

## **Alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde: uma revisão integrativa**

### **Performance-Based Resource Allocation in Health Systems: An Integrative Review**

**Daisy Kimii Kanomata**, Pós-Graduação em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID: 0009-0004-1386-0226.

**Áquilas Mendes**, Prof. Dr. Livre-Docente de Economia Política da Saúde da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-5632-4333.

#### **Resumo**

A forma de alocação de recursos nos sistemas de saúde tem sido amplamente discutida na atualidade, sobretudo diante da crescente preocupação com o aumento dos gastos na área da saúde observado em diversos países. Estudos apontam que, nos últimos anos, a taxa média de crescimento desses gastos tem superado o ritmo da economia global. É importante destacar que a alocação de recursos deve considerar uma série de variáveis, tendo em vista que as populações apresentam diferentes necessidades de saúde e estão inseridas em contextos socioeconômicos e epidemiológicos diversos. A literatura científica tem demonstrado que metodologias que combinam múltiplos indicadores como dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e geográficos se mostram mais eficientes como parâmetros orientadores da alocação de recursos. Contudo, observa-se, no Brasil uma tendência crescente de adoção de modelos baseados no desempenho, influenciados por princípios do gerencialismo, os quais têm se distanciado de abordagens centradas nas necessidades de saúde da população.

O objetivo deste trabalho é analisar a alocação de recursos em saúde por desempenho em sistemas de saúde, por meio de uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional, buscando ampliar o conhecimento sobre essa temática. A pesquisa foi conduzida com base em uma revisão integrativa da literatura junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como **“O que a literatura científica apresenta sobre a alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde?”**. Após a aplicação dos critérios de seleção, foram identificadas 173 publicações, das quais 08 artigos foram incluídos para revisão. A análise dos artigos selecionados foi estruturada em três eixos: (1) abordagem sobre alocação de recursos; (2) abordagem sobre alocação de recursos por desempenho;

e (3) abordagem sobre a relação entre a alocação de recursos por desempenho e os sistemas de saúde. Os resultados indicam que a alocação por desempenho é amplamente discutida como um mecanismo de incentivo à eficiência, à qualidade dos serviços e ao controle de gastos. Conclui-se que, embora a alocação de recursos por desempenho represente uma estratégia promissora, sua implementação requer cuidados técnicos e políticos para que seus objetivos sejam alcançados de maneira equitativa e sustentável.

**Descritores:** Alocação de recursos para atenção à Saúde, desempenho profissional, eficiência, sistemas de saúde.

### **Abstract**

The allocation of resources in health systems has been widely discussed in recent years, especially in light of growing concerns over increasing healthcare expenditures observed in several countries<sup>1</sup>. Studies indicate that, in recent years, the average growth rate of health spending has outpaced that of the global economy<sup>2</sup>. It is important to emphasize that resource allocation must take into account a variety of factors, given that populations have different health needs and are situated in diverse socioeconomic and epidemiological contexts. Scientific literature has shown that methodologies combining multiple indicators such as demographic, epidemiological, socioeconomic, and geographic data are more effective as guiding parameters for resource allocation<sup>3</sup>. However, in Brazil, there is a growing trend toward adopting performance-based models influenced by managerialism principles, which have been moving away from approaches centered on population health needs. The aim of this study is to analyze performance-based health resource allocation in health systems through an integrative review of national and international literature, seeking to broaden understanding of this topic. The research was conducted based on an integrative literature review using the Virtual Health Library (VHL), guided by the question: “What does the scientific literature reveal about performance-based resource allocation in health systems?” After applying selection criteria, 173 publications were identified, of which 08 articles were included for review. The analysis of the selected articles was structured around three axes: (1) approaches to resource allocation; (2) approaches to performance-based resource allocation; and (3) approaches to the relationship between performance-based resource allocation and health systems.

The results indicate that performance-based allocation is widely discussed as a mechanism for promoting efficiency, service quality, and cost control. It is concluded that

although performance-based resource allocation represents a promising strategy, its implementation requires technical and political caution to ensure its goals are achieved equitably and sustainably.

**Keywords:** Health care resource allocation, professional performance, efficiency, health systems.

## **Introdução**

A forma de alocação de recursos nos sistemas de saúde tem sido objeto de amplas discussões na atualidade, principalmente devido à crescente preocupação com os dispêndios em saúde enfrentados por diversos países<sup>1</sup>. Estudos indicam que, nos últimos anos, a taxa média de crescimento dos gastos em saúde tem superado a da economia mundial<sup>2</sup>.

É possível observar na literatura um número expressivo de estudos que procuram identificar a metodologia mais eficaz para alocar recursos de forma equitativa em sistemas de saúde. No entanto, deve-se considerar que há uma escassez de recursos financeiros, humanos e materiais, tornando essa análise ainda mais complexa. Dentro desse escopo de análise, é importante observar que existem diversas variáveis a serem consideradas, tendo em vista que a população de cada país possui diferentes necessidades de saúde, e estão inseridas em diferentes contextos socioeconômicos e epidemiológicos. A literatura também tem demonstrado que metodologias que envolvem a combinação de diferentes indicadores, como dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e geográficos, apresentam alta eficiência como parâmetro norteador de alocação de recursos<sup>3</sup>. Além disso, é preciso considerar a eficácia dos gastos. Por este motivo a incorporação de métodos de avaliação econômica, como por exemplo a análise de custo-efetividade, tem se tornado uma ferramenta útil para garantir que os recursos sejam utilizados da melhor maneira possível, promovendo não só equidade, mas também eficiência no sistema de saúde<sup>4</sup>.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o Brasil desenvolveu uma série de normas e ferramentas para garantir a sua efetiva implementação. Um passo importante nesse caminho foi a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que consolidou a descentralização como uma diretriz estratégica. Com ela, as responsabilidades administrativas, financeiras e de gestão passaram a ser transferidas para estados e municípios. Além disso, a NOB 96 estabeleceu regras para que os recursos do

Fundo Nacional de Saúde fossem repassados automaticamente aos fundos estaduais e municipais, o que impulsionou a municipalização dos serviços de saúde e fortaleceu a gestão compartilhada entre os governos federal, estadual e municipal <sup>11</sup>.

A partir dos anos 2000, o debate internacional em saúde passou a dar mais destaque a abordagens focadas na eficiência e na equidade dos sistemas de saúde. Um marco desse movimento foi o Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2000, que avaliou os sistemas de saúde de 191 países e revelou desigualdades significativas. O relatório recomendou que os governos adotassem indicadores e estratégias voltadas à melhoria do desempenho, do acesso e da equidade nos serviços. Esse documento teve grande impacto, incentivando muitos países a desenvolverem modelos de avaliação e planejamento baseados em evidências e dados concretos<sup>6</sup>.

No Brasil, foi lançado, em 2001, o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), coordenado pela Fiocruz. O projeto tem como objetivo monitorar e avaliar o desempenho do SUS com base em indicadores estruturados em dimensões como acesso, efetividade, eficiência e equidade. O PROADESS tem sido uma ferramenta valiosa para gestores e pesquisadores compreenderem os avanços e desafios do sistema de saúde brasileiro<sup>12</sup>.

Em 2012, foi lançado o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), uma ferramenta criada em 2012 pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o objetivo de avaliar a qualidade e o acesso aos serviços do SUS em níveis nacional, estadual e municipal. O IDSUS utilizava 24 indicadores para mensurar o desempenho dos municípios e estados brasileiros na prestação de serviços de saúde, considerando três dimensões: acesso, efetividade e cobertura. O professor Leonardo Carnut, em sua tese de doutorado defendida na Universidade de São Paulo, argumenta que o IDSUS, embora tecnicamente estruturado, reflete uma lógica gerencialista que tende a desconsiderar as complexidades sociais e políticas do SUS. O autor afirma que o índice pode acabar padronizando e comparando realidades desiguais, o que pode ocultar desigualdades estruturais e influenciar decisões públicas com base em critérios simplificados e quantitativos<sup>13</sup>.

