

MENSURAÇÃO DE DESFECHOS EM SAÚDE NO BRASIL: A APLICAÇÃO DOS CONJUNTOS DO ICHOM COMO ESTRATÉGIA DE GOVERNANÇA CLÍNICA E VALOR EM SAÚDE

Paula Albino Daibert¹

Marina Fernandes Palmerston Harada²

Carolina Seara Couto³

Mozar de Castro Neto⁴

RESUMO

O estudo apresenta a experiência pioneira de instituições públicas e privadas de saúde brasileiras na implementação dos conjuntos de desfechos do International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). O objetivo foi avaliar a factibilidade e a aplicabilidade dessa prática em um contexto marcado por desigualdades regionais e institucionais. Utilizou-se uma metodologia em fases que incluiu a seleção colaborativa das linhas de cuidado, apoiada por *business intelligence*, definição de indicadores, padronização de protocolos, *rounds* estruturados, treinamento de equipes multiprofissionais e integração tecnológica por meio de plataformas digitais e sistemas de apoio a qualidade. Participaram 13 instituições, com 652 pacientes incluídos em diferentes linhas de cuidado, como câncer de mama, pessoa idosa, acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e osteoartrite de quadril e joelho. As taxas de resposta alcançaram 100% no câncer de mama, 93% na pessoa idosa, variaram de 23% a 91% na doença arterial coronariana, 100% em coleta *baseline* em AVC e osteoartrite quando *workflows* estavam integrados, além de

1 Paula Albino Daibert. Médica. Mestre em Ciências da Saúde. Diretora de Inovação do Grupo IAG Saúde. Artigo apresentado como requisito para publicação científica na Revista Científica Faculdade Unimed

2 Marina Fernandes Palmerston Harada. Médica. Especialista em Infectologia. Consultora Médica do Grupo IAG Saúde. Artigo apresentado como requisito para publicação científica na Revista Científica Faculdade Unimed.

3 Carolina Seara Couto. Médica. Especialista em Clínica Médica e Cuidados Paliativos. Consultora Médica do Grupo IAG Saúde. Artigo apresentado como requisito para publicação científica na Revista Científica Faculdade Unimed.

4 Mozar de Castro Neto. Médico. Especialista em Medicina Interna. Consultor Médico do Grupo IAG Saúde. Artigo apresentado como requisito para publicação científica na Revista Científica Faculdade Unimed.

100% em *baseline* para insuficiência cardíaca (57% no total do set). O número de indicadores coletados variou de 26 a 119, com adesão distinta por conjunto (de 57% a 100%). Os resultados indicaram impactos clínicos e organizacionais relevantes, como identificação de sofrimento emocional pós-AVC, engajamento multiprofissional e uso de dashboards para governança assistencial. Conclui-se que a mensuração estruturada de desfechos é factível e estratégica para reduzir variações injustificadas, fortalecer a governança clínica e apoiar a transição para modelos de remuneração baseados em valor, em sintonia com a missão do Centro Nacional de Pesquisa Clínica e Tecnologia da Fundação Unimed (CNPCT-FU).

Palavras-chaves: Saúde baseada em valor. Mensuração de desfechos. ICHOM. Governança clínica. Desigualdades em saúde.

MEASUREMENT OF HEALTH OUTCOMES IN BRAZIL: APPLYING ICHOM STANDARD SETS AS A STRATEGY FOR CLINICAL GOVERNANCE AND VALUE-BASED HEALTHCARE

ABSTRACT

This study presents the pioneering experience of Brazilian public and private healthcare institutions in implementing the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) outcome sets. The aim was to assess the feasibility and applicability of standardized outcome measurement in a context marked by regional and institutional inequalities. A phased methodology was applied, including collaborative selection of care lines supported by business intelligence, indicator definitions, protocol standardization, structured rounds, team training, and technological integration through digital platforms and quality management systems. 13 institutions participated with 652 patients across different care lines, such as breast cancer, elderly person, stroke, coronary artery disease, heart failure, and hip and knee osteoarthritis. Response rates reached 100% in breast cancer, 93% for the elderly person, range from 23% to 91% in coronary artery disease, 100% baseline

collection in stroke and osteoarthritis when workflows were integrated, and 100% baseline adherence in heart failure (57% overall for the set). The number of indicators varied from 26 to 119, with adherence rates ranging from 57% to 100%. Results demonstrated relevant clinical and organizational impacts, such as early identification of post-stroke emotional distress, multiprofessional engagement, and the use of dashboards to support clinical governance. We conclude that structured outcome measurement is feasible and strategic to reduce unjustified variations, to strengthen clinical governance, and to support transition towards value-based payment models, in alignment with the mission of the National Center for Clinical Research and Technology of Fundação Unimed (CNPCT-FU).

