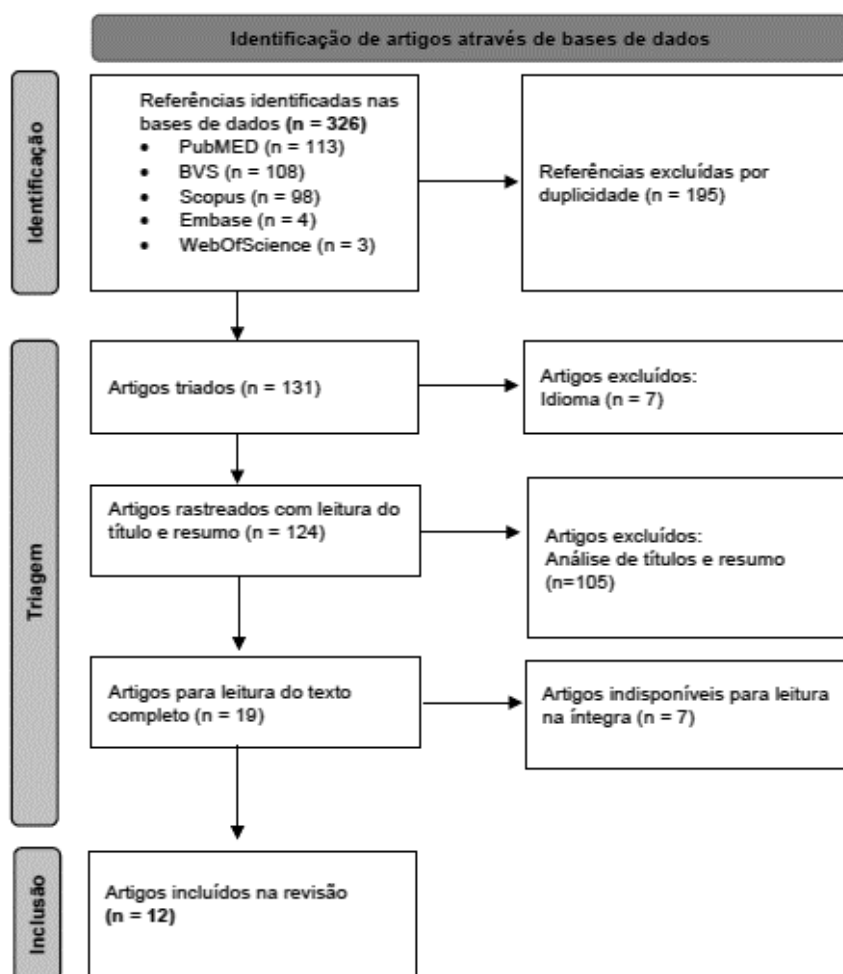
Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos completos e originais disponíveis em inglês, publicados a partir de 2006. Os critérios de exclusão foram: publicações que não possuíam resumo indexado na base de dados ou que não se adequassem à temática proposta.

Identificação e triagem

Na primeira etapa da pesquisa, foram identificados um total de 326 referências que foram exportadas para o *software* Zotero (gerenciador de referências). Após a exportação, 195 referências foram excluídas por duplicidade, restando 131 artigos para a triagem de título e resumo no *software* Rayyan. Nessa etapa, foram excluídos 14 artigos por não terem o resumo disponível, 7 artigos em idiomas diferentes do estabelecido nos critérios de inclusão e 105 publicações que não se enquadravam na pergunta norteadora.

Por fim, permaneceram 19 artigos científicos para análise. Nesta etapa, foram excluídos 7 artigos por não estarem disponíveis gratuitamente para leitura na íntegra. Permanecendo 12 artigos incluídos na revisão, conforme Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA para seleção dos artigos.



Extração e síntese dos dados

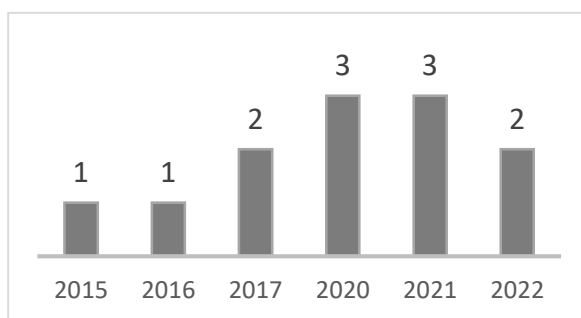
Os 12 artigos incluídos na revisão foram lidos na íntegra, sendo utilizado um instrumento para coleta das principais informações, tais como: autor, ano de publicação, título, periódico, país de origem, estrutura/metodologia utilizada no estudo, cenário descrito para a implementação da iniciativa de VBHC, descrição da iniciativa, principais elementos da implementação e principais conclusões/recomendações (Tabela Suplementar 1).

Resultados

Os 12 artigos incluídos na revisão, foram publicados entre os anos de 2015 à 2022 (Figura 2).

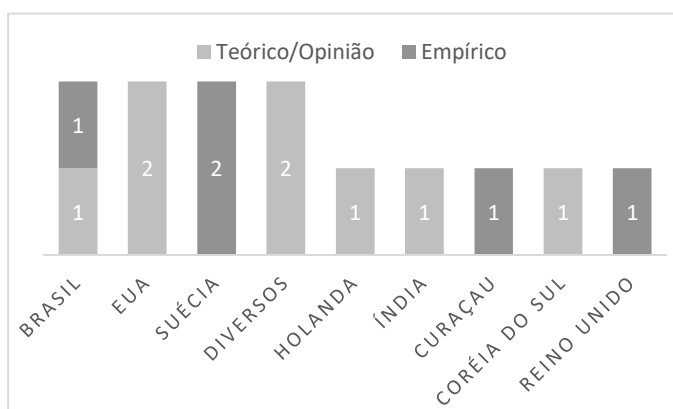
Destes, 8 artigos abordaram o tema de VBHC de forma não empírica (teórico/opinião), e apenas 4 de forma empírica. Estes artigos foram publicados em periódicos nos campos das ciências médicas (n= 6), gestão de saúde (n= 3), serviços de saúde (n= 2) e ciências sociais em saúde (n= 1).

Figura 2 – Anos de publicação dos artigos incluídos na revisão.



Com relação aos países de origem, destacam-se: Brasil, Estados Unidos da América e Suécia (Figura 3). Dentre os estudos empíricos, 100% (n= 4) descreveram iniciativas implementadas em hospitais. Dentre os estudos teóricos, 5 discutiram modelos de implementação de VBHC e 3 discutiram a transição para VBHC em sistemas de saúde.

Figura 3 – Países de origem e tipo dos artigos incluídos na revisão.



