

Valor em Saúde: a mudança de mentalidade inadiável para evitar o colapso da medicina contemporânea

Value in health: the urgent mindset change needed to avert the collapse of contemporary medicine

Ricardo Valente¹

1. Instituto Brasileiro de Valor em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Todos os dias, no consultório, faço a mesma constatação incômoda: grande parte dos problemas que afetam o cuidado médico hoje não é técnica. Não falta conhecimento, não falta tecnologia, não faltam recursos diagnósticos. O que falta, com frequência crescente, é tempo, continuidade e responsabilidade real pelos desfechos do paciente.

Vivemos um momento paradoxal na medicina. Nunca dispusemos de tamanha sofisticação tecnológica, precisão diagnóstica e capacidade terapêutica. Ao mesmo tempo, observa-se um distanciamento progressivo da essência do cuidado médico, com repercussões diretas sobre a qualidade assistencial, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e o bem-estar dos profissionais.

O que se impõe não é apenas uma crise financeira ou organizacional, mas o esgotamento de um modelo mental que passou a orientar a prática médica nas últimas décadas. A lógica produtivista, centrada em volume, fragmentação do cuidado e métricas operacionais, mostrou-se incapaz de responder às reais necessidades dos pacientes. Nesse contexto, o conceito de Valor em Saúde (Value-Based Healthcare – VBHC) emerge não como modismo gerencial, mas como uma necessidade ética, clínica e civilizatória¹⁻³.

O erro estrutural do modelo orientado por volume

Por décadas, os sistemas de saúde foram organizados em torno de uma pergunta simples: quanto conseguimos produzir? Quantas consultas, quantos exames, quantos procedimentos.

Essa lógica, embora tenha ampliado acesso em determinados contextos, cobra um preço elevado. Ela estimula consultas cada vez mais breves, repetição de exames, fragmentação do cuidado e ausência de responsabilização longitudinal pelos desfechos. Quando o sistema remunera produção, ele inevitavelmente incentiva velocidade — e velocidade raramente é compatível com cuidado de qualidade.

Autor correspondente: Ricardo Valente. E-mail: drricardovalente@hotmail.com

Recebido em: 31 de Janeiro de 2026. **Aceito em:** 20 de Fevereiro de 2026.

Fonte de financiamento: Declara não haver. **Conflito de interesses:** Declara não haver.

Como citar: Valente R. Valor em Saúde: a mudança de mentalidade inadiável para evitar o colapso da medicina contemporânea. eOftalmo. 2026;12(1):1-3.

DOI: [10.17545/eOftalmo/2026.v12.001](https://doi.org/10.17545/eOftalmo/2026.v12.001)



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) Atribuição 4.0 Internacional.

Porter e Teisberg já haviam demonstrado que sistemas de saúde falham quando se organizam em torno de processos, departamentos e especialidades, em vez de se estruturarem a partir das condições clínicas e dos resultados que realmente importam ao paciente ao longo de todo o ciclo de cuidado¹. Posteriormente, Porter consolidou esse raciocínio ao definir valor como a relação entre desfechos relevantes e os custos necessários para alcançá-los².

Reduzir custos sem melhorar desfechos não representa criação de valor, mas empobrecimento do cuidado².

O equívoco recorrente: confundir valor com pagamento

Apesar de sua base conceitual clara, o Valor em Saúde tem sido frequentemente reduzido, de forma equivocada, a modelos de remuneração ou contratos baseados em desempenho. Essa simplificação ajuda a explicar a frustração observada em diversas tentativas de implementação.

Porter e Lee enfatizaram que a adoção do VBHC depende de estratégia, liderança clínica e mudança cultural, e não de ferramentas isoladas⁴. Quando essa transformação estrutural não ocorre, iniciativas rotuladas como “baseadas em valor” tendem a se limitar a projetos administrativos, com pouco impacto na prática clínica real³.

Valor em Saúde não começa no contrato. Começa na reorganização do cuidado, na integração assistencial, na mensuração sistemática de desfechos clínicos relevantes e na responsabilização longitudinal pelo paciente.

A oftalmologia como espelho desse desafio

Na oftalmologia, essa distinção é particularmente evidente. Dispomos de intervenções altamente eficazes, como a cirurgia de catarata e o tratamento do glaucoma. No entanto, seu impacto é dramaticamente reduzido quando inseridas em sistemas que não favorecem educação em saúde, adesão terapêutica e acompanhamento contínuo.

Uma cirurgia tecnicamente perfeita não gera valor se o paciente não compreende seu tratamento, não retorna para acompanhamento ou abandona a terapia crônica. Sem continuidade assistencial, não há desfecho sustentável. Sem desfecho, não há valor — princípio central da formulação do VBHC^{1,2}.