Nos países de alta nível de renda, a alocação de recursos geralmente é orientada por análises de custo-efetividade, sendo o uso de métricas como os anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs) uma prática comum para priorizar intervenções<sup>5</sup>. Contudo, mesmo nesses contextos, surgem desafios relacionados ao envelhecimento populacional e ao financiamento de tecnologias de alto custo. Em contraposição esse cenário de maior

disponibilidade de recursos, em países de baixa e média renda, como na África Subsaariana e na América Latina, incluindo o Brasil, questões estruturais como desigualdade regional, insuficiência de financiamento e a dupla carga de doenças infecciosas e crônicas predominam, tornando a gestão de alocação de recursos um desafio maior e mais delicado<sup>6 7</sup>.

No Brasil, a alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta processos dificultadores como os de desfinanciamento e descentralização do sistema público. Estudos demonstram que no modelo atual, há concentração na distribuição de recursos federais para as regiões mais ricas, enquanto as regiões mais remotas e com infraestruturas menores recebem menor aporte financeiro<sup>8</sup>. Isso se deve ao fato de o modelo atual preconizar critérios de alocação focados em produtividade, a necessidade de adesão por parte das esferas estaduais e municipais a programas do Governo Federal, e cumprimento de metas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de suas estatísticas e diretrizes, reforça a necessidade de alocar recursos com base em determinantes sociais da saúde, necessidades populacionais e parâmetros epidemiológicos<sup>7</sup>. Nesse sentido, é fundamental que os modelos adotados para a alocação de recursos considerem as especificidades locais, os indicadores de saúde e as ferramentas de planejamento estratégico.

Além disso, nota-se uma crescente adoção do modelo de gerencialismo na administração pública, incluindo o setor de saúde. Esse modelo se apoia na incorporação de práticas e princípios da gestão privada ao serviço público, com foco na eficiência, no controle, no cumprimento de metas e na avaliação de resultados<sup>10</sup>. O gerencialismo se reflete na criação de novos instrumentos de avaliação e monitoramento das políticas públicas, no uso intensivo de indicadores para o planejamento das ações e na organização dos serviços com foco no desempenho técnico e eficiência operacional.

O desempenho é um dos aspectos do gerencialismo que mais vem sendo empregado nos modelos de gestão em todo mundo. No atual contexto histórico da globalização, o Estado tem se tornado cada vez mais regulador, descentralizador, pressionando as instituições públicas por ele geridas a delegarem suas tomadas de decisão a respeito de políticas e programas de saúde. Como consequência, essas instituições são orientadas a executar ações pertinentes apenas nas áreas de atuação as quais sejam indelegáveis por força de lei, como as de vigilância epidemiológica e sanitária. O instrumento geral criado pelo Estado para regular as ações desenvolvidas por particulares, com ou sem finalidade lucrativa, passa a ser as agências reguladoras<sup>13</sup>.

Esse modelo de gestão também está relacionado ao papel das agências reguladoras, como a Anvisa e a ANS, e à proliferação de parcerias com entidades privadas e organizações sociais para a prestação de serviços públicos de saúde. Embora o gerencialismo tenha trazido avanços em termos de transparência e monitoramento, ele também levanta preocupações quanto à simplificação das realidades locais e à padronização excessiva da gestão do SUS, desconsiderando seu caráter inclusivo e territorializado.

Neste processo de aumento da atuação do Estado como regulador do sistema de saúde tem se notado um aumento de parcerias sob formatos variados com instituições externas à administração pública tais como as Organizações Sociais e empresas privadas para prestação de ação e serviços em saúde gerando uma terceirização do papel do estado nestas atividades.

Ao se considerar o crescimento da utilização de alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde, entende-se ser importante realizar uma revisão integrativa da literatura internacional e nacional para ampliar o conhecimento desta temática.

O objetivo da revisão integrativa foi identificar, sintetizar e analisar os principais achados da literatura científica sobre a alocação de recursos por desempenho, com foco nos sistemas de saúde.

## **Metodologia**

O presente estudo parte da seguinte pergunta de pesquisa “O que a literatura científica apresenta sobre a **alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde?** ”. Foi realizada uma revisão integrativa sistematizada.

As palavras-chave utilizadas foram: alocação de recursos (allocation of resources), desempenho (performance) e sistemas de saúde (health systems). As buscas foram refinadas para garantir que os artigos selecionados abordassem diretamente o tema central da revisão.

A busca estruturada na base de dados de descritores (DeCS) relacionados a cada item-chave foi realizada, testando-os no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados os termos chaves com o primeiro mapeamento de publicações encontradas para cada termo na BVS conforme detalhado no quadro 1.

### Quadro 1 – Síntese dos termos chaves e do mapeamento da quantidade de publicações encontradas por termo

#### PALAVRA CHAVE

Alocação de recursos	Resultado
"Alocação de Recursos"	10.436
"alocação de recursos para a atenção à saúde"	12.879
"Equidade na Alocação de Recursos"	299
"Financiamento da assistência a saúde"	6.117
" Gastos Públicos com Saúde"	40
"Financiamento dos sistemas de Saúde"	44
"Gastos em Saúde"	28.480

Desempenho	Resultado
"Desempenho Profissional"	1.720
"Avaliação de Desempenho Profissional"	5.760
"Eficiência"	17.119
"Benchmarking"	19.504
"Análise Custo-Eficiência"	903
"Eficiência Organizacional"	24.155
"Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde"	19.711

Sistemas de saúde	Resultado
"Sistemas Públicos de Saúde"	84
"Sistemas de Saúde"	7.910
"Sistemas Nacionais de Saúde"	641
"Políticas de Saúde"	102.130
"Serviços de Saúde"	45.101

A etapa seguinte consistiu em realizar testes exploratórios com os descritores, avaliando os descritores combinados. Foi elaborada a sintaxe de pesquisa aplicada no mês dezembro de 2024.

#### DEC'S

Alocação de recursos	I.D
"Alocação de Recursos"	D040841
"Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde"	D015276
"Equidade na Alocação de Recursos"	DDCS033968
"Financiamento da assistência a saúde"	D061889
" Gastos Públicos com Saúde"	DDCS058002
"Financiamento dos sistemas de Saúde"	DDCS057993
"Gastos em Saúde"	D005102

Desempenho	I.D
"Desempenho Profissional"	D000066477
"Avaliação de Desempenho Profissional"	D004650
"Eficiência"	D004526
"Benchmarking"	D019985
"Análise Custo-Eficiência"	DDCS016645
"Eficiência Organizacional"	D017598
"Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde"	D019984

Sistemas de saúde	I.D
"Sistemas Públicos de Saúde"	DDCS058021
"Sistemas de Saúde"	DDCS020208
"Sistemas Nacionais de Saúde"	DDCS051280
"Políticas de Saúde"	D006291
"Serviços de Saúde"	D006296

A etapa seguinte consistiu em realizar testes exploratórios com os descritores, avaliando os descritores combinados. Foi elaborada a sintaxe de pesquisa aplicada no mês dezembro de 2024. Na 'busca avançada' aplicou-se os operadores booleanos "OR" e "AND" da seguinte forma:

