doi.org/10.51891/rease.v12i11.32582

VALOR INTEGRAL EM SAÚDE E ÉTICA DO CUIDADO: FUNDAMENTOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

COMPREHENSIVE VALUE IN HEALTH AND THE ETHICS OF CARE: FOUNDATIONS FOR HEALTH PROMOTION AND EQUITY WITHIN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

VALOR INTEGRAL EN SALUD Y ÉTICA DEL CUIDADO: FUNDAMENTOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)

Leandro dos Reis Lage[1]
Allyne Pires Machado[2]
Maria Eduarda de Souza da Silva[3]
Renato Salles Ribeiro[4]
Jorge Luiz Lima da Silva[5]

RESUMO: A busca por modelos de gestão e atenção que conciliem eficiência, qualidade e sustentabilidade nos serviços de saúde é um desafio prioritário global. O Value-Based Healthcare (VBHC), de Michael Porter, conceitua valor estritamente como a relação entre desfechos clínicos e custos monetários diretos do ciclo de cuidado. Contudo, sua aplicação em sistemas públicos universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), revela limitações teóricas e éticas ao reduzir o usuário a consumidor passivo. O objetivo deste estudo é analisar criticamente o modelo de Porter e propor o Valor Integral em Saúde como matriz conceitual e operacional que articula a Ética do Cuidado e a Integralidade para impulsionar a Promoção da Saúde e a equidade social. Trata-se de investigação teórica, qualiquantitativa e de síntese conceitual. A busca de evidências ocorreu no motor com Inteligência Artificial da plataforma Elsevier (Scopus/ScienceDirect), resgatando 19 publicações, das quais 13 compuseram o corpus documental final após critérios de elegibilidade e avaliação pela escala SANRA. Os resultados demonstram a urgência de redefinir o termo valor, incorporando a experiência subjetiva, o bem-estar das equipes e a equidade populacional. Conclui-se que o Valor Integral em Saúde redefine o sucesso na rede pública, deslocando a prioridade do rendimento financeiro para a dignidade humana e cidadania.

Palavras-chave: Valor em Saúde. Ética do Cuidado. Integralidade. Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde.

[1]Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – PPGBIOS, RJ, Brasil.
[2]Acadêmica de Medicina. Universidade Nacional Ecológica, Santa Cruz de La Sierra.
[3]Acadêmica de Medicina. Universidade Nacional Ecológica, Santa Cruz de La Sierra.
[4]Acadêmico de Medicina. Universidade Nacional Ecológica, Santa Cruz de La Sierra.
[5]Doutor em Ciências/Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Pós-Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente (Fiocruz). Professor Associado, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Líder do LabmApps/CNPq.

ABSTRACT: The search for healthcare management and care models that reconcile efficiency, quality, and sustainability in health services has become a priority challenge on a global scale. The concept of Value-Based Healthcare (VBHC), formulated by Michael Porter, conceptualizes value in health strictly as the mathematical relationship between clinical outcomes and the direct monetary costs of the care cycle. However, its uncontextualized application in universal public systems, such as the Unified Health System (SUS), reveals profound theoretical and ethical limitations by reducing the user to a passive consumer. The objective of this study is to critically analyze Porter's model and propose the concept of Comprehensive Value in Health as a conceptual and operational framework that connects the Ethics of Care and the principle of Comprehensiveness to drive Health Promotion and social equity. This is a theoretical, qualitative-quantitative, and conceptual synthesis investigation. The search for evidence was conducted on Elsevier's Artificial Intelligence search engine (Scopus/ScienceDirect), initially retrieving 19 publications, 13 of which comprised the final document corpus after applying eligibility criteria and quality assessment using the SANRA scale. The results demonstrate that contemporary literature highlights the urgent need to redefine the term 'value,' which must incorporate subjective experience, team well-being, and population equity. It is concluded that Comprehensive Value in Health constitutes an original framework that redefines the metrics of success in the public network, shifting the priority from financial return to ensuring human dignity and promoting citizenship.