Tecnologia, inteligência artificial e o risco da desumanização

O avanço acelerado da tecnologia e da inteligência artificial adiciona uma nova camada a esse debate. Algoritmos já demonstram elevada acurácia diagnóstica em diversas doenças oftalmológicas, ampliando acesso e eficiência. Esse avanço é real e desejável.

No entanto, como discutido por Larsson, soluções tecnológicas isoladas frequentemente fracassam quando inseridas em sistemas desenhados para produção e não para cuidado centrado no paciente⁵. Tecnologia só gera valor quando melhora desfechos ou reduz custos para o mesmo desfecho clínico, conceito originalmente estabelecido por Porter².

Competir com máquinas é uma disputa perdida por definição. A resposta sustentável é fortalecer aquilo que não pode ser automatizado: julgamento clínico contextualizado, empatia, escuta qualificada e responsabilidade longitudinal. A tecnologia deve libertar o médico da sobrecarga operacional — jamais substituí-lo como agente central do cuidado.

Educação em saúde: o elo frequentemente negligenciado

Outro pilar essencial na geração de valor é a educação em saúde. Desfechos sustentáveis dependem diretamente do entendimento, do engajamento e da adesão dos pacientes, especialmente em condições crônicas.

Na oftalmologia, evidências nacionais destacam que a ausência de políticas estruturadas e permanentes de educação em saúde ocular compromete o impacto de intervenções comprovadamente eficazes⁶. Sem educação, não há adesão. Sem adesão, não há desfecho. E, sem desfecho, não há valor.

Van der Nat e Lee reforçam que a maturidade do VBHC passa pela construção de comunidades de aprendizagem, envolvendo profissionais, pacientes e instituições em um processo contínuo de corresponsabilização pelo cuidado⁷.

Evidência concreta: o Valor em Saúde é viável

O Valor em Saúde não é apenas um discurso abstrato. Experiências concretas, inclusive no Brasil, demonstram que a reorganização do cuidado com base em desfechos clínicos relevantes, integração assistencial e análise sistemática de custos ao longo do ciclo de cuidado é possível e efetiva.

Em estudo publicado no NEJM Catalyst, Ferrari e col, descreveram a experiência de um sistema integrado brasileiro na oftalmologia que adotou princípios do VBHC, com mensuração de desfechos clínicos, integração assistencial e análise longitudinal de custos, resultando em melhora dos resultados, redução de desperdícios e maior satisfação dos pacientes⁸.

O princípio inegociável

Por fim, é fundamental reafirmar aquilo que jamais deveria ser esquecido: o objetivo último da saúde é o paciente. Modelos assistenciais, tecnologias e métricas só fazem sentido quando existem para aliviar sofrimento, restaurar função, preservar autonomia e promover qualidade de vida.

Sempre que um sistema obriga o médico a escolher entre fazer mais ou cuidar melhor, algo está estruturalmente errado. O Valor em Saúde não resolve todos os problemas da medicina contemporânea, mas devolve à profissão a pergunta correta: quais resultados realmente importam para quem cuidamos?

Responder a essa pergunta com honestidade é o primeiro passo para evitar o colapso da medicina como prática humana.

REFERÊNCIAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
2. Porter ME. What Is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477–81.
3. NEJM Catalyst. What Is Value-Based Healthcare? NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery. 2017. Doi:10.1056/CAT.17.0558.
4. Porter ME, Lee TH. Why Strategy Matters Now. N Engl J Med. 2015;372(18):1681–1684.
5. Larsson S. The Future State of Value-Based Care. J Catalyst. 2023;4(6). doi:10.1056/CAT.23.0383.
6. Louzada RN, Costa Filho AA, Alves MR. Sobre a necessidade de políticas nacionais de educação em saúde ocular no Brasil. eOftalmo. 2024;10(1):1–4.
7. van der Nat PB, Lee TH. Expanding the Community of Learning for Value-Based Health Care. J Catalyst. 2025;6(1). doi:10.1056/CAT.25.0032
8. Ferrari PV, Gonçalves FANI, De Maria PF, Herrerias BT, Gracitelli CPB, Hirai FE. How an Integrated Delivery System in Brazil Moved Toward Value-Based Health Care in Ophthalmology. NEJM Catalyst. 2022;3(3). doi:10.1056/CAT.21.0379.

INFORMAÇÃO DO AUTOR



» **Ricardo Valente**

<http://lattes.cnpq.br/1089543682097158>

<https://orcid.org/0009-0003-8752-5108>