Alocação de recursos	Resultado
(mh:("Alocação de Recursos")) OR (mh:("Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde")) OR (mh:("Equidade na Alocação de Recursos")) OR (mh:("Financiamento da assistência a saúde")) OR (mh:(" Gastos Públicos com Saúde")) OR (mh:("Financiamento dos sistemas de Saúde")) OR (mh:("Gastos em Saúde"))	43.901

Sistemas de saúde	Resultado
(mh:"Sistemas Públicos de Saúde") OR (mh:"Sistemas de Saúde") OR (mh:"Sistemas Nacionais de Saúde") OR (mh:"Políticas de Saúde") OR (mh:"Serviços de Saúde")	153.222

Desempenho	Resultado
(mh:"Desempenho Profissional") OR (mh:"Avaliação de Desempenho Profissional") OR (mh:"Eficiência") OR (mh:"Benchmarking") OR (mh:"Análise Custo-Eficiência") OR (mh:"Eficiência Organizacional") OR (mh:"Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde")	82.045

Ao final, alcançou-se a seguinte sintaxe geral, elaborada em 21/12/2024.

```
(mh:(mh:("Alocação de Recursos")) OR (mh:("Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde"))
OR (mh:("Equidade na Alocação de Recursos")) OR (mh:("Financiamento da assistência a
saúde")) OR (mh:(" Gastos Públicos com Saúde")) OR (mh:("Financiamento dos sistemas de
Saúde")) OR (mh:("Gastos em Saúde")) ) AND (mh:(mh:("Desempenho Profissional")) OR
(mh:("Avaliação de Desempenho Profissional")) OR (mh:("Eficiência")) OR
(mh:("Benchmarking")) OR (mh:("Análise Custo-Eficiência")) OR (mh:("Eficiência
Organizacional")) OR (mh:("Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde")) ) AND
(mh:(mh:("Sistemas Públicos de Saúde")) OR (mh:("Sistemas de Saúde")) OR (mh:("Sistemas
Nacionais de Saúde")) OR (mh:("Políticas de Saúde")) OR (mh:("Serviços de Saúde"))
))
AND instance:"regional"
```

A partir da sintaxe obteve-se 173 publicações na base de dados BVS consultada em 21/12/2024.

Para garantir que a revisão fosse eficaz e direcionada, foram estabelecidos critérios claros de inclusão e exclusão:

•**Critérios de Inclusão:** Estudos publicados em inglês, português ou espanhol que abordassem a alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde foram considerados. Os estudos deveriam tratar de intervenções em saúde, gestão de recursos, políticas de saúde baseadas em desempenho, avaliação de programas e eficiência na prestação dos serviços de saúde.

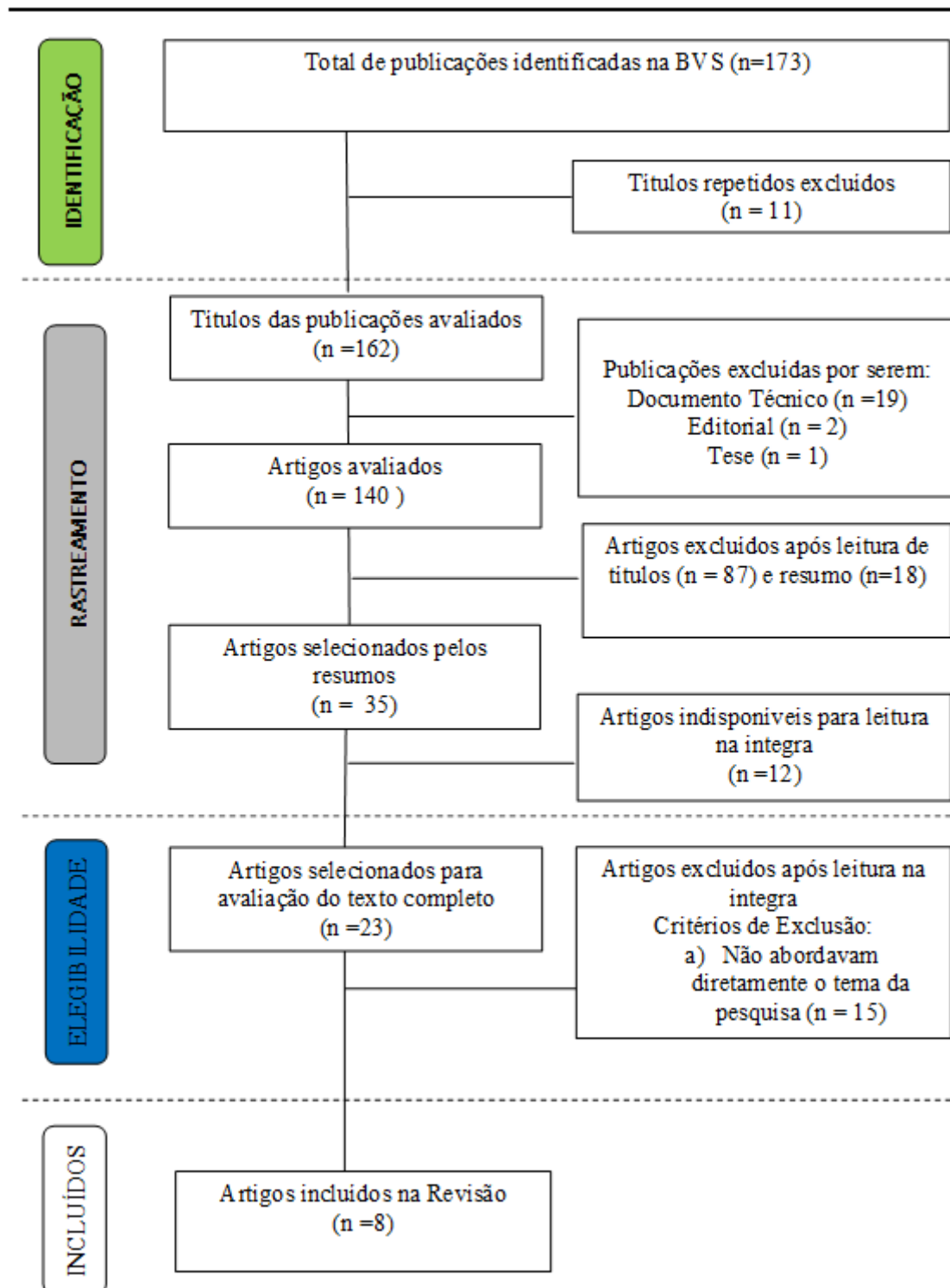
•**Critérios de Exclusão:** Foram excluídos estudos que não abordavam diretamente o tema da alocação de recursos por desempenho ou que estivessem fora do escopo do contexto da saúde, como aqueles voltados a outros setores ou áreas não relacionadas à saúde pública. Também foram excluídos estudos que não tratavam de sistemas de saúde voltados ao pagamento por desempenho.

A etapa seguinte consistiu no processo de seleção das publicações encontradas. Inicialmente, do total de 173 publicações. Destas, 11 foram excluídas por apresentarem títulos repetidos. Das 162 restantes, 22 foram descartadas por se tratarem de materiais bibliográficos distintos de artigos científicos. Na etapa seguinte, 87 publicações foram

excluídas após a leitura dos títulos, por não atenderem aos critérios de inclusão. Das 53 remanescentes, 18 foram eliminadas após a leitura dos resumos, por não se adequarem aos objetivos da revisão. Assim, 35 artigos foram selecionados com base nos resumos, no entanto, 12 deles foram excluídos por estarem indisponíveis para leitura completa. Ao final, 23 artigos foram submetidos à leitura integral, dos quais 8 foram incluídos na revisão final.