Para uma visão geral dos elementos da implementação de iniciativas de VBHC abordados pelos 12 artigos incluídos, é apresentada no Quadro 2 uma síntese que destaca autores, ano de publicação, periódico, país de origem do estudo, estrutura/metodologia e os principais elementos.

Quadro 2 – Descrição dos artigos sobre iniciativas de implementação de VBHC, segundo autoria, ano de publicação, periódico, país, estrutura/metodologia e principais elementos.

Autores	Ano	Periódico	País	Estrutura/metodologia	Principais elementos
Abicalaffe C , Schafer J. ¹⁹	2020	Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy	Brasil	Opinião. Artigo de opinião sobre transição para VBHC no Brasil	Engajamento de partes interessadas influentes (ex: governo) para apoiar e promover VBHC; envolvimento de um terceiro para ajudar a medir valor e qualidade da assistência entre pagadores e prestadores; coleta e

					integração de dados (custos e resultados); envolvimento e empoderamento de pacientes
Bhadelia A²⁰	2020	Indian Journal of Medical Research	India	Teórico. Artigo propõe abordagem de VBHC para o sistema de saúde indiano, focando no tratamento de mulheres com câncer	Centralidade no paciente e maior participação social; Personalização do cuidado mensurada por medidas reportadas pelos pacientes; Sistema nacional e integrado de navegação do paciente que acompanha a linha de cuidado; Base de dados para dados de custos e qualidade de vida; soluções tecnológicas para atividades administrativas (ex: telemedicina)
Burnhope E, Waring M, Guilder A, et al.²¹	2022	Health Services Management Research	Reino Unido	Empírico. Artigo descrevendo elaboração de sistema de informação proposto para modelos de VBHC	Coleta e mensuração de desfechos valorizados por pacientes
Busari J, Duits A.²²	2015	BMC Research Notes	Curaçau	Empírico. Estudo para identificar os requisitos necessários para atingir um sistema de saúde baseado em valor em uma ilha caribenha	Garantir competências e qualidade de educação dos profissionais de saúde; utilização de protocolos/linhas de cuidado; prontuários médicos padronizados e registrados fidedignamente
Hurh J, Ko YH, Lee S.²³	2017	Journal of the Korean Medical Association	Coreia do Sul	Opinião. Artigo de opinião com sugestões para a implementação de VBHC na Coreia do Sul	Normalização de taxas de pagamento para prestadores; Desenvolvimento e disseminação de linhas de cuidado; implementação de projetos pilotos no setor de dispositivos médicos envolvendo esquemas de compartilhamento de risco; implementação de registros para guiar decisões baseadas em dados; implementação de pagamentos por pacote para linhas de cuidado validadas
Nilsson K, Bååthe F, Andersson A, et al.²⁴	2017	BMC Health Services Research	Suécia	Empírico. Entrevistas com profissionais envolvidos em projetos pilotos de VBHC	Mapeamento de grupos de pacientes, definição dos desfechos mensurados e do processo de mensuração, coleta e análise de dados, desenvolvimento e implementação de iniciativas de melhorias

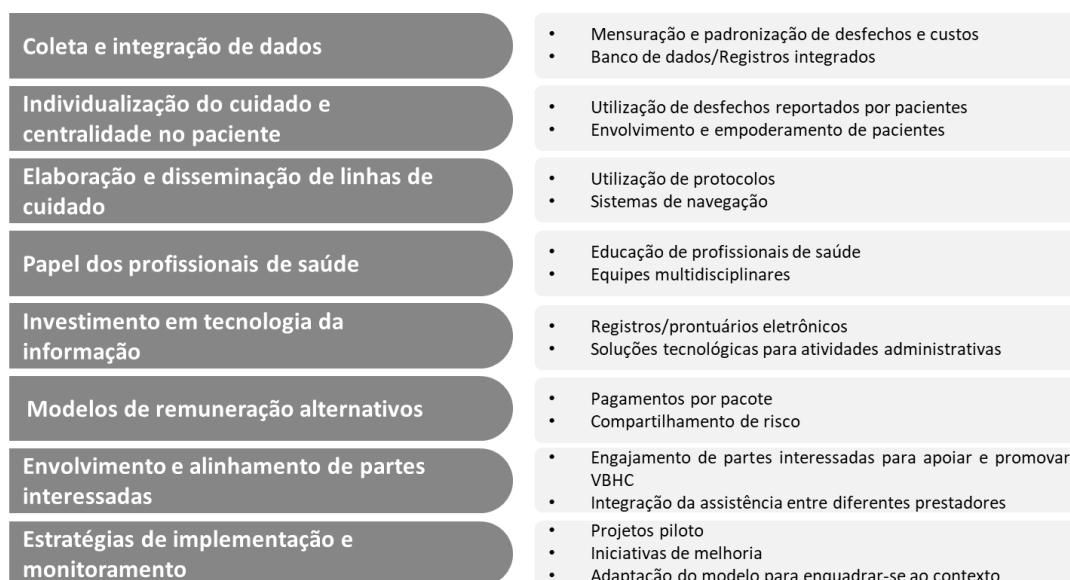
Ramos P, Savage C, Thor J, et al. ²⁵	2021	Social Science & Medicine	Suécia, Brasil	Empírico. Estudo de caso comparativo sobre iniciativas de implementação de VBHC no Brasil e Suécia	A implementação de VBHC nos dois contextos apresentou os seguintes padrões: Adaptação do modelo de VBHC para enquadrar-se ao contexto de cada sistema de saúde, tensões com os modelos de negócio tradicionais, necessidade de um alinhamento contínuo entre diversas partes interessadas
Ray J, Kusumoto F. ²⁶	2016	Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology	Estados Unidos da América	Opinião. Artigo de opinião sobre os desafios da transição para VBHC nos EUA	Interconexão de bases de dados de saúde, integração da assistência entre diferentes unidades e prestadores de saúde, mensuração de qualidade em níveis populacionais e individuais, definição e padronização de custos e desfechos mensurados, cultivação de práticas custo-conscientes
Steinmann G, Delnoij D, Bovenkamp H, et al. ²⁷	2021	BMJ Open	Holanda	Teórico. Consenso de especialistas holandeses sobre a importância de conceitos e práticas para a implementação de VBHC	Envolver pacientes na tomada de decisões compartilhada, padronizar medidas de performance para ciclos de cuidado integral para condições médicas, organização do cuidado centrado no ciclo de tratamento, ao invés de procedimentos individuais, utilizar desfechos relatados por pacientes para avaliar a prestação de cuidados
Teisberg E, Wallace S, O'Hara S ²⁸	2020	Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges	Estados Unidos da América	Teórico. Artigo propõe modelo para implementação de VBHC com base na experiência de organizações de saúde	Entendimento das necessidades compartilhadas dos pacientes, desenvolver uma solução para aprimorar desfechos de saúde, integrar equipes de aprendizagem para conduzir melhorias contínuas, mensuração de desfechos de saúde e custos, expandir parcerias
Staalduinen D, Bekerom P, Groeneveld S, et al. ²⁹	2022	BMC Health Services Research	Diversos	Teórico. Revisão de escopo sobre como VBHC é conceituado e implementado analisando diversas referências da literatura	Principais componentes de VBHC: mensurar custos e desfechos, implementação de linhas de cuidado. Principais estratégias de implementação: Educação de