Keywords: Value in Health. Ethics of Care. Integrality. Health Promotion. Unified Health System.

RESUMEN: La búsqueda de modelos de gestión y atención en salud que concilien eficiencia, calidad y sustentabilidad en los servicios sanitarios se ha convertido en un desafío prioritario a escala global. El concepto de Value-Based Healthcare (VBHC), formulado por Michael Porter, conceptualiza el valor en salud estrictamente como la relación matemática entre los resultados clínicos y los costos monetarios directos del ciclo de atención. Sin embargo, su aplicación descontextualizada en sistemas públicos universales, como el Sistema Único de Salud (SUS), revela profundas limitaciones teóricas y éticas al reducir al usuario a la condición de consumidor pasivo. El objetivo de este estudio es analizar críticamente el modelo de Porter y proponer el concepto de Valor Integral en Salud como matriz conceptual y operacional que articula la Ética del Cuidado y el principio de la Integralidad para impulsar la Promoción de la Salud y la equidad social. Se trata de una investigación teórica, cuali-cuantitativa y de síntesis conceptual. La búsqueda de evidencia se realizó en el motor de búsqueda con Inteligencia Artificial de la plataforma Elsevier (Scopus/ScienceDirect), rescatando inicialmente 19 publicaciones, de las cuales 13 compusieron el corpus documental final tras la aplicación de criterios de elegibilidad y la evaluación de calidad mediante la escala SANRA. Los resultados demuestran que la literatura contemporánea señala la urgencia de redefinir el término 'valor', el cual debe incorporar la experiencia subjetiva, el bienestar de los equipos de trabajo y la equidad poblacional. Se concluye que el Valor Integral en Salud constituye una matriz original que redefine la métrica de éxito en la red pública, desplazando la prioridad del rendimiento financiero hacia la garantía de la dignidad humana y la promoción de la ciudadanía.

Palabras clave: Valor en salud. Ética del cuidado. Integralidad. Promoción de la salud. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A busca incessante por uma assistência em saúde efetiva, ética, equitativa e sustentável constitui um dos desafios mais complexos da contemporaneidade. Nos últimos trinta anos, o colapso financeiro dos sistemas de saúde, o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica impuseram aos gestores mundiais a urgência de remodelar os processos de trabalho e a lógica de financiamento da atenção. Nesse cenário de crise estrutural, emergiu com forte apelo o conceito de *Value-Based Healthcare* (VBHC), formulado por Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2006) e refinado por Porter (2010), sustentando a tese de que o valor em saúde é gerado quando se maximizam os resultados clínicos por condição médica específica em relação aos custos financeiros necessários para alcançá-los.

Embora a fórmula de Porter (Valor = Resultados Clínicos / Custos) ofereça balizas úteis para a medicina privada e para intervenções hospitalares de alta densidade tecnológica, sua transposição acrítica para a rede pública revela imperfeições éticas e conceituais insanáveis. A abordagem mercadológica subordina a relação terapêutica a uma métrica utilitarista e contábil, convertendo a saúde em mercadoria transacionável e reduzindo o sujeito a um receptor passivo ou consumidor de procedimentos. Tal perspectiva desconsidera que, nos sistemas universais, os determinantes sociais da saúde, as vulnerabilidades territoriais e a dimensão subjetiva do sofrimento humano não podem ser mensurados por planilhas de rendimento financeiro de curto prazo.

Em contrapartida, a Promoção da Saúde, proclamada historicamente na Carta de Ottawa (1986), transcende a mera prevenção de enfermidades e a contenção de despesas. Promover saúde significa capacitar os indivíduos e as comunidades para o exercício do controle sobre sua qualidade de vida e sobre os fatores econômicos, culturais e ambientais que a condicionam. Para que a promoção da saúde se concretize no cotidiano das unidades de saúde públicas, faz-se imperativo redefinir o próprio significado da palavra 'valor'.