O processo de identificação até a inclusão das publicações está representado no fluxograma Prisma, apresentado na Figura 1.

Identificação de estudos por meio de banco de dados e registros



## **Resultados**

A alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde é um tema de crescente relevância, especialmente em um contexto global onde a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde são cada vez mais exigidas. A presente revisão integrativa busca explorar as nuances dessa alocação, considerando não apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, mas também experiências internacionais que oferecem lições valiosas.

Os 08 artigos selecionados para esta revisão abordam diferentes aspectos da alocação de recursos, desde a análise de custo-efetividade até a implementação de sistemas de pagamento por desempenho. Cada estudo contribui com uma perspectiva única, permitindo uma compreensão mais abrangente dos fatores que influenciam a alocação de recursos e as políticas públicas associadas.

Os principais resultados encontrados nos artigos selecionados por esta revisão se encontram descritos no quadro síntese a seguir. Para tanto, as informações foram organizadas seguindo três dimensões de análise: (1) Abordagem sobre alocação de recursos, (2) Abordagem sobre alocação de recursos por desempenho e (3) Abordagem sobre a relação entre alocação de recursos por desempenho e os sistemas de saúde.

Através da discussão dos artigos, buscamos não apenas entender as dinâmicas atuais da alocação de recursos, mas também identificar lacunas e oportunidades para futuras pesquisas e intervenções.

**Quadro 3 - Artigos incluídos na revisão: autores, objetivos, método dos estudos e como esses estudos abordam a alocação de recursos por desempenho em sistemas de Saúde. Julho, 2025**

Base	Título	Autor	Objetivo	Método de estudo	Abordagem sobre Alocação de Recursos	Abordagem sobre Alocação de Recursos por desempenho	Abordagem sobre a relação entre a alocação de recursos por desempenho e os sistemas de saúde
BVS	"Cost effectiveness analysis in health care: contraindications"	Donaldson et. Al <sup>15</sup>	Revisitar os princípios econômicos básicos da avaliação de custo-efetividade e argumentar que a prática atual, focada em razões incrementais de custo-efetividade, gera contraindicações e pode conduzir a decisões ineficientes em saúde.	Ensaio teórico e análise conceitual: revisão crítica da literatura, ilustração com exemplos e revisão de 132 artigos na MEDLINE que utilizavam “cost effectiveness” ou “cost effectiveness analysis”.	Afirma que as análises de custo-efetividade são frequentemente usadas de forma inadequada para justificar a alocação de mais recursos para intervenções, sem considerar custos de oportunidade; recomenda maior atenção aos conceitos de eficiência alocativa e oportunidade.	Critica a utilização automática de razões incrementais de custo-efetividade como base para decisões, sem avaliar se a alocação de mais recursos para uma intervenção é a melhor opção em termos de eficiência alocativa.	Destaca que, em sistemas de saúde com orçamento limitado, como Reino Unido e Canadá, a adoção de intervenções baseadas apenas em custo-efetividade pode gerar decisões ineficientes; propõe a revisão das diretrizes de avaliação econômica para incorporar conceitos claros de eficiência.

BVS	Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured review of the literature	Feldhaus et. Al <sup>16</sup>	Revisar e sintetizar as evidências sobre como sistemas mistos de pagamento de provedores, alinhados de forma intencional, afetam o controle do crescimento dos gastos com saúde, a eficiência e a equidade no acesso aos serviços, com foco especial na gestão de cuidados coordenados e/ou integrados.	Revisão estruturada da literatura: busca sistemática em bases como PubMed, WHO, Banco Mundial e OCDE, resultando na inclusão de 37 estudos que analisaram efeitos de sistemas mistos de pagamento e mecanismos de compartilhamento de custos sobre gasto, eficiência e equidade.	Aponta que a maioria dos países usa sistemas mistos de pagamento, combinando métodos como salário, pagamento por serviço, capitação e pagamento por desempenho, cada um com incentivos distintos; destaca a necessidade de alinhamento intencional desses métodos para otimizar o comportamento dos provedores e alcançar eficiência, equidade e contenção de gastos.	Analisa modelos de pagamento que adicionam incentivos por desempenho (Pay-for-Performance - PFP), destacando que a combinação de PFP com outros métodos pode melhorar a eficiência e gerar economias, reduzindo admissões hospitalares e readmissões; também aborda ganhos de eficiência com modelos de pagamento agrupado e recompensas por contenção de custos.	Destaca que sistemas de saúde com pagamentos mistos alinhados favorecem o avanço rumo à cobertura universal de saúde (UHC), melhorando eficiência e equidade; destaca que o desenho dos sistemas de pagamento influencia fortemente os resultados de eficiência, qualidade e equidade, e que experiências bem-sucedidas dependem do contexto institucional e da capacidade de coordenação entre provedores e pagadores.
-----	--	-------------------------------	---	--	---	---	---

BVS	The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of health care: implications for the health policies of developing and developed countries	Hyoung-Sun et. Al <sup>17</sup>	Esclarecer a associação global entre fatores sistêmicos e a consecução de objetivos de políticas de saúde, mediante análises econômicas de dados comparativos entre países, focando a eficiência macroeconômica.	Estudo quantitativo comparativo: análise estatística multivariada de dados transversais de 24 países da OCDE (1990), utilizando regressão múltipla para investigar a influência de fatores sistêmicos sobre a eficiência macroeconômica.	Demonstra que maior envolvimento do setor público (medido por variáveis como taxa de cobertura, razão público/total de gasto e compartilhamento de custos) está associado a maior eficiência macroeconômica, promovendo contenção de custos e acesso equitativo aos serviços de saúde.	Discute como mecanismos de financiamento público, ampliação de cobertura e políticas de proteção social impactam a eficiência econômica e o controle de gastos — aspectos que podem ser relacionados ao desempenho sistêmico.	Destaca que sistemas de saúde com forte participação pública e ampla cobertura social apresentam melhor desempenho macroeconômico, sugerindo que tais arranjos são mais eficientes na contenção de gastos, com importantes implicações para políticas de países desenvolvidos e em desenvolvimento.
-----	---	---------------------------------	--	--	--	---	---

BVS	Pay for Performance in Medicare: Evidentiary Irony and the Politics of Value	Sandra J. Tanenbaum <sup>18</sup>	Analisar a adoção e expansão do modelo Pay for Performance (P4P) no Medicare, avaliando sua popularidade política apesar da ausência de evidências robustas sobre sua efetividade.	Estudo qualitativo e análise crítica: revisão histórica, documental e discursiva sobre o desenvolvimento do P4P no Medicare, incluindo análise de políticas, literatura especializada e discurso político.	Argumenta que o P4P permite reformular problemas de custo e qualidade como questões de valor, criando uma base política para alocar recursos vinculados a indicadores de desempenho, apesar de evidências limitadas sobre sua eficácia.	Examina como o P4P passou a ser considerado um instrumento de política de pagamento baseado em desempenho, ainda que sua adoção não tenha sido guiada por evidências robustas; destaca que a remuneração por desempenho se tornou uma exigência política e simbólica mais do que técnica.	Destaca que o P4P no Medicare ilustra a tendência dos sistemas de saúde a adotarem mecanismos de alocação de recursos baseados em desempenho como resposta política aos problemas de custo e qualidade, mesmo na ausência de evidência empírica sólida, moldando a relação entre financiamento e governança do sistema de saúde nos EUA.
-----	--	-----------------------------------	--	--	---	---	--