					profissionais de saúde e pacientes, criação de equipes multidisciplinares, utilização de pilotos na primeira fase de implementação.
Zanotto B, Etges A, Marcolino M, et al. ³⁰	2021	Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives	Diversos	Teórico. Revisão sistemática da literatura sobre desfechos utilizados na implementação de VBHC	Importância do investimento de tecnologia da informação para a implementação de VBHC, desenvolvimento de registros eletrônicos de saúde desencarecem a mensuração de desfechos

Principais elementos da implementação de VBHC

Por meio da leitura dos artigos foi possível identificar os principais elementos priorizados na implementação de iniciativas de VBHC, com os estudos empíricos obtendo-se a descrição dos componentes incorporados na implementação e com os estudos teóricos as propostas de implementação apresentadas (Figura 4).

Figura 4 - Principais elementos da implementação de VBHC identificados na revisão.



A **coleta e integração de dados**^{19-24,26,28-30} (n = 10) é o elemento mais frequentemente mencionado nos artigos, em linha com o componente “mensuração de desfechos e custos para todos os pacientes” presente no modelo proposto por Porter (2006). A coleta de dados referentes aos resultados de saúde e os custos relacionados ao cuidado^{19,21,23,24,26,28-30} (n = 8) são essenciais para um modelo que sugere que a gestão em saúde deve ser focada em desfechos que importam para os pacientes e a remuneração deve ser de acordo com a qualidade da assistência.^{5,30} Banco de dados e registros^{20,22-24,26} (n = 4) integrados e

interconectados em escala regional/nacional também são mencionados como ferramentas facilitadoras para essa mensuração, podendo ajudar a guiar decisões baseadas em dados.

A **individualização do cuidado e centralidade no paciente**^{19-21,24,27,28} (n = 6) também é um importante pilar abordado nos artigos. Os resultados de saúde mensurados devem ser aqueles que sejam valorizados e importam para pacientes, e idealmente devem ser reportados pelos próprios^{20,21,24,27} (n = 4). O envolvimento e empoderamento dos pacientes na tomada de decisão^{19,20,27,28} (n = 4) também são destacados como práticas importantes para a saúde baseada em valor.

A **elaboração e disseminação de linhas de cuidado**^{20,22,23,27,29} (n = 6) para nortear a atuação multidisciplinar também é abordada pelo seu papel importante na padronização assistencial de condições clínicas. Este elemento dialoga com a proposta de Porter para “organização em Unidades de Prática Integrada” e viabiliza a análise da assistência de saúde através de ciclos completos de cuidado para condições clínicas (Porter, 2006). Neste pilar, a criação de protocolos com base em evidências^{22,26} para documentar estas linhas de cuidado e sistemas de navegação que acompanham os pacientes em sua linha de cuidado também são discutidos.²⁰

O **papel dos profissionais de saúde**^{4,5,7,10,11} (n = 7) na implementação de iniciativas de VBHC é destacado com bastante relevância. A educação e capacitação destes profissionais sobre a importância da mensuração de desfechos que importam para os pacientes e sobre o que constitui um cuidado em saúde efetivo e com qualidade é apontada em alguns estudos (n = 4).^{22,23,25,28,29} A organização em times multidisciplinares no cuidado também foi proposta em alguns estudos (n = 4), citando a importância de um trabalho integrado para minimizar variâncias em tratamentos.^{22,24,25,29}

Também em consonância com o elemento do modelo proposto por Porter (2006) sobre a “construção de plataforma de tecnologia de informação que permita esta transformação”, o **investimento em tecnologia da informação** foi abordado nos artigos (n = 5).^{20,21,23,25,30} Intimamente relacionado com uma mensuração de desfechos e custos efetiva e eficiente, a utilização de registros/prontuários eletrônicos para a documentação dos dados de saúde pode fornecer dados e permitir uma maior integração sobre o ciclo do cuidado. Também foi mencionada a utilização de soluções tecnológicas para atividades administrativas do cuidado, como a telemedicina.^{20,25}

Naturalmente, **modelos de remuneração alternativos**^{19,23,25,28,29} ao *fee for service* foram trazidos em alguns artigos (n = 5). Assim como, proposto pelo modelo de Porter, a mudança para pagamentos por pacote foi apontada como uma opção para VBHC que permite redução nos custos.^{23,25,28,29} Também são abordados modelos de compartilhamento de risco entre fabricantes e prestadores de serviços de saúde.^{19,23}

O **envolvimento e alinhamento de partes e interessadas**^{19,23,25,28,29} (n = 5) para tornar a implementação de VBHC uma realidade é apontado como um elemento crítico em alguns artigos. Iniciativas pontuais e descoordenadas são apontadas como desafiadoras, sendo necessários esforços em todo o ecossistema e envolvendo todas as partes interessadas, como diversos atores, incluindo pacientes, profissionais de saúde, sociedades médicas, prestadores de serviços, pagadores e entidades governamentais. É indicada uma necessidade para que haja um apoio e promoção ativa de VBHC pelas partes interessadas e influentes, já que esse tipo de implementação envolve mudanças estruturais significativas no modelo de cuidado vigente.^{19,23,25,28} Uma maior integração e coordenação entre diferentes prestadores de serviços de saúde também é destacada.^{26,28}

No que tange à **estratégias de implementação e monitoramento** de iniciativas de VBHC, a utilização de projetos piloto em sua primeira fase de implementação é indicada (n = 7), selecionando algumas métricas ou elementos e adaptando o modelo original para conseguir resultados executáveis e condizentes com o contexto nas quais os serviços de saúde estão inseridos. Também são sugeridas equipes que sejam responsáveis por liderar a implementação e monitorar continuamente os processos de VBHC, identificando pontos de melhoria e ajustes.^{19,20,23-25,28,29}