Keywords: Value-based healthcare. Outcome measurement. ICHOM. Clinical governance. Health inequalities.

INTRODUÇÃO

O movimento internacional da saúde baseada em valor (*Value-Based Healthcare* – VBHC) propõe a reorganização dos sistemas de saúde em torno do que realmente importa: a entrega de melhores resultados clínicos e experiência para os pacientes, com uso eficiente dos recursos disponíveis. A base conceitual foi apresentada por Porter e Teisberg (2006), em *Redefining Health Care*, que defende a competição em saúde pautada por valor, e não por volume de serviços prestados. Nesse modelo, valor é definido pela relação entre os desfechos relevantes para os pacientes e os custos necessários para atingi-los, sendo a mensuração sistemática de resultados clínicos e autorreferidos (*Patient-Reported Outco-*

mes – PROMs) a peça central dessa transformação.

Em países de alta renda, a aplicação do VBHC já demonstrou avanços significativos em segurança do paciente, qualidade assistencial e sustentabilidade dos sistemas de saúde (PORTER; TEISBERG, 2006; OECD, 2023). Entretanto, em contextos de maior fragmentação e desigualdades estruturais, como o Brasil, o desafio é ainda mais relevante. Estudos nacionais, como o *Atlas de Variação em Saúde no Brasil* (DIEGOLI et al., 2023), evidenciam disparidades expressivas na oferta de serviços e nos resultados alcançados entre regiões, reforçando a urgência da adoção de métricas objetivas e comparáveis de desempenho.

Nesse cenário, os conjuntos de desfechos desenvolvidos pelo International

Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM, 2020) representam uma oportunidade ímpar de reduzir variações injustificadas, promover transparência e possibilitar comparações internacionais. Cada conjunto é elaborado por especialistas globais e inclui tanto indicadores clínicos quanto PROMs, permitindo que as instituições compreendam de forma integrada a trajetória do paciente e estabeleçam ciclos de melhoria contínua.

No Brasil, marcado por desigualdades históricas em saúde, tanto no SUS quanto na saúde suplementar, a adoção do VBHC surge como estratégia fundamental para melhorar eficiência e reduzir variações injustificadas. A incorporação desses conjuntos em países de renda média, como o Brasil, exige adaptações às realidades locais, mas também possibilita acelerar a transição para modelos de remuneração baseados em valor (OECD, 2023).

O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência de instituições públicas e privadas de saúde brasileiras, incluindo singulares do Sistema Unimed, na implementação dos conjuntos do ICHOM no Brasil, destacando: (i) o modelo metodológico em fases desenvolvido para viabilizar a mensuração de desfechos em instituições com diferentes níveis de maturidade tecnológica; (ii) os resultados clínicos e organiza-

cionais obtidos na fase inicial; (iii) os principais desafios enfrentados e as soluções adotadas; e (iv) as perspectivas de utilização desses dados para contratos baseados em valor e *benchmarking* internacional.

REVISÃO DE LITERATURA

A assistência médica baseada em valor (VBHC) representa uma mudança de paradigma em relação ao modelo tradicional centrado no volume de serviços, priorizando a maximização dos desfechos clínicos relevantes para o paciente em relação aos custos (FERNÁNDEZ-SALIDO *et al.*, 2024; KHALIL *et al.*, 2025). O conceito de valor é definido pela relação entre os resultados alcançados e os recursos necessários para atingi-los, com ênfase crescente na perspectiva do paciente e na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A mensuração de desfechos relatados pelos pacientes (PROMs) e de experiências relatadas pelos pacientes (PREMs) consolidou-se como componente essencial para operacionalizar o VBHC. PROMs incluem instrumentos como EQ-5D, SF-36 e PROMIS, amplamente utilizados para captar qualidade de vida e funcionalidade. Já os PREMs exploram a experiência de cuidado sob a ótica do paciente, avaliando comunicação, acolhimento e acesso.