BVS	The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands	Van den Berg et al. <sup>19</sup>	Refletir sobre o desenvolvimento e os aprendizados após sete anos de monitoramento do desempenho do sistema de saúde holandês, por meio do Dutch Health Care Performance Report (DHCPR).	Estudo descritivo e reflexivo baseado na análise documental das três edições do DHCPR e sua aplicação no ciclo de políticas públicas, combinando revisão conceitual e análise de indicadores	Demonstra que a mensuração sistemática de indicadores sobre qualidade, acesso e custos possibilita informar decisões políticas, melhorar a alocação de recursos e promover eficiência no sistema de saúde.	Aponta que a incorporação de indicadores de desempenho no DHCPR favorece a responsabilização e a definição de prioridades estratégicas, promovendo a alocação de recursos orientada por evidências e metas de desempenho.	Destaca que a experiência holandesa evidencia como sistemas de saúde podem utilizar avaliações periódicas de desempenho para ajustar políticas e alocar recursos de forma mais eficiente, com ênfase na transparência, benchmarking internacional e participação dos pacientes na avaliação da qualidade.
BVS	Research and Reform: Toward a High-Value Health System	Michael Chernew <sup>20</sup>	Discutir o papel da pesquisa em serviços de saúde no apoio à formulação de políticas públicas, destacando sua importância para a promoção de eficiência e controle dos custos no sistema de saúde.	Ensaio analítico e editorial, baseado em revisão narrativa e análise crítica de literatura e relatórios sobre políticas de saúde e economia.	Defende que aumentar a eficiência permitirá redirecionar recursos para outros setores, com mínimo impacto negativo sobre a saúde; ressalta a necessidade de promover valor — mais saúde por dólar gasto.	Enfatiza que a pesquisa em serviços de saúde é fundamental para desenvolver iniciativas inovadoras de pagamento e melhoria da qualidade, orientando a alocação por desempenho.	Articula que a reforma do sistema de saúde deve priorizar a criação de um sistema de alto valor, com base na eficiência, sustentabilidade fiscal e impacto positivo sobre a economia e os mercados de trabalho.

BVS	Strategic costs and preferences revelation in the allocation of resources for health care	Levaggi et. Al 21	Analisar o processo de alocação de recursos no mercado interno da saúde sob assimetria de informação, demonstrando como o comportamento estratégico dos provedores pode desviar a alocação de recursos dos objetivos dos compradores.	Estudo teórico e modelagem matemática: desenvolvimento de modelo de teoria dos jogos com simulações numéricas, utilizando funções de utilidade e custos sob cenários de informação completa e assimétrica.	Evidencia que provedores podem, por meio de revelação estratégica de custos e preferências, influenciar a alocação de recursos em seu benefício, afastando-se dos objetivos do comprador; mostra como contratos e mercados internos não são instrumentos neutros na alocação.	Embora não aborde explicitamente sistemas de pagamento por desempenho, analisa como motivação intrínseca do corpo médico e descontos por volume podem ser usados estrategicamente para alterar a alocação, com efeitos análogos aos mecanismos baseados em desempenho.	Demonstra que, em sistemas com separação das funções de compra e provisão, a assimetria de informação permite ao provedor influenciar a alocação de recursos, com implicações para a eficiência e equidade. Defende que mais estudos devem focar os efeitos dos contratos e mercados internos na alocação de recursos.
-----	---	-------------------	---	--	---	--	--

BVS	Eficiência e financiamento nas ações em média e alta complexidade	Antonio Carlos de Castro <sup>22</sup>	Elucidar a relevância do financiamento do Sistema Único de Saúde sobre a eficiência das ações na média e alta complexidades nos serviços	Estudo bibliográfico, do tipo revisão integrativa da literatura.	Destaca que a insuficiência de financiamento compromete a eficiência na alocação de recursos nas ações de média e alta complexidade, ressaltando a necessidade de ampliar o financiamento e melhorar sua distribuição para reduzir desigualdades regionais.	Critica a ausência de mecanismos de alocação por desempenho no SUS e sugere a adoção de instrumentos de gestão que considerem indicadores de eficiência e qualidade para orientar a alocação de recursos.	Relaciona a insuficiência e fragmentação do financiamento com dificuldades para garantir o acesso universal e integral aos serviços de média e alta complexidade, propondo melhorias na gestão e financiamento como fundamentais para a sustentabilidade do SUS.
-----	---	--	--	--	---	---	--

A análise dos artigos selecionados permitiu identificar diferentes perspectivas, abordagens e achados relacionados ao desempenho dos sistemas de saúde, aos modelos de financiamento, à alocação de recursos e à busca por maior eficiência. Os estudos revisados, publicados entre 1994 e 2018, incluem desde fundamentos teóricos até análises empíricas e revisões sistemáticas, contemplando tanto contextos nacionais quanto internacionais.

Do ponto de vista dos idiomas, observou-se que a maioria dos artigos incluídos na revisão está redigida em língua inglesa, o que evidencia a predominância da produção científica internacional nesse idioma, sobretudo nas áreas de financiamento da saúde, avaliação de desempenho e estratégias de pagamento a prestadores. Essa característica reforça a centralidade do inglês como idioma hegemônico na comunicação científica global, o que impõe aos pesquisadores brasileiros o desafio de dominar essa língua para garantir o acesso às evidências mais relevantes e atualizadas, bem como para ampliar sua inserção acadêmica e profissional em redes internacionais de pesquisa.

### **Abordagem sobre alocação de recursos**

No que se refere ao conteúdo temático, os estudos analisados abordam de maneira recorrente a questão da alocação de recursos em saúde, com ênfase em estratégias voltadas à eficiência, ao financiamento adequado, à utilização de mecanismos de pagamento por desempenho e também a sua ineficiência.

Donaldson et. Al <sup>15</sup> destacam que a utilização acrítica de análises incrementais de custo-efetividade pode levar a decisões ineficientes, por negligenciar os custos de oportunidade e comprometer a eficiência alocativa. De modo complementar, Levaggi et. Al <sup>21</sup> apontam que, em ambientes marcados por assimetria de informação, os provedores podem adotar comportamentos estratégicos que influenciam negativamente a alocação de recursos, afastando-se dos objetivos dos compradores e comprometendo a equidade do sistema.

A literatura também sugere que a implementação de sistemas mistos de pagamento especialmente aqueles que combinam remuneração tradicional com incentivos por desempenho (Pay-for-Performance – P4P) pode constituir uma estratégia promissora para a melhoria da eficiência e da equidade nos sistemas de saúde. Feldhaus et. Al <sup>16</sup> ressaltam que tais efeitos positivos dependem do alinhamento intencional dos diferentes métodos de pagamento e da capacidade de coordenação entre pagadores e prestadores. No entanto,

é importante observar que a adoção de mecanismos baseados em desempenho também pode ser impulsionada por fatores políticos, como exemplifica o caso do Medicare nos Estados Unidos, onde o modelo P4P foi amplamente implementado mesmo diante da ausência de evidências empíricas robustas sobre sua efetividade (Tanenbaum<sup>18</sup>).

Além disso, Jeong e Gunji<sup>17</sup> demonstram que a participação significativa do setor público no financiamento da saúde, aliada à expansão da cobertura social, está associada a maior eficiência macroeconômica e maior capacidade de contenção de custos. A experiência dos Países Baixos, conforme analisada por Van Den Berg et al.<sup>19</sup>, reforça esse argumento ao mostrar que a avaliação periódica de indicadores de desempenho como qualidade, acesso e custos é fundamental para promover a responsabilização dos atores do sistema, aumentar a transparência e aprimorar continuamente a alocação de recursos com base em evidências.