Discussão

A saúde baseada em valor (VBHC), proposta e introduzida por Porter e Teisberg (2006) com o princípio fundamental de entregar valor a pacientes atingindo melhores desfechos a menores custos²¹ é frequentemente referenciada e sugerida como a “estratégia que irá consertar o sistema de saúde” como uma resposta aos crescentes custos em saúde e desigualdades na qualidade do cuidado.^{15,23,25} Nessa proposta original, Porter definiu seis elementos principais interrelacionados, apresentados como a “Agenda de valor” para guiar a implementação de VBHC, sendo eles: 1) organização em Unidades de Prática Integrada de cuidado; 2) mensuração de desfechos e custos para todos os pacientes; 3) mudança para pagamentos por pacote, para todo ciclo do cuidado; 4) integração do cuidado entre diferentes unidades; 5) expansão geográfica dos serviços; 6) desenvolvimento de plataforma de tecnologia de informação que permita a implementação dos demais elementos.¹⁶

Ao analisar os artigos da presente revisão que tratam sobre a implementação de VBHC, seja de forma empírica ou não, foi possível identificar grande heterogeneidade nos elementos empregados ou sugeridos para a implementação. Isto pode estar relacionado à variabilidade na interpretação do conceito de VBHC e nas diferenças em seu entendimento, sendo o termo considerado como vago e comumente confundido com conceitos correlatos, o que dificulta a avaliação de sua implementação.^{17,29}

Também foi possível observar uma fragmentação do conceito de VBHC, não sendo encarado como uma estratégia integrativa, mas sim “guarda-chuva”, onde são aplicados ou sugeridos apenas alguns dos elementos presentes na proposta original, e raramente empregados todos os elementos de forma global.²⁹ Isso corrobora com a observação de que embora os elementos propostos por Porter oferecem uma visão ampla dos parâmetros que devem ser considerados, a implementação de VBHC ainda se encontra em fase embrionária e os serviços de saúde ao redor do mundo apresentam níveis de maturidade distintos.¹¹

A adaptação de VBHC para enquadrar-se ao contexto no qual o serviço de saúde está inserido foi um padrão observado nas iniciativas implementadas, já que esta adoção sofre grandes influências de fatores contextuais dos sistemas de saúde, como a capacidade estrutural, financiamento de saúde, políticas públicas e até indicadores socioeconômicos.¹⁴ Enquanto em países como Estados Unidos e Brasil, a saúde baseada em valor têm sido associada a uma forma de se distanciar do *fee for service*^{17,19}, em países da Europa o foco têm sido a centralidade no paciente, a coordenação do cuidado entre diferentes prestadores e o desenvolvimento de plataformas para aprimorar a qualidade assistencial.^{21,24,25,27}

Saúde baseada em valor no Brasil

O sistema de saúde público brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e tem como princípio a garantia, para toda a população, do acesso universal, com atendimento gratuito na ocasião da utilização. Para a execução das suas atividades, o SUS é financiado por meio dos orçamentos dos entes federativos (União, Estados e Municípios) e contratualiza prestadores de serviços de saúde de natureza pública ou de natureza privada, em especial instituições sem fins lucrativos.³¹

Em um documento que apresenta a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil com uma visão de oito anos (2020 – 2028), o Ministério da Saúde (MS) incluiu a Saúde Baseada em Valor dentro da prioridade que se refere ao Ecossistema de Inovação. Neste documento são elencadas atividades a serem desenvolvidas com o propósito de explorar modelos de valor em saúde no Brasil com os seguintes benefícios esperados: redução dos custos para usuários e fontes pagadoras e capacidade de mensuração do valor objetivo e do valor percebido por todos os atores.³² A menção da Saúde baseada em valor em um documento estratégico do MS indica um importante reconhecimento desta estratégia e uma busca por ações voltadas à melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da sustentabilidade do setor.

Já o setor privado de saúde brasileiro tem duas vertentes: o desembolso direto (*out of pocket*), que se trata de pagamento direto na ocasião do consumo do bem ou serviço de saúde e a contratação de serviços financiados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nesta segunda vertente, configurada como setor suplementar, as operadoras de planos de saúde podem contratar prestadores - pessoas físicas ou jurídicas - ou podem constituir serviços próprios, fenômeno conhecido como verticalização.^{31,33}

O órgão regulador deste setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem capitaneado o debate em torno da implementação de novas formas de remunerar baseadas em valor, que privilegiem a qualidade dos serviços prestados e que não se baseiem exclusivamente na redução dos custos, publicando, em 2019, um guia sobre o tema, com o objetivo de contribuir com iniciativas para superar desafios da implementação de modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* e apoiar estratégias para viabilizar a implementação efetiva de novos modelos de remuneração.³³

Diante do endosso da adoção de VBHC por entidades governamentais, é relevante compreender como o contexto do sistema de saúde brasileiro influencia e molda a implementação destas iniciativas. Conforme exposto anteriormente, diferentes elementos da implementação destas iniciativas são aplicáveis a diferentes níveis de maturidade do ecossistema em que elas se inserem.

Com base nos elementos identificados nesta revisão, é possível analisar os desafios e possibilidades para a realidade brasileira:

Quando olhamos para a **coleta e integração de dados**, componente considerado chave para VBHC, nos deparamos com um elemento que parece ser desafiador para o SUS. Tradicionalmente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da atividade compartimentalizada das diversas instituições que atuam no setor.³⁴ A experiência de dados em saúde no Brasil tem sido acompanhada da implementação de múltiplos sistemas de informação, voltados para diferentes fins: epidemiológico, demográfico e de produção de serviços.³⁴ A mensuração dos custos é um

desafio talvez ainda maior que a medida dos desfechos. Os custos precisam ser medidos ao nível da condição clínica ou segmento da população para ciclos ou episódios de cuidado.³⁵ Aqui identifica-se a necessidade de gestão dos sistemas de saúde a partir de redes integradas de serviços e a estruturação de um sistema de gestão dos serviços de saúde único, eficiente e bem organizado, que contemple o acompanhamento dos indicadores de saúde e dos custos relacionados ao ciclo do cuidado.