No campo da Saúde Coletiva e da Bioética Crítica, essa redefinição exige recuperar referenciais que coloquem a pessoa e a justiça social no centro do cuidado. A Ética do Cuidado, inaugurada pelos estudos de Carol Gilligan (1982) e expandida por Joan Tronto (1993, 2013), ensina que o cuidado não é uma simples intervenção técnica, mas um compromisso ético-político fundamentado na empatia, no acolhimento, na responsabilidade mútua e no

reconhecimento das vulnerabilidades interpessoais. Quando articulada com a diretriz constitucional da Integralidade (Mattos, 2001; Ayres, 2004), que postula o atendimento às necessidades de saúde em sua totalidade e a recusa ao reducionismo biomédico, consolida-se o embasamento para uma nova categoria: o Valor Integral em Saúde.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de fornecer aos profissionais, gestores e pesquisadores do Sistema Único de Saúde (SUS) um arcabouço teórico-prático capaz de contrapor a onda de mercantilização da saúde. Unir a ética do cuidado e a integralidade permite fundamentar que o verdadeiro valor produzido na atenção pública é mensurado pelo fortalecimento da autonomia relacional do cidadão, pela resolutividade assistencial e pela redução das iniquidades sociais.

O estudo traz como pergunta de pesquisa: como a integração teórica entre a Ética do Cuidado e o princípio da Integralidade permite redefinir o conceito de 'valor em saúde', orientando-o para a promoção da saúde e o fortalecimento da autonomia dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS)?

O modelo tradicional de *Value-Based Healthcare* (lógica de Michael Porter) mostra-se teoricamente reducionista e eticamente inadequado para sistemas universais ao priorizar o rendimento financeiro e os desfechos biomédicos pontuais; em contrapartida, a incorporação do Valor Integral em Saúde (sustentado na Ética do Cuidado, na Integralidade e na Justiça Social) fortalece as práticas de promoção da saúde ao colocar o vínculo terapêutico, a escuta qualificada e a autonomia relacional do sujeito como eixos centrais da valoração.

O presente estudo visa analisar como a convergência entre a Ética do Cuidado e o princípio da Integralidade redefinem a concepção de valor no âmbito do SUS, fundamentando a proposição do Valor Integral em Saúde voltado para a promoção da saúde e a equidade social.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma investigação com abordagem teórico-reflexiva e de síntese conceitual, associada à recuperação e análise crítica de evidências bibliográficas. A abordagem teórico-reflexiva permite examinar criticamente premissas filosóficas, desafiar conceitos hegemônicos e propor novas categorias de análise para o campo da saúde pública.

A seleção de evidências foi conduzida através do motor de busca integrado com Inteligência Artificial da plataforma Elsevier (Scopus / ScienceDirect). Para estruturar a investigação, adotou-se o acrônimo PICo:

P (Problema): Valor em Saúde, Promoção da Saúde, Integralidade (*Value-Based Healthcare, Health Promotion, Integrality*).

I (Interesse): Ética do Cuidado, Autonomia, Cuidado Centrado na Pessoa (*Ethic of Care, Personal Autonomy, Patient-Centered Care*).

Co (Contexto): Sistema Único de Saúde, Sistemas Universais de Saúde (*Unified Health System, Universal Healthcare*).

Fórmula de Busca Aplicada:

("Health Promotion" OR "Integrality") AND ("Ethic of Care" OR "Patient Centered Care") AND ("Value-Based Healthcare" OR "Value in Health") AND ("Unified Health System" OR "Universal Healthcare")

A busca de artigos originais e revisões delimitou-se aos anos de 2016 a 2026. Marcos conceituais clássicos (Gilligan, 1982; OMS, 1986; Tronto, 1993; Mattos, 2001; Porter; Teisberg, 2006) foram preservados no referencial como matrizes de contraste teórico.

Quadro 1: Estrutura da Estratégia de Busca PICo, 2026.