Nesse contexto, Chernew<sup>20</sup> defende que a pesquisa em serviços de saúde desempenha um papel estratégico na formulação de políticas públicas orientadas ao valor, entendendo-se este como o ganho em saúde por unidade de recurso investido. Segundo o autor, um sistema de saúde eficiente deve priorizar reformas sustentáveis e fiscalmente responsáveis, com impacto positivo sobre os resultados populacionais. Já no contexto brasileiro, Castro<sup>22</sup> alerta para os efeitos da insuficiência e da fragmentação do financiamento sobre as ações de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O autor defende a adoção de instrumentos de gestão que incorporem indicadores de eficiência e qualidade, como forma de qualificar a alocação de recursos e assegurar a sustentabilidade do sistema público de saúde. Nesta linha, a tese do Professor Leonardo Carnut<sup>13</sup>, intitulada "Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde", aborda a alocação de recursos principalmente sob a perspectiva da crítica aos modelos de avaliação de desempenho utilizados para este fim no setor público de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS)

### **Abordagem sobre alocação de recursos por desempenho**

A abordagem sobre a alocação de recursos por desempenho é tratada com diferentes nuances em cada artigo, focando em aspectos específicos da sua aplicação e impacto nos sistemas de saúde.

Donaldo et. Al<sup>15</sup> criticam a utilização automática de razões incrementais de custo-efetividade como base exclusiva para decisões de alocação de recursos. Segundo esses autores, essa prática pode levar a escolhas ineficientes, especialmente em sistemas de saúde com orçamentos limitados, como os do Reino Unido e Canadá, e propõem uma revisão das diretrizes de avaliação económica para incorporar conceitos claros de eficiência alocativa.

Neste mesmo cenário, Feldhaus et. Al<sup>16</sup> analisam modelos de pagamento que incluem **incentivos por desempenho** (Pay-for-Performance - P4P). Segundo os autores, a combinação de P4P com outros métodos de pagamento pode melhorar a eficiência e gerar economias, como a redução de admissões hospitalares e readmissões, e também abordam os ganhos de eficiência observados em modelos de pagamento agrupado e recompensas por contenção de custos.

Hyoung-Sun et. Al<sup>17</sup> discutem como os mecanismos de financiamento público, a ampliação da cobertura e as políticas de proteção social impactam a eficiência económica e o controlo de gastos, aspetos que podem ser diretamente relacionados ao desempenho sistémico. Os seus achados sugerem que sistemas com forte participação pública e ampla cobertura social são mais eficientes na contenção de gastos.

De acordo com Sandra J. Tanenbaum<sup>18</sup>, o P4P passou a ser considerado um instrumento de política de pagamento baseado em desempenho no Medicare, apesar da ausência de evidências robustas sobre a sua eficácia. A autora ressalta que a remuneração por desempenho se tornou uma exigência mais política e simbólica do que técnica, moldando a relação entre financiamento e governança do sistema de saúde nos EUA.

No cenário holandês, Van den Berg et. Al<sup>19</sup> apontam que a incorporação de indicadores de desempenho em relatórios como o Dutch Health Care Performance Report (DHCPR) favorece a responsabilização e a definição de prioridades estratégicas. Segundo esses autores, isso, por sua vez, impulsiona a alocação de recursos orientada por evidências e metas de desempenho.

Michael Chernew<sup>20</sup> enfatiza que a pesquisa em serviços de saúde é fundamental para o desenvolvimento de iniciativas inovadoras de pagamento e melhoria da qualidade. De acordo com o autor, esta pesquisa orienta a alocação de recursos por desempenho, contribuindo para a criação de um sistema de saúde de alto valor.

Para Levaggi et. Al<sup>21</sup>, embora não abordem explicitamente sistemas de pagamento por desempenho, analisam como a motivação intrínseca do corpo médico e os descontos por volume podem ser utilizados estrategicamente pelos provedores. Segundo os autores, isto

pode alterar a alocação de recursos em seu próprio benefício, produzindo efeitos análogos aos mecanismos baseados em desempenho.

Finalmente, Antonio Carlos de Castro<sup>22</sup> critica a ausência de mecanismos de alocação por desempenho no SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil. O autor sugere a adoção de instrumentos de gestão que considerem indicadores de eficiência e qualidade para orientar a distribuição de recursos nas ações de média e alta complexidade.

### **Abordagem sobre a relação entre alocação de recursos por desempenho e os sistemas de saúde.**

A abordagem sobre a relação entre a alocação de recursos por desempenho e os sistemas de saúde é explorada com diferentes perspectivas, revelando nuances significativas sobre a eficiência, o financiamento e os desafios da avaliação.

No cenário da Nova Gestão Pública, Leonardo Carnut<sup>13</sup> introduz a ideia de que os serviços de saúde são encarados como atividades públicas não-estatais, justificando o uso de modelos de avaliação de desempenho para mensurar e comparar resultados. Neste mesmo contexto, Van den Berg et al.<sup>19</sup> afirmam que a avaliação de desempenho de sistemas de saúde se alinha com essa nova gestão, buscando melhorar a responsabilização e a contenção de custos. Segundo Sandra J. Tanenbaum<sup>18</sup>, a adoção de programas como o Pay-for-Performance (P4P) no Medicare ilustra essa tendência de alocar recursos com base no desempenho como uma resposta política a problemas de custo e qualidade, ainda que, segundo a autora, essa política tenha sido impulsionada mais por necessidades políticas e simbólicas do que por evidências robustas.

Em relação às críticas aos métodos de alocação tradicionais e à base de evidências do P4P, Donaldson et al.<sup>15</sup> criticam o uso automático de razões incrementais de custo-efetividade como base exclusiva para a alocação de recursos, pois, na visão desses autores, tal prática pode levar a decisões ineficientes, especialmente em sistemas com orçamentos limitados. Os autores ainda argumentam que a análise de custo-efetividade, por si só, não consegue lidar com questões de eficiência alocativa. Complementarmente, Sandra J. Tanenbaum<sup>18</sup> critica a adoção do P4P, afirmando que a base de evidências é incomensurável com as aspirações dos formuladores de políticas, e que o entusiasmo atual "por essa abordagem se fundamenta mais em conceitos do que em dados empíricos. A autora ainda aponta que os estudos sobre P4P frequentemente mostram efeitos limitados

ou nulos, e que consequências não intencionais, como a seleção de pacientes mais saudáveis, são relativamente bem estabelecidas.

Sobre a eficiência, os custos e os fatores sistêmicos, os autores Hyoung-Sun et al.<sup>17</sup> demonstram que uma maior participação pública na saúde através da proteção social está positivamente relacionada com a eficiência macroeconômica, sugerindo que sistemas com forte financiamento público são mais eficientes na contenção de gastos. Segundo os autores, isso se deve a incentivos mais fortes para controle de custos e maior alcance das políticas. Em contraposição à visão do mercado autorregulado, Hyoung-Sun et al.<sup>17</sup> argumentam que, no mercado "extremamente imperfeito" da saúde, a "mão invisível" é "pouco confiável" e o "laissez-faire é uma ideia altamente maliciosa para os fracos e pobres". Michael Chernew<sup>20</sup>, por sua vez, reforça a importância da pesquisa em serviços de saúde para o desenvolvimento de iniciativas que promovam um sistema de "alto valor", focado na eficiência e sustentabilidade fiscal, dado que o crescimento dos gastos pode distorcer a atividade econômica. No entanto, Antonio Carlos de Castro<sup>22</sup> critica a insuficiência e fragmentação do financiamento no SUS, o que, segundo o autor, compromete a eficiência na alocação de recursos, principalmente em ações de média e alta complexidade.