A **individualização do cuidado e centralidade no paciente** é citada como uma das práticas mais importantes na transição para VBHC.²⁷ Considerando que o Brasil é um país de tamanho continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais, os determinantes sócio-econômico-culturais podem trazer impactos nos resultados de saúde, na qualidade da assistência e na percepção de valor pelos pacientes.³⁶ Nesse sentido, existe uma importante lacuna e oportunidade para definir e entregar estratégias terapêuticas individualizadas baseadas na participação do paciente e em decisões compartilhadas e de utilizar desfechos reportados por pacientes que permitem uma perspectiva do paciente sobre o impacto da condição de saúde no seu bem-estar e que demonstram o valor gerado.²⁰

A **elaboração e disseminação de linhas de cuidado** é um elemento bastante discutido no contexto brasileiro, sendo uma ferramenta reconhecida pelo Ministério da Saúde para orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades.³⁷ Do ponto de vista legal e normativo, conta-se com normativas como o Decreto 7.508/2011 que estabelece as Redes de Atenção à Saúde (RAS), além de preconizar o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, cuja finalidade é estabelecer critérios para o diagnóstico, tratamento e demais produtos e procedimentos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.³⁸ Contudo, algumas lacunas permanecem impeditivas na implementação das linhas de cuidado, como a fragilidade na adoção de ações de educação em saúde; falhas no envolvimento da gestão; fragmentação do cuidado; insuficiente otimização dos recursos humanos, logísticos e tecnológicos; existência de fluxos inadequados de atendimento e frágil empoderamento dos pacientes para reconhecer direitos e deveres na saúde.^{38,39} Para ampliar o acesso e a resolutividade dos serviços e para que as linhas do cuidado não se reduzam a meros fluxos assistenciais e técnicos, fundados em protocolos clínicos, a rede de assistência deve ser articulada e centrada no paciente.^{38,39}

Com relação ao **papel dos profissionais de saúde** na saúde baseada em valor, especificamente na importância da introdução desse conceito na formação e educação destes atores, e na atuação multidisciplinar, são identificadas oportunidades em políticas públicas já estabelecidas no SUS. A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil, tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema.⁴⁰ A EPS é identificada como uma estratégia potente para a transformação das práticas em saúde, podendo ser empregada para transformar a prática dos trabalhadores em saúde.⁴¹

Desde a implementação do SUS, com o intuito de garantir os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, foram criados e implementados vários programas e políticas com estratégias indutoras para a formação de equipes multiprofissionais com foco interdisciplinar. Um exemplo é a estratégia prioritária da

Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que configura-se como iniciativa inovadora no sentido de prestação de saúde com a composição de equipes multidisciplinar.^{42,43} O trabalho multidisciplinar amplia a visão do processo saúde-doença, envolvendo diferentes profissionais com habilidades e atitudes distintas, e intervindo para além do âmbito individual, como na família e nas condições socioambientais da comunidade atendida, possibilitando o desenvolvimento de ações que ultrapassam o modelo biomédico, além de contribuir com o conceito ampliado de saúde.⁴²

O **investimento em tecnologia da informação** para que se tenha um sistema com capacidade tecnológica de sustentar a implementação dos elementos da “agenda de valor” é apontado como essencial por Porter (2006). Por investimento em tecnologia da informação, entende-se, em um sentido amplo por: infraestrutura da tecnologia digital, padrões de informação capazes de garantir a interoperabilidade, sistemas, serviços, recursos humanos e modelos de organização. Tais investimentos, que não se limitam ou são resolvidos apenas com recursos financeiros, implicam tempo para a sua constituição, particularmente em contextos tão diversos como o brasileiro.⁴⁴ Conforme exposto anteriormente, a Saúde baseada em valor já é elencada como uma ação estratégia presente na Estratégia de Saúde Digital.³² Embora um avanço teórico, deve ser transformado em ações de articulação para que a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), plataforma nacional de integração de dados em saúde, seja alavancada para fornecer informações da saúde dos cidadãos brasileiros para que gestores de saúde possam melhorar a gestão e a qualidade da atenção à saúde ofertada. O documento prevê uma estimativa de realização até dezembro de 2028, o que indica uma articulação lenta e repleta de desafios.³²

Modelos de remuneração por serviços de saúde ou de financiamento de sistemas de saúde são amplamente debatidos, em razão do aumento de custos no setor, em âmbito global.⁴⁵ Em vários países, tem se intensificado questionamentos sobre a política de remuneração dos prestadores de serviços, baseada comumente na produção de serviços de saúde (*Fee For Service*) com a perspectiva de melhorar os resultados em saúde e conferir sustentabilidade aos sistemas de saúde. No setor de saúde, é cada vez mais comum a adoção de modelos de pagamento que utilizam instrumentos de gestão como avaliação de desempenho; orçamento global para prestação de serviços pré-contratados; cadastro de pessoas ponderado por risco (capitação); bem como pagamento por casos baseado em grupos relacionados ao diagnóstico e por valores associados a resultados alcançados.⁴⁵

Os **modelos de remuneração alternativos** apresentam vantagens e desvantagens e seus efeitos podem ser variados conforme o contexto em que estão inseridos.⁴⁵ Sob o discurso da racionalização, muitas vezes recebem críticas por estabelecer cortes de gastos com o objetivo de reduzir custos sem a devida avaliação da qualidade dos serviços prestados. Para a geração de valor, as variáveis qualidade e custo devem estar conectadas e relacionadas ao cuidado apropriado. Nesse contexto e no sentido de atribuir maior racionalidade à prática médico-assistencial, as formas de contratualização e de alocação de recursos a serviços de saúde também têm um papel a cumprir, de forma a induzí-los a adotar práticas e tecnologias que prezem pela qualidade no cuidado e resultados em saúde dos pacientes.^{33,45,46}

O **envolvimento e alinhamento de partes interessadas** é essencial para um modelo que preza pela abordagem coordenada como o VBHC. Neste sentido, a prestação de cuidados, a gestão da integração externa de cuidados, a relação com fornecedores e

prestadores de serviço, o financiamento de saúde e políticas públicas devem potencializar-se uns aos outros. Iniciativas capitaneadas por entidades governamentais, como a criação de um Grupo de Trabalho de Modelos de Remuneração para incentivar as operadoras de saúde, em conjunto com seus prestadores de serviços de saúde, a implementar modelos de remuneração inovadores e baseados em valor podem indicar um importante passo na facilitação de implementação de iniciativas de VBHC.⁴⁶

Quanto às **estratégias e monitoramento da implementação**, embora os dados publicados ainda são escassos, existem diversos projetos piloto no Brasil, que podem trazer aprendizados e servir de referência, contribuindo com a escalabilidade de iniciativas de VBHC no país. Portanto, a publicação de estudos que analisam a implementação destas iniciativas podem permitir uma melhor interpretação da efetividade e viabilidade da saúde baseada em valor.

Limitações

Em virtude da limitação do método em centrar no objeto pesquisado, alguns estudos foram identificados na busca inicial, e apenas poucos deles foram elegíveis, além de grande parte dos artigos incluídos apenas tratem o tema de forma não-empírica.