Esses instrumentos capturam aspectos de saúde, qualidade de vida e satisfação diretamente relevantes para os pacientes, pois complementam os desfechos clínicos tradicionais, como mortalidade e complicações (BARELLO; BERGAMASCHI; PROVENZI, 2024; FAYANJU *et al.*, 2016). A literatura enfatiza que a inclusão sistemática de PROMs e PREMs é indispensável para assegurar que o valor gerado seja efetivamente centrado no paciente (FERNÁNDEZ-SALIDO *et al.*, 2024; BARELLO; BERGAMASCHI; PROVENZI, 2024).

Apesar do consenso quanto à relevância, a implementação prática enfrenta desafios significativos. Revisões recentes indicam que, embora existam iniciativas de padronização em áreas como doenças cardiovasculares e câncer, ainda predomina o uso de indicadores de processo, medidas de custo e desfechos clínicos tradicionais, frequentemente definidos sob a ótica de prestadores, instituições ou pagadores (ABDALLA *et al.*, 2022; KIDANEMARIAM *et al.*, 2023). Essa lacuna evidencia a necessidade de integrar mais medidas centradas no paciente nos sistemas de avaliação de valor (KHALIL *et al.*, 2025; KIDANEMARIAM *et al.*, 2023).

Outro aspecto recorrente é a importância de envolver múltiplos *stakeholders* nos processos de desenvolvimento e seleção de desfechos (BARELLO; BERGAMASCHI;

PROVENZI, 2024; FAYANJU *et al.*, 2016). Estratégias participativas e o uso de ferramentas digitais, incluindo inteligência artificial e *machine learning*, têm sido propostas para aprimorar coleta, análise e utilização de PROMs e PREMs (KHALIL *et al.*, 2025; BARELLO; BERGAMASCHI; PROVENZI, 2024).

A literatura também destaca a necessidade de padronização e comparabilidade dos desfechos, possibilitando *benchmarking* entre instituições e avaliações longitudinais (FERNÁNDEZ-SALIDO *et al.*, 2024; ABDALLA *et al.*, 2022; BOSCOLO *et al.*, 2020). Contudo, a diversidade de *frameworks* reflete diferentes objetivos estratégicos, o que dificulta a adoção de um modelo único (BOSCOLO *et al.*, 2020; SEIXAS *et al.*, 2019).

Em síntese, a consolidação do VBHC depende de mensuração robusta e sistemática de PROMs e PREMs. Entretanto, persistem desafios relacionados à padronização e à integração efetiva desses indicadores. O avanço requer esforços coordenados, colaboração multidisciplinar e centralidade da perspectiva do paciente (FERNÁNDEZ-SALIDO *et al.*, 2024; SEIXAS *et al.*, 2019).

METODOLOGIA

A implementação dos conjuntos de desfechos clínicos e funcionais relatados pelos pacientes (ICHOM Sets) no Brasil foi condu-

zida por meio de uma metodologia estruturada em fases, em parceria técnico-científica envolvendo instituições públicas e privadas de saúde. O processo buscou equilibrar rigor técnico, aplicabilidade prática e adaptabilidade às diferentes realidades hospitalares, respeitando as recomendações internacionais e as especificidades do contexto brasileiro.

Seleção das linhas de cuidado

A definição dos conjuntos implementados ocorreu de forma colaborativa entre o Grupo IAG Saúde e cada instituição participante. Para apoiar a decisão, foi desenvolvido um sistema de *business intelligence* (BI) capaz de analisar dados assistenciais e operacionais para cada hospital ou operadora de saúde. Esse BI permitia que os gestores avaliassem: (i) volume assistencial por linha de cuidado; (ii) expertise institucional com melhores resultados já obtidos; e (iii) potencial de retorno sobre investimento (ROI) esperado desde a adoção da mensuração de desfechos.

Com base nessa análise, o BI indicava a linha de cuidado mais promissora. No entanto, a decisão final cabia à instituição, que poderia começar por outra área estratégica mesmo que não indicada como prioritária pelo sistema. Essa flexibilidade garantiu maior engajamento institucional, respei-

tando tanto a lógica dos dados quanto as prioridades estratégicas locais.