Em relação aos desafios na medição do desempenho e na comparabilidade, Leonardo Carnut<sup>13</sup> enfatiza a expressiva discordância sobre termos fundamentais e os problemas metodológicos na avaliação de sistemas de saúde. O autor critica que a maioria dos estudos analisados (71.8%) não apresenta uma definição clara de desempenho, nem de sistemas serviços de saúde, o que gera ambiguidades. Hyoung-Sun et al.<sup>17</sup> também criticam classificações em apenas dois grupos dos sistemas de saúde, pois a realidade é muito mais complexa e mista na prática. Neste mesmo cenário, Levaggi et al.<sup>21</sup> apontam que a assimetria de informação entre comprador e provedor pode distorcer a alocação de recursos, levando os provedores a agir estrategicamente para benefício próprio e resultando em preços mais altos. Os autores sublinham que os contratos não são instrumentos neutros na alocação de recursos. Carnut<sup>13</sup> ainda destaca que a maioria dos estudos (75%) aplica modelos de avaliação de desempenho a sistemas de serviços de saúde (organizações), e apenas uma minoria (25%) a sistemas de saúde mais amplos. Segundo Carnut<sup>13</sup>, a "velha máxima" de que "o que é medido, é feito" implica que aspectos não medidos podem ser negligenciados.

No que tange ao papel da avaliação, Van den Berg et al.<sup>19</sup> destacam a necessidade de um bom *framework* conceitual, medições repetidas, múltiplas perspectivas (incluindo a do paciente), transparência dos dados, uma rede internacional e troca contínua entre pesquisadores e formuladores de políticas para uma avaliação de desempenho de sistemas de saúde eficaz. Leonardo Carnut<sup>13</sup>, ao analisar a opinião pública sobre o IDSUS no Brasil, revela que a ideia de comparações indevidas foi a mais frequente, o que aponta para a necessidade de conhecimento especializado por parte do "sujeito democrático". O autor observa uma divisão na opinião pública: um polo majoritário que simplifica e banaliza a avaliação, gerando uma ideologia negativa sobre o SUS, e um polo minoritário que busca requalificar o debate. Conseqüentemente, Carnut<sup>13</sup> conclui que o controle da sociedade civil se fragiliza com o uso de instrumentos como o IDSUS, pois a avaliação de desempenho de sistemas de saúde é vista como um construto ideológico. Por fim, Antonio Carlos de Castro<sup>22</sup> critica a ausência de mecanismos de alocação por desempenho no SUS e sugere a adoção de instrumentos de gestão que considerem indicadores de eficiência e qualidade para orientar a distribuição de recursos.

## **Discussão**

A presente revisão integrativa identificou que a alocação de recursos por desempenho em sistemas de saúde é um campo marcado por forte heterogeneidade metodológica, predominância de abordagens gerencialista e baixo grau de problematização quanto aos impactos sobre equidade e integralidade. Embora os estudos revisados apresentem evidências de melhorias pontuais em indicadores de produtividade e qualidade técnica, a análise crítica revelou que esses resultados estão frequentemente sustentados por construtos ideológicos no sentido empregado por Carnut<sup>13</sup>, ou seja, concepções normativas, situadas historicamente e orientadas por valores, que se apresentam como neutras e universais, mas refletem interesses e visões de mundo específicas.

Essa constatação se confirma pela predominância de modelos que definem "desempenho" quase exclusivamente em termos de eficiência e custo-efetividade, com pouca ou nenhuma consideração por dimensões como equidade no acesso, participação social e integralidade da atenção. O estudo demonstrou que mais de 70% dos trabalhos sobre avaliação de desempenho sequer apresentam uma definição explícita do termo, e quando o fazem, esta é frequentemente restrita a aspectos econômicos ou de produtividade.

Levaggi e Levaggi <sup>21</sup> demonstram que ambientes marcados por assimetrias de informação tendem a favorecer comportamentos estratégicos dos prestadores, que podem distorcer a alocação de recursos ao manipular a revelação de custos ou preferências, afastando-se dos objetivos dos compradores. Isso evidencia a fragilidade de se considerar os contratos como instrumentos neutros e reforça a necessidade de desenhar mecanismos que mitiguem riscos de captura da política pública. A literatura clássica da economia da saúde já alertava para esse problema, destacando que, sem regulação adequada, a busca por eficiência pode colidir com os princípios de equidade e interesse público (Baron & Myerson, 1982; McGuire, <sup>23</sup>).

Nesse sentido, a análise de Donaldson, Currie e Mitton <sup>15</sup> é incisiva ao criticar o uso acrítico da análise incremental de custo-efetividade (ICER) como critério exclusivo de decisão. Embora essa métrica ofereça uma base racional para priorização, ignora externalidades, distribuição de benefícios e custos de oportunidade, elementos essenciais para a alocação eficiente e justa dos recursos em saúde. Tal crítica se alinha ao debate contemporâneo sobre eficiência alocativa, que demanda modelos capazes de capturar a complexidade dos sistemas e as desigualdades estruturais presentes em contextos como o brasileiro.

A proposta de sistemas mistos de pagamento, com foco em incentivos por desempenho (Pay-for-Performance – P4P), surge como uma tentativa de combinar controle de custos com melhorias na qualidade. Feldhaus e Mathauer <sup>16</sup> apontam que modelos blended ou bundled, quando bem alinhados, podem gerar ganhos em eficiência e contenção de despesas. No entanto, os efeitos positivos desses arranjos dependem fortemente da capacidade institucional de monitorar resultados, coordenar atores e evitar incentivos perversos. A experiência internacional revela, por exemplo, que mecanismos de P4P implantados sem critérios claros de equidade podem exacerbar desigualdades regionais ou penalizar prestadores que atuam em contextos vulneráveis.

A adoção de P4P no Medicare norte-americano, como discutido por Tanenbaum <sup>18</sup>, ilustra um paradoxo relevante: a política foi amplamente implementada apesar da escassa evidência de efetividade em termos de qualidade assistencial e redução de custos. Isso revela o peso dos fatores políticos e simbólicos na formulação de políticas orientadas ao valor, onde o discurso de eficiência frequentemente se sobrepõe à análise empírica robusta. A autora argumenta que o apelo do “valor em saúde” opera como um consenso ideológico ambíguo, capaz de mobilizar diferentes grupos de interesse, mesmo que à custa da coerência técnica.

Por outro lado, a experiência dos Países Baixos descrita por Van Den Berg et al.<sup>19</sup> reforça a importância da institucionalização da avaliação de desempenho como ferramenta de *accountability* e aprimoramento da alocação de recursos. O modelo neerlandês evidencia que o uso regular e sistemático de indicadores pactuados entre pesquisadores, gestores e usuários pode orientar decisões mais equitativas e eficientes. Tal abordagem destaca o papel da transparência, da repetição de medições e da integração de múltiplas perspectivas (objetiva, subjetiva, do paciente e do provedor) para fundamentar políticas baseadas em evidências e reduzir arbitrariedades.

No plano macroeconômico, o estudo de Jeong e Gunji<sup>17</sup> aponta que sistemas com maior envolvimento público no financiamento da saúde apresentam melhores resultados em eficiência e contenção de custos. A presença de proteção social ampla, aliada à regulação estatal, mostrou-se associada a melhores níveis de equidade econômica e eficiência alocativa. Esse achado é particularmente relevante para países como o Brasil, onde o subfinanciamento do SUS e a fragmentação do modelo federativo desafiam a implementação de mecanismos meritocráticos de alocação que não comprometam o acesso universal e igualitário.

Para assegurar uma discussão dos aspectos levantados nos artigos incluídos na Revisão, optou-se por apresentar cinco pontos importantes.