Conclusão

Com o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, e o advento de novas tecnologias, a demanda por serviços de saúde está aumentando, enquanto o orçamento da saúde é limitado. É postulado que ao colocar o valor no centro dos cuidados de saúde pode ajudar a garantir que recursos disponíveis sejam usados para proporcionar o melhor benefício possível para pacientes. Com um foco em atingir maior valor para os pacientes, ao invés de priorizar a redução de custos ou eficiência, é esperado que todos os atores do ecossistema de saúde possam almejar um objetivo comum de proporcionar uma saúde baseada em valor.⁴⁷

Uma implementação efetiva de VBHC é complexa e requer mudanças estruturais significativas nos cuidados de saúde aliadas a um envolvimento de diversos atores, incluindo profissionais de saúde, prestadores de serviços, pagadores e instituições governamentais. Entender as diferentes realidades, características dos sistemas de saúde e fatores estruturais onde estas iniciativas estão inseridas é essencial para que se tenha um olhar crítico na interpretação da efetividade e viabilidade da saúde baseada em valor.

A saúde baseada em valor é amplamente discutida no contexto atual, porém, conforme constatado na presente revisão, há uma lacuna para a publicação de estudos empíricos que abordam a aplicação de seus conceitos na prática e avaliam as estratégias de implementação, podendo trazer aprendizados e servir de referência, contribuindo com a escalabilidade de iniciativas de VBHC.

Ao analisar a literatura, observa-se que o conceito de VBHC apresenta uma grande variabilidade interpretativa, sendo fortemente influenciado pelo contexto de implementação (em países como os Estados Unidos e o Brasil, nota-se um foco maior na redução de custos, enquanto em países europeus nota-se uma maior priorização na mensuração de desfechos e coordenação do cuidado). Observa-se também uma importante fragmentação na aplicação do conceito, distanciando-se de uma estratégia

integrativa e aproximando-se de uma estratégia “guarda-chuva” onde um ou dois elementos são implementados. Assim sendo, a análise e identificação dos principais elementos envolvidos na implementação de iniciativas de VBHC traz importante relevância para os debates acerca deste conceito.

No Brasil, um país continental onde as desigualdades e o acesso à saúde ainda são relevantes entraves, a implementação de um conceito como a Saúde baseada em valor parece desafiadora e utópica. Porém, já são contempladas iniciativas e esforços de instituições influentes no país aspirando o valor em saúde. Os aprendizados com experiências nacionais e internacionais e o contínuo envolvimento e engajamento de todas as partes interessadas podem auxiliar a mitigar as barreiras de um caminho por um sistema de saúde mais sustentável e centrado nos pacientes.

Quando trazemos à cena a Saúde baseada em valor e buscamos entendê-la com maior profundidade e a partir de uma análise crítica, observamos que há por detrás desta proposta (em franca expansão pelos sistemas de saúde do mundo inteiro) uma redefinição dos modelos de saúde e uma reconfiguração dos serviços/cuidados ofertados. O que possibilita criar uma competição baseada em valor nos resultados, que despreza a abordagem relacionada a todo o processo do cuidado, uma vez que ainda persistem grandes lacunas entre o que sabemos e o que fazemos. Deixando em aberto um mundo de oportunidades para que diretrizes baseadas em processos individuais (no caso, os pacientes) tenham um papel a desempenhar dentro de sistemas universais de saúde, como o SUS. Gray (2006)⁴⁸ nos alerta que essa maneira de transformar os cuidados de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes, o que precisamos é de mais diretrizes e caminhos baseados nas melhores práticas dentro da diversidade existente e também poderíamos medir os resultados de valor para os pacientes com mais frequência e precisão do que já fazemos agora.

Referências

1. Associação Brasileira da Indústria de Tecnologia para Saúde. Cuidados em saúde baseados em valor. Position paper. São Paulo; 2021.
2. Bernz I, Lucchetta R, Okumura L, et al. Saúde baseada em valor: afinal, qual a opinião sobre "valor" para os diferentes atores dos sistemas de saúde do Brasil? Revista Científica Faculdade Unimed 2020;2(2):59-81.
3. Negrini R, Silva Ferreira R, Guimarães D. Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. BMC Pregnancy Childbirth 21, 333 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2>
4. Organização Mundial da Saúde. Global spending on health: Weathering the storm. Geneva: WHO, 2020.
5. Porter M, Teisberg E. Redefining health care: Creating Value-Based Competition on Results. 1. ed. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
6. Porter M. A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. N Engl J Med 2009 Jul; 361(2):109-12.
7. Giovanella L. Gastos em saúde. In: Giovanella L. Solidariedade ou Competição? Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: FIOCRUZ;

- 2001; p. 139-184. ISBN: 978-65-5708-097-9.
<http://doi.org/10.7476/9786557080979.0007>.
8. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: ODCE, 2017
 9. Organização Mundial da Saúde. Health System Financing: the Path to Universal Coverage. Geneva: WHO, 2010.
 10. Porter M, Kaplan R. How to Pay for Health Care. Harvard business review 2016; 94:88-98.
 11. Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, et al. The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals—Consensus Report and Recommendations. Value Health 2021 Dec; 25(7):1148-56, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355>.
 12. Silva G. A busca pelo cuidado baseado em valor em um hospital universitário. Dissertação [Mestrado – Gestão em Saúde] - Fundação Getúlio Vargas; 2018.
 13. Geraldo G. Saúde baseada em valor: concepções de gestores na saúde suplementar. São Paulo. Dissertação [Mestrado – Gestão em Saúde] - Fundação Getúlio Vargas; 2019.
 14. Economist Intelligence Unit (EIU). Value-based healthcare: A global assessment [Internet]. Londres; 2016. Disponível em: https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf
 15. Porter M, Lee T. The Strategy That Will Fix Healthcare. Harv Bus Rev 2013 Oct;1277(10):1–19.
 16. Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde [homepage na internet]. Value-Based Health Care (VBHC) [acesso em 03 jul 2022]. Disponível em: <https://www.iats.com.br/pesquisa/vbhc/>.
 17. Mjåset C, Nagra N, Feeley T. Value-based health care in four different health care systems. N Engl J Med Catal 2020 Nov;1–23. <https://10.1056/CAT.20.0530>.
 18. Botelho L., Cunha C, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade 2011;5(11):121-136.
 19. Abicalaffe C, Schafer J. Opportunities and Challenges of Value-Based Health Care: How Brazil Can Learn from U.S. Experience. J Manag Care Spec Pharm. 2020 Aug;26(9):1172–5.
 20. Bhadelia A. Comprehensive value-based cancer care in India: Opportunities for systems strengthening. Indian J Med Res. 2021;154(2):329–37.
 21. Burnhope E, Waring M, Guildler A, Malhotra B, Cardoso J, Razavi R, et al. A systematic approach towards implementing value-based health care in heart failure: Understandings from retrospective analysis methods in South London. Health Serv Manage Res. 2022 Feb;35(1):37–47.
 22. Busari J, Duits A. The strategic role of competency based medical education in health care reform: a case report from a small scale, resource limited, Caribbean setting. BMC Res Notes. 2015 Jan;8:13–13.
 23. Hurh J, Ko Y, Lee S. Value-based healthcare: Prerequisites and suggestions for full-fledged implementation in the Republic of Korea. J Korean Med Assoc. 2017;60(10):826–40.