Estruturação do projeto

A implantação foi organizada em cronograma faseado, conduzindo as instituições desde o alinhamento inicial até a coleta sistemática de dados. As etapas incluíram: *buy-in* da alta direção; escolha do *set* a ser implementado; definição da equipe multiprofissional responsável; seleção dos indicadores obrigatórios (*primary subset*) e adicionais adaptados ao contexto brasileiro; reuniões técnicas de TI para viabilizar a integração de sistemas e fluxos de trabalho; e padronização de protocolos assistenciais e *rounds* estruturados.

Ferramentas tecnológicas

A coleta de dados foi realizada principalmente por meio de um aplicativo digital para *checklists* parametrizáveis e registro de PROMs/PREMs, integrado à Plataforma Valor Saúde Brasil®, desenvolvida pelo Grupo IAG Saúde.

A solução, utilizada por pacientes e profissionais de saúde, centraliza os registros e possibilita análises em tempo real. Além disso, outros sistemas de apoio à qualidade foram disponibilizados como recursos complementares.

Treinamento e engajamento das equipes

Profissionais das áreas médicas, de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Gestão participaram de capacitações presenciais e virtuais. Foram realizados *workshops*, *rounds* clínicos e oficinas de análise de indicadores. Esse investimento em educação contribuiu para maior adesão e senso de pertencimento ao projeto.

Análise e acompanhamento

Com a coleta iniciada, as instituições passaram a contar com relatórios periódicos sobre desfechos clínicos, funcionais e experiências dos pacientes. Esses relatórios foram utilizados em reuniões multiprofissionais para identificar oportunidades de melhoria e ajustar protocolos assistenciais, incorporando a gestão de melhoria contínua como eixo central do projeto.

Apoio ampliado

O diferencial do projeto não se restringiu ao campo assistencial. Foram apoiadas também iniciativas estratégicas, como: desenho e negociação de modelos remuneratórios baseados em valor; suporte às comunicações interna e externa; e incorporação de práticas que favorecessem a sustentabilidade da mensuração de desfechos.

Considerações éticas

O estudo integra o projeto já apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FELUMA), registrado sob o parecer consubstanciado nº 3.956.749 (CAAE 29000819.0.0000.5134). A pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ressalta-se que os riscos se restringiram à manutenção do sigilo e da confidencialidade das informações, assegurados por procedimentos de anonimização e proteção dos dados dos participantes.

RESULTADOS

Participação institucional e pacientes incluídos

Ao todo, 13 instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, incluindo singulares do Sistema Unimed, participaram da implementação dos conjuntos de desfechos do ICHOM. Foram incluídos 652 pacientes em diferentes linhas de cuidado. A coleta ocorreu principalmente por meio do aplicativo digital e por integração com a plataforma analítica, permitindo acompanhamento em tempo real.

Conjuntos implementados e taxas de resposta

Os principais sets da ICHOM aplicados foram: Câncer de Mama, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Pessoa Idosa, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca e Osteoartrite de Quadril e Joelho.

Em algumas instituições foi adotado o conjunto completo; em outras, apenas o *primary subset*, devido a limitações operacionais ou maturidade digital. As taxas de resposta alcançaram 100% em Câncer de Mama, 93% em Pessoa Idosa, de 23% a 91% na Doença Arterial Coronariana, 100% de coleta *baseline* em AVC e osteoartrite quando *workflows* estavam integrados e 100% de adesão no *baseline* para Insuficiência Cardíaca (com 57% no total do set). Esses resulta-

dos são expressivos diante das barreiras culturais e tecnológicas do contexto brasileiro.

Além das taxas de resposta, observou-se variação no número de indicadores coletados por conjunto, que variou de 26 a 119. A adesão também foi distinta entre os sets: 100% no Câncer de Mama (29 indicadores), 85% no conjunto Pessoa Idosa (63 indicadores), 67,9% na Doença Arterial Coronariana (56 indicadores), 61% no Acidente Vascular Cerebral – AVC (68 indicadores) e 57% na Insuficiência Cardíaca (119 indicadores). Esses resultados refletem tanto a adaptabilidade do modelo quanto os desafios impostos pela infraestrutura e por limitações de equipe nas diferentes instituições participantes. (Tabela 1)

Conjunto ICHOM	Nº de indicadores coletados	Taxa de adesão (%)
Câncer de mama	29	100%
Pessoa idosa	63	85% (93% de taxa de resposta)
Doença arterial coronariana	56	23% - 91% (variável por instituição)
Acidente vascular cerebral	68	100% <i>baseline</i> (61% no total)
Osteoartrite de quadril e joelho	n/d (não especificado)	100% <i>baseline</i> (em <i>workflows</i> integrados)
Insuficiência cardíaca	119	100% <i>baseline</i> (57% no total)