### **Indicadores centrados em produtividade e eficiência**

Grande parte das experiências analisadas recorre a métricas como número de procedimentos realizados, tempo de espera e custo por paciente. Embora úteis para monitorar processos, tais indicadores são de fácil mensuração e baixo custo, o que favorece seu uso, mas restringe a compreensão sistêmica do desempenho. A literatura cinzenta aponta que essa tendência a quantificar reforça uma visão tecnicista, reduzindo a complexidade da atenção em saúde a variáveis operacionais.

### **Baixa incorporação de métricas de equidade**

Poucos modelos incluíram parâmetros ajustados para desigualdades regionais ou socioeconômicas. Isso implica o risco de reproduzir o *Matthew effect*, em que prestadores já estruturados obtêm melhores resultados e, conseqüentemente, mais recursos, aprofundando disparidades. A literatura internacional mostra que, sem mecanismos

compensatórios, programas de pagamento por desempenho tendem a penalizar serviços que atuam em contextos mais vulneráveis.

### **Incentivos financeiros como principal indutor**

A predominância de mecanismos financeiros diretos, como bônus e ajustes remuneratórios, revela uma perspectiva centrada no comportamento como motor da mudança de desempenho, partindo do pressuposto de que a motivação dos prestadores é essencialmente econômica. Estudos indicam que essa abordagem pode estimular práticas de gaming (manipulação de indicadores) e a priorização de metas mais fáceis, em detrimento de melhorias estruturais e sustentáveis.

### **Fragilidade metodológica na avaliação de impacto**

Diversos estudos carecem de desenho metodológico robusto para isolar o efeito da alocação por desempenho de outros fatores contextuais. A falta de grupos de controle, análise longitudinal e avaliação qualitativa reduz a confiabilidade das conclusões sobre efetividade.

### **Escassa integração com políticas de saúde mais amplas**

A maioria dos modelos é concebida como ferramenta isolada de gestão, sem articulação com estratégias mais amplas de fortalecimento do sistema. Isso limita seu potencial de induzir mudanças estruturais e de contribuir para objetivos de longo prazo, como a redução de desigualdades em saúde.

Por fim, a literatura revisada indica que, embora a retórica da eficiência e da responsabilidade por desempenho tenha ganhado centralidade nos sistemas de saúde contemporâneos, sua materialização concreta depende de condições institucionais robustas, capacidade analítica, mecanismos de governança e, sobretudo, de uma compreensão crítica das tensões entre mercado, Estado e direitos sociais. Como destaca Chernew <sup>20</sup>, políticas baseadas em valor só podem cumprir seu propósito se orientadas não apenas à sustentabilidade financeira, mas também à promoção do bem-estar coletivo e à justiça social.

## **Considerações Finais**

A alocação de recursos por desempenho tem sido adotada em diversos países como estratégia para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. Essa abordagem, vista como parte da gestão por desempenho em saúde, visa mensurar e comparar os resultados do trabalho nos sistemas de saúde.

No entanto, os estudos analisados nesta revisão mostram que essa abordagem apresenta limites importantes. Sem uma boa estrutura institucional, esses sistemas podem gerar distorções, aprofundar desigualdades regionais e comprometer o acesso universal. A evidência empírica para apoiar a sua eficácia ainda é limitada ou inconclusiva, e consequências não intencionais, como a seleção de pacientes mais saudáveis por parte dos provedores, são bem documentadas.

A literatura aponta que os contratos e modelos baseados em desempenho precisam ser bem regulados, com transparência, indicadores confiáveis e acompanhamento constante. Além disso, critérios econômicos, como o custo-efetividade, não devem ser usados isoladamente, pois ignoram aspectos sociais, éticos e regionais importantes para uma distribuição justa dos recursos. A "apropriabilidade" dos gastos em saúde é uma questão normativa que depende das prioridades sociais e do contexto.

Experiências internacionais mostram que os melhores resultados ocorrem quando há investimento em governança, participação social e capacidade de avaliação contínua. O envolvimento do setor público através da proteção social está associado a uma maior eficiência macroeconômica e equidade.

No Brasil, a adoção desse modelo deve considerar o crônico subfinanciamento do SUS, a desigualdade entre regiões e a necessidade de proteger o direito à saúde. A transferência de recursos baseada em desempenho pode acentuar disparidades regionais, pois tende a premiar os mais desenvolvidos.

Por isso, a alocação por desempenho deve ser vista como um instrumento complementar, e não como solução única. Seu sucesso depende de um planejamento cuidadoso, compromisso com a equidade e fortalecimento das instituições públicas de saúde, com sistemas de avaliação que sejam coerentes com os princípios do SUS, valorizando a participação da comunidade e a gestão democrática.

## REFERÊNCIAS

1. Piola, S. F., et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Fiocruz/Ipea/MS/SAE, 2013.
2. Hsiao, W. Why is a systemic view of health financing necessary? *Health Affairs*, v. 25, n. 4, p. 950-961, 2007.
3. Carnut, L., Mendes, A., & Leite, M. P. Alocação equitativa de recursos financeiros na saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 902-918, 2020.
4. Daniels, N. Just health: meeting health needs fairly. *Bull World Health Organ*, 86(8):653, 2008.
5. Appleby, J., Devlin, N., & Parkin, D. NICE guidelines and the role of cost-effectiveness thresholds. *The Lancet*, 2015.
6. WHO. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
7. WHO. World Health Statistics 2021. Geneva: World Health Organization.
8. Ugá, M. A. D., & Santos, I. S. Financiamento público da saúde no Brasil: características marcantes e tendências. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2003.
9. Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.
10. Hall, P. Gerencialismo na saúde pública: desafios e possibilidades para o SUS. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. 283-289, 1998.
11. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - NOB 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
12. Viacava, F., Almeida, C., & Santos, I. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Fiocruz, 2001.
13. Carnut, L. (2015). Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
15. Donaldson, C.; Currie, G.; Mitton, C. Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *BMJ*, v. 325, n. 7369, p. 891-894, 2002. DOI: 10.1136/bmj.325.7369.891.
16. Feldhaus, I.; Mathauer, I. Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a

structured review of the literature. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 996, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3779-1>.

17. Jeong, H. S.; Gunji, A. The influence of system factors upon the macro-economic efficiency of health care: implications for the health policies of developing and developed countries. *Health Policy*, v. 27, p. 113–140, 1994. DOI: 10.1016/0168-8510(94)90076-0.

18. Tanenbaum, S. J. Pay for performance in Medicare: evidentiary irony and the politics of value. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 34, n. 5, p. 717–746, 2009. DOI: 10.1215/03616878-2009-023.

19. Van den Berg, M. J.; Kringos, D. S.; Marks, L. K.; Klazinga, N. S. The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Research Policy and Systems*, v. 12, n. 1, 2014. DOI: 10.1186/1478-4505-12-1.

20. Chernew, M. Research and reform: toward a high-value health system. *Health Services Research*, v. 44, n. 1p2, p. 345–348, 2009. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00931.x.

21. Levaggi, L.; Levaggi, R. Strategic costs and preferences revelation in the allocation of resources for health care. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, v. 10, p. 239–256, 2010. DOI: 10.1007/s10754-010-9079-x.

22. Castro, A. C. de. Eficiência e financiamento nas ações em média e alta complexidade. *Revista de Administração Pública e Gestão Social*, v. 10, n. 1, p. 1–15, 2018. Disponível em: <https://seer.ufv.br/RAPGS/article/view/8057>.

23. Baron DP, Myerson RB. Regulating a monopolist with unknown costs. *Econometrica*. 1982;50(4):911–30.

24. McGuire TG. Physician agency. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics*. Vol. 1. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 461–536.