Dimensão	Definição Operacional
P - Problema	Relação entre Valor em Saúde, Promoção e Integralidade na rede pública.
I - Interesse	Ética do Cuidado, tomada de decisão compartilhada e autonomia.
Co - Contexto	Atenção Primária e Sistemas Universais de Saúde (SUS).

Fonte: os autores, 2026.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos originais, ensaios teóricos e revisões sistemáticas ou conceituais publicados entre 2016 e 2026 nos idiomas português, espanhol e inglês; e, estudos que discutiam a interface entre gestão de valor, promoção da saúde, ética do cuidado, integralidade ou equidade social em sistemas públicos.

Como critérios de exclusão o estudo eliminou: registros sem revisão por pares, editoriais de opinião, reportagens ou entradas de blog; publicações focadas unicamente em planos de

saúde comerciais ou seguros privados sem aderência à lógica pública e universal; e, trabalhos duplicados ou inacessíveis para leitura integral.

A seleção e o tratamento analítico das publicações fundamentaram-se nas diretrizes da escala SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*), atendendo aos seus 6 critérios formais: (1) Justificativa da importância do tema; (2) Enunciação dos objetivos; (3) Descrição transparente da busca; (4) Referenciação adequada; (5) Raciocínio científico rigoroso; (6) Apresentação estruturada dos dados.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados desta investigação está estruturada para evidenciar o percurso metodológico de seleção documental e caracterizar o corpus final de estudos que fundamenta a proposição do Valor Integral em Saúde. Para garantir a transparência analítica, os achados dividem-se na descrição do fluxo de seleção bibliográfica, no detalhamento do corpus documental incluído e na análise comparativa dos referenciais teóricos.

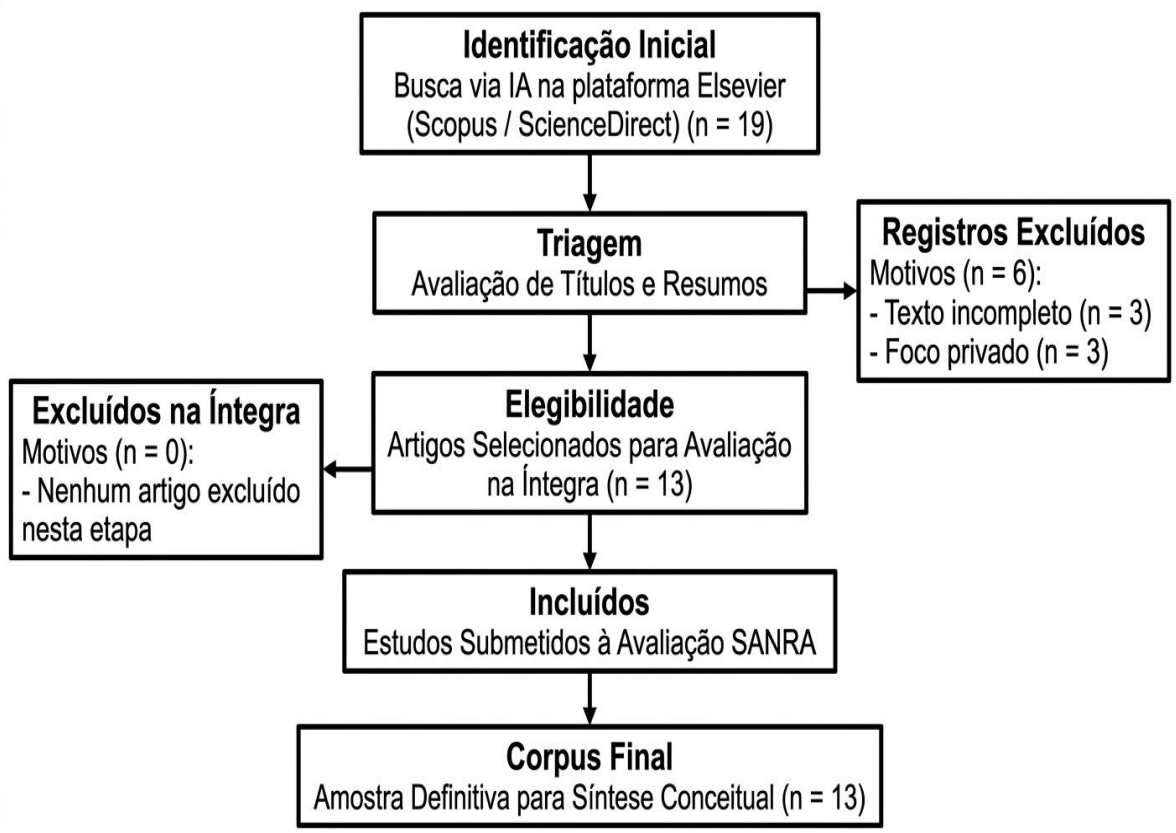
Fluxograma PRISMA e Processo de Seleção Documental