Tabela 1. Indicadores coletados e taxa de adesão

Impactos clínicos e organizacionais

Foram observados ganhos concretos, como: identificação precoce de sofrimento emocional pós-AVC e inclusão de atendimento em saúde mental; adesão plena em Câncer de Mama, com coleta integrada às consultas médicas; engajamento multiprofissional no conjunto Pessoa Idosa, superando a complexidade do quadro; e maior integração entre ortopedia e fisioterapia para Osteoartrite de Quadril e Joelho.

Os *dashboards* passaram a apoiar a governança clínica, fornecendo evidências objetivas para tomada de decisão e discussão de modelos remuneratórios baseados em valor.

Transformações institucionais

Algumas instituições passaram a adotar *rounds* estruturados semanais, núcleos internos de valor em saúde e discussões internas de modelos de remuneração. Isso evidencia a capacidade do projeto de catalisar mudanças organizacionais.

CONCLUSÃO

A experiência relatada neste estudo evidencia não apenas a factibilidade da mensuração estruturada de desfechos em saúde no Brasil, mas também sua potência transformadora em contextos historica-

mente marcados por desigualdades assistenciais, heterogeneidade institucional e fragmentação dos sistemas. O movimento internacional de *Value-Based Healthcare* (VBHC), embora já consolidado em países de alta renda, encontra no Brasil um campo fértil de tensões e inovações: por um lado, a carência de padronização e os obstáculos estruturais; por outro, a emergência de soluções criativas que conjugam tecnologia, engajamento multiprofissional e adaptação metodológica.

A literatura enfatiza que o valor em saúde somente se concretiza quando os desfechos relevantes para os pacientes são sistematicamente mensurados e incorporados à prática clínica (PORTER; TEISBERG, 2006; KHALIL *et al.*, 2025). Este estudo corrobora esse princípio ao demonstrar que, mesmo em instituições com maturidade digital desigual, foi possível operacionalizar a coleta de indicadores clínicos e autorreferidos, com taxas de adesão que rivalizam *benchmarks* internacionais. A taxa de 100% de resposta em câncer de mama e de 93% na pessoa idosa, por exemplo, sinaliza que a barreira cultural pode ser superada quando há desenho metodológico participativo e integração tecnológica adequada.

Outro aspecto relevante é a emergência de impactos clínicos diretos, como a

identificação precoce de sofrimento emocional pós-AVC. Esse achado ilustra de forma exemplar como os *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) transcendem a dimensão estatística, tornando-se ferramentas de cuidado imediato. O reconhecimento do sofrimento psíquico, frequentemente invisibilizado nos modelos tradicionais de avaliação, reconfigura a prática clínica e reafirma a centralidade do paciente na definição do valor em saúde. Estudos prévios já haviam sugerido esse potencial (BARELLO; BERGAMASCHI; PROVENZI, 2024), mas a experiência aqui descrita consolida sua viabilidade em um país de renda média.

Sob a perspectiva organizacional, a introdução de *rounds* estruturados, núcleos internos de valor e dashboards analíticos revela que a mensuração de desfechos não é apenas uma inovação metodológica, mas um catalisador de mudança institucional. Ao deslocar o eixo da discussão de insumos e processos para resultados tangíveis, promove-se um salto qualitativo na governança clínica. Esse movimento está em consonância com a literatura, que defende a necessidade de métricas objetivas para reduzir variações injustificadas e favorecer comparações interinstitucionais (OECD, 2023; BOSCOLO *et al.*, 2020).

Entretanto, é preciso reconhecer que a heterogeneidade institucional e a complexidade de determinados conjuntos, como o da pessoa idosa, permanecem desafios substantivos. Tais dificuldades não anulam o mérito da experiência, mas ressaltam a necessidade de incentivos institucionais, financiamento adequado e desenhos de políticas públicas que sustentem a continuidade da mensuração a longo prazo. A literatura internacional já advertia que a implementação do VBHC exige coordenação de múltiplos *stakeholders* e não pode depender exclusivamente de esforços isolados (KIDANEMARIAM *et al.*, 2023). A experiência brasileira reforça essa premissa e sugere que a articulação entre sistemas público e suplementar pode ser estratégica para evitar soluções fragmentadas.