24. Nilsson K, Bååthe F, Andersson A, Wikström E, Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital - an longitudinal interview study. *BMC Health Serv Res.* 2017 Mar;17(1):169–169.
25. Ramos P, Savage C, Thor J, et al. It takes two to dance the VBHC tango: A multiple case study of the adoption of value-based strategies in Sweden and Brazil. *Soc Sci Med.* 2021 Jun;282:114145–114145.
26. Ray J, Kusumoto F. The transition to value-based care. *J Interv Card Electrophysiol.* 2016 Jul;47(1):61–8.
27. Steinmann G, Delnoij D, Bovenkamp H, et al. Expert consensus on moving towards a value-based healthcare system in the Netherlands: a Delphi study. *BMJ Open.* 2021 Apr;11(4):e043367–e043367.
28. Teisberg E, Wallace S, O’Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2020 May;95(5):682–5.
29. Staalduinen D, Bekerom P, Groeneveld S, et al. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2022 Mar;22(1):270–270.
30. Zanotto B, Etges A, Marcolino M, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *J Healthc Manag Am Coll Healthc Exec.* 2021;66(5):340–65
31. Souza R. O mercado de Saúde Suplementar no Brasil. Regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde. 2014. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado - Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento] - Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
32. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [Internet]. Brasília: MS; 2020. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf.
33. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2019 [acesso em 10 jul 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf.
34. Fundação Oswaldo Cruz, Organização Pan-Americana da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. v. 1. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
35. Instituto Coalizão Saúde. Jornada da adoção de cuidados em saúde baseados em valor no Brasil: aprendizagens, casos de sucesso e caminhos para o futuro. Rio de Janeiro: DOC; 2021.
36. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade* 2017; 26(3):676-689.
37. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [homepage na internet]. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária Brasília [acesso em 10 jul 2022]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.sau.gov.br/portal/>.
38. Silva N, Sancho L, Figueiredo W. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(3):848-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>.

39. Gádia L. Linhas de cuidado de atenção integral à saúde, dispositivo de gestão no sistema único de saúde: revisão narrativa. Trabalho de conclusão de curso [Graduação em Enfermagem] - Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2883>.
40. Ferreira, L, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*. 2019; 43(120):223-239.
41. Donaduzzi D, Fettermann F, Colomé J, Beck C. Permanent health education as a device for the transformation of health practices in basic care. *RSD*. 2021 Apr.30;10(5):e12010514648.
42. Rocha B, Guerra D, Maia L, et al. Trabalho da equipe multiprofissional na atenção primária à saúde. *Propostas, Recursos e Resultados nas Ciências da Saúde*. 2020; 5:161-166. <https://doi:10.22533/at.ed.31220240619>.
43. Machado M, et al. Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde em Debate*. 2021 Dez; 45(131):987-997. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113104>.
44. Kashiwakura H, et al. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. 26(Supl 2):3397-3408. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.37112019>.
45. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Apr; 25(4): 1181-1188.
46. Ugá M. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 17(12):3437-3445. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200028>.
47. Gentry S, Badrinath P. Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems. *Cureus*. 2017 Mar 6;9(3):e1079. doi: 10.7759/cureus.1079.
48. Gray J. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. *BMJ*. 2006 Oct 7;333(7571):760. PMID: PMC1592405. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1592405/>

Tabela Suplementar 1 – Descrição dos artigos incluídos na revisão

Autores	Ano	Título	Periódico	País	Estrutura/metodologia	Cenário	Descrição da iniciativa	Principais elementos	Principais conclusões
Abicalaffe C , Schafer J.	2020	Opportunities and challenges of value-based health care: How Brazil can learn from U.S. Experience	Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy	Brasil	Opinião. Artigo de opinião sobre transição para VBHC no Brasil	Implementações iniciais de VBHC no sistema de saúde suplementar brasileiro	-	Engajamento de partes interessadas influentes (ex: governo) para apoiar e promover VBHC; envolvimento de um terceiro para ajudar a medir valor e qualidade da assistência entre pagadores e prestadores; coleta e integração de dados (custos e resultados); envolvimento e empoderamento de pacientes	Prestação de cuidados com boa relação custo-benefício; benefício para os pacientes
Bhadelia A	2020	Comprehensive value-based cancer care in India: Opportunities for systems strengthening	Indian Journal of Medical Research	India	Teórico. Artigo propõe abordagem de VBHC para o sistema de saúde indiano, focando no tratamento de mulheres com câncer	Crescente investimento em cuidados de câncer no sistema de saúde indiano	-	Centralidade no paciente e maior participação social; Personalização do cuidado mensurada por medidas reportadas pelos pacientes; Sistema nacional e integrado de navegação do paciente que acompanha a linha de cuidado; Base de dados para dados de custos e qualidade de vida; soluções tecnológicas para atividades administrativas (ex: telemedicina)	Implementação de VBHC para cancer pode servir como piloto para o resto do sistema de saúde da Índia
Burnhope E, Waring M, Guilder A, et al.	2022	A systematic approach towards implementing value-based health care in heart failure: Understandings from retrospective analysis methods in South London	Health Services Management Research	Reino Unido	Empírico. Artigo descrevendo elaboração de sistema de informação proposto para modelos de VBHC	Dados de pacientes com insuficiência cardíaca obtidos de sistemas de hospitais	Desenvolvimento de base de dados para coletar dados e desfechos de pacientes e integração com diversas fontes e sistemas	Coleta e mensuração de desfechos valorizados por pacientes	Uso mais efetivo de sistemas de informação para mensuração de desfechos e avaliação de custos; maior foco em desfechos de pacientes para tomada de decisões financeiras