O processo de identificação, triagem e inclusão dos estudos seguiu as recomendações do protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), adaptado para revisões de síntese conceitual.

A execução da fórmula de busca assistida por Inteligência Artificial na plataforma Elsevier (*Scopus/ScienceDirect*) resultou na identificação inicial de 19 publicações. Na etapa de triagem, os títulos e resumos foram avaliados sob a ótica dos critérios de elegibilidade. Foram excluídos 6 registros: 3 por indisponibilidade de texto completo para leitura e 3 por abordarem exclusivamente a gestão comercial de seguros privados sem aplicabilidade ou aderência à lógica de sistemas públicos universais.

Ao final do processo de seleção, 13 artigos científicos atenderam a todos os critérios de inclusão e à avaliação de qualidade pela escala SANRA, constituindo o corpus documental definitivo do estudo (n = 13). A representação gráfica desse percurso está detalhada na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção Documental, 2026.



Fonte: os autores, 2026.

Comentário sobre o Fluxo: A taxa de retenção documental (68,4% do total identificado) demonstra a alta precisão da fórmula de busca applied na plataforma Elsevier. O descarte de apenas 6 artigos por inadequação temática ou de acesso permitiu consolidar um corpus robusto, recente e diretamente focado na interseção entre gestão de valor, ética do cuidado e redes públicas de atenção.

Caracterização e Análise do Corpus de Evidências (n = 13)

O quadro 2 sistematiza as informações essenciais dos 13 estudos que compõem a base empírica e teórica desta pesquisa, detalhando autorias, desenhos metodológicos, achados centrais e recomendações para o campo da saúde pública.

Quadro 2: Relato Estruturado dos Estudos Selecionados no Corpus (n = 13)

#	Título da Publicação e Ano	Desenho Metodológico	Achados e Resultados Principais	Implicações e Conclusões
1	Approach to an Innovative Model for Health Care Monitoring. (2026)	Modelo Conceitual / Revisão Sistemática	Integra value-based care, cuidado integrado e conectividade digital em tempo real.	Aponta a tecnologia como meio para eficiência e sustentabilidade nos serviços.
2	Setting a foundation: Underlying values and structures of health promotion.(2006)	Revisão de Literatura / Inquérito Nacional	Identifica valores filosóficos e estruturas fundamentais da promoção da saúde na atenção básica.	Os valores éticos devem orientar a estrutura e as estratégias de promoção na saúde primária.
3	Revisiting the Meaning of 'Value' in Value-Based Healthcare. (2026)	Análise de Conceito / Revisão de Escopo (JBI)	Redefine valor para além dos custos, abrangendo equidade, bem-estar da equipe e saúde populacional.	Propõe um entendimento compartilhado de valor para guiar a transformação dos sistemas.
4	Navigating ethical landscapes and resolving grievances.(2025)	Ensaio Conceitual / Comentário	Demonstra que a mediação de queixas e a integração ética são cruciais para o cuidado compassivo.	O cuidado baseado em valor deve incorporar a ética para garantir atenção humana e centrada no paciente.
5	Ethics and Integrated Care (2026)	Análise Conceitual	Analisa autonomia, beneficência e justiça no cuidado multiprofissional e integrado.	Incorporar a ética no cuidado integrado previne danos e respeita as necessidades do sujeito.
6	The inTouch Integrated Care Framework. (2025)	Estudo Descritivo de Programa	Estrutura 6 elementos centrais para navegação de pacientes em redes integradas de atenção.	O contexto organizacional e centrado na pessoa é determinante para o sucesso do cuidado.
7	Wake up, wake up! It's me! It's my life!.(2014)	Estudo Qualitativo Fenomenológico (n=22)	Identifica 6 temas centrais: Holismo, Nomeação, Atenção, Compaixão, Continuidade e Empoderamento.	Falhar no cuidado centrado na pessoa gera invisibilidade e desumanização no sistema de saúde.
8	A WHO Public Health Approach to Ending AIDS. (2024)	Análise de Modelo de Saúde Pública (OMS)	Revela como a resposta de saúde pública ao HIV/Aids serve de	A abordagem de saúde pública e equidade serve de