Além disso, a utilização de *business intelligence* para orientar a escolha das linhas de cuidado demonstra a importância de conjugar dados pré-existentes com análise prospectiva. Ao permitir que as instituições ponderassem volume assistencial, *expertise* e potencial de retorno, criou-se um modelo híbrido que respeita tanto a racionalidade técnica quanto as prioridades locais. Esse tipo de abordagem dialoga com tendências emergentes de uso de inteligência artificial e aprendizado de máquina para aprimorar a coleta

e análise de PROMs e PREMs (KHALIL *et al.*, 2025), sinalizando convergência entre VBHC e saúde digital.

Do ponto de vista sistêmico, os resultados aqui apresentados abrem perspectivas concretas para a negociação de modelos de remuneração baseados em valor no Brasil. Ao evidenciar a capacidade das instituições de coletar e utilizar indicadores padronizados, cria-se a base necessária para transitar de modelos centrados em volume para arranjos contratuais sustentados por resultados. Essa transição é não apenas desejável, mas imperativa diante da crescente pressão por sustentabilidade financeira nos sistemas de saúde (PORTER, 2010; OECD, 2019).

Por fim, a experiência brasileira dialoga com a literatura internacional ao demonstrar que, embora o ponto de partida seja distinto, os princípios estruturantes do VBHC são universais. A centralidade do paciente, a mensuração de desfechos comparáveis e o uso eficiente de recursos constituem vetores de transformação que transcendem fronteiras econômicas ou culturais. Assim, a implementação dos conjuntos da ICHOM no Brasil não apenas aproxima o país de padrões internacionais, mas também oferece ao debate global a contribuição singular de um contexto de desigualdades, capaz de iluminar cami-

nhos para outros países de renda média em processo de transição.

LIMITAÇÕES E DESAFIOS

Entre as dificuldades enfrentadas destacam-se: heterogeneidade institucional, com diferentes níveis de maturidade digital; complexidade de determinados conjuntos, especialmente Pessoa Idosa; e necessidade de incentivos institucionais para garantir a sustentabilidade da mensuração no longo prazo. Ainda assim, a experiência confirmou a viabilidade da prática, desde que adaptada às realidades locais.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, R.; PAVLOVA, M.; HUSSEIN, M.; GROOT, W. Quality measurement for cardiovascular diseases and cancer in hospital value-based healthcare: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, v. 22, n. 979, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08347-x>.

BARELLO, S.; BERGAMASCHI, R.; PROVENZI, L. Expanded perspectives: integrating clinicians' insights for comprehensive patient-reported outcomes in value-based healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 36, n. 2, mzae058, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae058>.

BOSCOLO, P. R. et al. Measuring value in health care: a comparative analysis of value-based frameworks. *Clinical Therapeutics*, v. 42, n. 1, p. 34–43, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.11.017>.

DIEGOLI, H. et al. The Atlas of Variation in Healthcare: Brazil — remarkable findings from a middle-income country. *Research in Health Services & Regions*, v. 2, art. 2, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s43999-022-00017-z>.

FAYANJU, O. M. et al. Value-based breast cancer care: a multidisciplinary approach for defining patient-centered outcomes. *Annals of Surgical Oncology*, v. 23, n. 8, p. 2385–2390, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1245/s10434-016-5184-5>.

FERNÁNDEZ-SALIDO, M. et al. Value-based healthcare delivery: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 21, n. 2, p. 134, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21020134>.

ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement. ICHOM Standard Sets. 2020. Disponível em: <https://www.ichom.org/standard-sets/>. Acesso em: 21 ago. 2025.

KHALIL, H. et al. Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. *Frontiers in Public Health*, v. 13, p. 1514098, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1514098>.

KIDANEMARIAM, M. *et al.* Does value-based healthcare support patient-centred care? a scoping review of the evidence. *BMJ Open*, v. 13, n. 7, e070193, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070193>.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance* 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/4dd50c-09-en>.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD health working papers on value-based health care*. Paris: OECD Publishing, 2019.

PORTER, M. E. What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 26, p. 2477–2481, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

SEIXAS, B. V. *et al.* Assessing value in health care: using an interpretive classification system to understand existing practices based on a systematic review. *BMC Health Services Research*, v. 19, n. 560, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4405-6>.