Busari J, Duits A	2015	The strategic role of competency based medical education in health care reform: a case report from a small scale, resource limited, Caribbean setting	BMC Research Notes	Curaçau	Empírico. Estudo para identificar os requisitos necessários para atingir um sistema de saúde baseado em valor em uma ilha caribenha	Principal Hospital Geral utilizado como plataforma para implementação de reformas no sistema de saúde da ilha	Desenvolvimento de recomendações para reformas na educação médica	Garantir competências e qualidade de educação dos profissionais de saúde; utilização de protocolos/linhas de cuidado; prontuários médicos padronizados e registrados fidedignamente	Reformas na educação médica podem ser facilitadoras na transformação de sistemas de saúde
Hurh J, Ko Y, Lee S	2017	Value-based healthcare: Prerequisites and suggestions for full-fledged implementation in the Republic of Korea	Journal of the Korean Medical Association	Coreia do Sul	Opinião. Artigo de opinião com sugestões para a implementação de VBHC na Coreia do Sul	Introdução gradual de elementos de VBHC no sistema de saúde da Coreia durante os últimos anos	-	Normalização de taxas de pagamento para prestadores; Desenvolvimento e disseminação de linhas de cuidado; implementação de projetos pilotos no setor de dispositivos médicos envolvendo esquemas de compartilhamento de risco; implementação de registros para guiar decisões baseadas em dados; implementação de pagamentos por pacote para linhas de cuidado validadas	Transformação no sistema de remuneração para incentivar prestadores de saúde a oferecer cuidados com qualidade e atingir desfechos com redução de custos; estabelecimento de um sistema integrado de saúde viabilizado por tecnologias de informação e comunicação
Nilsson K, Bååthe F, Andersson A, et al.	2017	Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study	BMC Health Services Research	Suécia	Empírico. Entrevistas com profissionais envolvidos em projetos pilotos de VBHC	Projetos implementados em um Hospital universitário sueco. Disseminação de VBHC entre organizações de saúde na Suécia	Quatro projetos pilotos em diferentes grupos de pacientes implementando VBHC com o apoio de consultores externos	Mapeamento de grupos de pacientes, definição dos desfechos mensurados e do processo de mensuração, coleta e análise de dados, desenvolvimento e implementação de iniciativas de melhorias	Valor para pacientes foi o motivador para a implementação do VBHC. A coordenação, cooperação e colaboração inter-departamentais foi crítica para a implementação. A perspectiva dos pacientes é chave para aumentar o engajamento de médicos e prestadores de serviços de saúde

Ramos P, Savage C, Thor J, et al.	2021	It takes two to dance the VBHC tango: A multiple case study of the adoption of value-based strategies in Sweden and Brazil	Social Science & Medicine	Suécia, Brasil	Empírico. Estudo de caso comparativo sobre iniciativas de implementação de VBHC no Brasil e Suécia	Suécia: Hospital universitário público com desfragmentação do cuidado e ausência de mensuração de desfechos Brasil: Hospital privado sem fins lucrativos (Albert Einstein) enfrentando despesas de saúde crescentes	Suécia: Reestruturação do modelo organizacional centrado na perspectiva dos pacientes, focando em mensuração de desfechos e incluindo medidas relacionadas por pacientes Brasil: Novo modelo de financiamento (pagamento por pacotes para condições específicas). Minimização de custos, estratégias de promoção e prevenção de saúde	A implementação de VBHC nos dois contextos apresentou os seguintes padrões: Adaptação do modelo de VBHC para enquadrar-se ao contexto de cada sistema de saúde, tensões com os modelos de negócio tradicionais, necessidade de um alinhamento contínuo entre diversas partes interessadas	Uma implementação efetiva parece requerer uma abordagem sistemática e sistêmica, onde todas as partes interessadas devem definir o propósito e escopo da implementação
Ray J, Kusumoto F	2016	The transition to value-based care	Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology	Estados Unidos da América	Opinião. Artigo de opinião sobre os desafios da transição para VBHC nos EUA	Transição para um sistema de saúde baseado em valor vem sendo incentivado pelo governo dos EUA	-	Interconexão de bases de dados de saúde, integração da assistência entre diferentes unidades e prestadores de saúde, mensuração de qualidade em níveis populacionais e individuais, definição e padronização de custos e desfechos mensurados, cultivação de práticas custo-conscientes	Liderança do processo de mudança por prestadores de serviços de saúde, com o compromisso com o melhor cuidado ao paciente

Steinmann G, Delnoij D, Bovenkamp H, et al.	2021	Expert consensus on moving towards a value-based healthcare system in the Netherlands: a Delphi study	BMJ Open	Holanda	Teórico. Consenso de especialistas holandeses sobre a importância de conceitos e práticas para a implementação de VBHC	Sistema de saúde holandês possui aspectos de VBHC implementados: competição regulada, utilização de dados de desfechos	-	Envolver pacientes na tomada de decisões compartilhada, padronizar medidas de performance para ciclos de cuidado integral para condições médicas, organização do cuidado centrado no ciclo de tratamento, ao invés de procedimentos individuais, utilizar desfechos relatados por pacientes para avaliar a prestação de cuidados	Os conceitos e práticas priorizados pelos especialistas contrastam consideravelmente com a literatura original, questionando se o conceito de VBHC está realmente sendo implementado ou se serve apenas como uma inspiração
Teisberg E, Wallace S, O'Hara S	2020	Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework	Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges	Estados Unidos	Teórico. Artigo propõe modelo para implementação de VBHC com base na experiência de organizações de saúde	Não descrito	-	Entendimento das necessidades compartilhadas dos pacientes, desenvolver uma solução para aprimorar desfechos de saúde, integrar equipes de aprendizagem para conduzir melhorias contínuas, mensuração de desfechos de saúde e custos, expandir parcerias	O modelo apresentado foi baseado na experiência de organizações que demonstraram melhores desfechos de saúde para pacientes a, geralmente, menores custos

Staalduinen DJ, Bekerom P, Groeneveld S, et al.	2022	The implementation of value-based healthcare: a scoping review.	BMC Health Services Research	Diversos	Teórico. Revisão de escopo sobre como VBHC é conceituado e implementado analisando diversas referências da literatura	-	-	Principais componentes de VBHC: mensurar custos e desfechos, implementação de linhas de cuidado. Principais estratégias de implementação: Educação de profissionais de saúde e pacientes, criação de equipes multidisciplinares, utilização de pilotos na primeira fase de implementação.	Revisão identificou diferenças na conceituação de VBHC com grande variabilidade; fragmentação da implementação de VBHC, não sendo adotado como uma estratégia integrativa; escassez na literatura sobre a avaliação da implementação de VBHC
Zanotto B, Etges A, Marcolino M, et al.	2021	Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review	Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives	Diversos	Teórico. Revisão sistemática da literatura sobre desfechos utilizados na implementação de VBHC	-	-	Importância do investimento de tecnologia da informação para a implementação de VBHC, desenvolvimento de registros eletrônicos de saúde desencarecem a mensuração de desfechos	Revisão identificou que há uma lacuna na mensuração de desfechos que importam para pacientes e mensuração de custos com um rigor metodológico. Principais barreiras para a reprodução de VBHC são capacidade tecnológica e cultura de mudança na gestão