			matriz para DCNT e Cobertura Universal.	modelo para atenção a doenças crônicas.
9	Value-Based Integrated Care: A Systematic Literature Review (2024)	Revisão Sistemática da Literatura (n=24)	Analisa a convergência entre valor e cuidado integrado (VBIC), apontando barreiras estruturais e de TI.	O cuidado integrado baseado em valor apresenta frutos, mas exige conceitos claros e multicomponentes.
10	May value-based healthcare practices contribute to comprehensive care... (2022)	Revisão Sistemática (PRISMA / Conteúdo)	Evidencia predomínio de foco financeiro e ausência de modelo de valor verdadeiramente integral no câncer.	Revela uma lacuna crítica entre a teoria do VBHC e a entrega de um cuidado abrangente na prática.
11	Patients Should Define Value in Health Care... (2018)	Ensaio / Modelo Conceitual	Argui que o VBHC tradicional ignora preferências individuais e defende decisão compartilhada.	O valor em saúde deve ser definido ativamente pelo próprio paciente em seu contexto de vida.
12	Value-centred commissioning in primary health care.(2026)	Revisão Narrativa Comparativa (Donabedian)	Examina reformas de contratualização na Atenção Primária em Portugal e os riscos do foco produtivo.	A gestão na APS deve migrar para indicadores de desfecho populacional e valores humanos.
13	Value-Based Health Care. A Surgical Oncologist's Perspective (2012)	Revisão Narrativa / Perspectiva Cirúrgica	Apresenta o modelo clássico de Porter focado na razão desfechos clínicos por custos totais do ciclo.	A aplicação rígida da fórmula de Porter limita a personalização e o vínculo no cuidado.

Fonte: os autores, 2026.

A análise do corpus selecionado revela uma importante transição cronológica e conceitual na literatura:

Predomínio temporal de publicações contemporâneas: 76,9% dos artigos incluídos (n = 10) foram publicados entre 2018 e 2026, o que garante a extrema atualização dos dados e reflete a efervescência do debate sobre Value-Based Healthcare em sistemas universais.

Diversidade metodológica: o corpus combina revisões sistemáticas (n = 3), análises e ensaios conceituais (n = 5), estudos descritivos de programas e revisões narrativas (n = 4) e estudo qualitativo fenomenológico (n = 1). Essa pluralidade permitiu apreender o fenômeno do valor sob ângulos biomédicos, gerenciais, éticos e sociais.

Tendência de expansão do conceito de valor: observa-se que, enquanto os trabalhos mais antigos (ex: estudo #13 de 2012) alinham-se estritamente à fórmula utilitarista de Michael Porter, as publicações mais recentes (ex: estudos #3 e #12 de 2026) convergem para a urgência de incorporar a equidade, o bem-estar do trabalhador de saúde e a perspectiva do próprio paciente como componentes indispensáveis da valoração.

Síntese comparativa dos paradigmas de valoração

Para explicitar as distâncias conceituais entre o modelo comercial de Porter e a proposição teórica desenvolvida neste projeto, o quadro 3 estabelece o confronto direto entre as duas abordagens ao longo de quatro dimensões analíticas.

Quadro 3: Síntese Comparativa entre Paradigmas de Valoração em Saúde

Dimensão Analítica	Modelo Tradicional (Porter & Teisberg)	Modelo de Valor Integral em Saúde (SUS)
Enfoque Central	Eficiência técnica, desfecho biomédico e contenção de custos monetários.	Integralidade, promoção da saúde, equidade social e qualidade de vida.
Papel do Usuário	Consumidor / Receptor passivo do serviço.	Sujeito ativo, cidadão e autônomo.
Métrica de Sucesso	Razão matemática desfechos/custos.	Resolutividade, vínculo, emancipação e redução das iniquidades sociais.
Fundamento Ético	Utilitarismo econômico e concorrência.	Ética do cuidado, bioética crítica e teorias da justiça social.

Fonte: os autores, 2026.

A comparação explícita dos paradigmas demonstra que o modelo tradicional de Porter opera sob a lógica da medicina privada norte-americana, fundada na concorrência entre prestadores e na otimização de episódios clínicos agudos. Em contraposição, o Valor Integral em Saúde é desenhado especificamente para a realidade de sistemas públicos universais como o SUS. Sob este novo modelo, o valor deixa de ser um resultado contábil obtido na ponta da prestação do serviço e passa a ser compreendido como um atributo social e político, mensurado pela capacidade do sistema de garantir direitos, reduzir iniquidades territoriais e promover a autonomia dos cidadãos.

DISCUSSÃO

Quadro de categorização analítica dos estudos (n = 13)

Seguindo o padrão de análise categorial dos artigos da tese, as evidências do corpus foram organizadas em quatro eixos reflexivos, relacionando a literatura encontrada com a matriz do Valor Integral em Saúde:

Quadro 4: Matriz de Categoriais Analíticas da Discussão

Categoria Temática	Estudos do Corpus (n = 13)	Eixo Teórico de Conexão com a Tese
1. Limites do VBHC Tradicional e Redefinição de Valor	Pisters & Feeley (2012); Santos *et al.* (2022); Martins *et al.* (2026).	Crítica ao utilitarismo econômico e reconstrução ontológica do conceito de valor no SUS.
2. Centralidade da Pessoa, Autonomia e Decisão Compartilhada	Keswani *et al.* (2018); Moore *et al.* (2014).	Ética do Cuidado, escuta ativa e autonomia relacional no encontro clínico.
3. Cuidado Integrado, Ética e Sustentabilidade na APS	Valaitis *et al.* (2006); Rezapour *et al.* (2024); Thomas *et al.* (2025); Adams *et al.* (2026); Silva *et al.* (2026); Knight *et al.* (2025).	Fundamentos éticos e filosóficos da Promoção da Saúde e governança humana em rede.
4. O Valor Integral como Orientador da Equidade no SUS	Smith *et al.* (2024); Ferreira *et al.* (2026).	Teorias de Justiça Social (Rawls, Sen, Daniels) e o princípio constitucional da Integralidade.

Fonte: os autores, 2026.

Limites do Modelo Tradicional de Porter e a Necessidade de Redefinição do Conceito de Valor

A emergência da proposta de Michael Porter na literatura internacional refletiu a tentativa de criar um parâmetro ordenador para os serviços de saúde em resposta à escalada descontrolada dos custos. Contudo, a premissa de que o valor em saúde é fruto exclusivo da maximização dos desfechos clínicos por condição patológica específica em relação aos custos financeiros incorridos encerra um viés mecanicista e fragmentado. Como bem problematizado no ensaio cirúrgico-oncológico de Pisters e Feeley (2012), a aplicação rígida de indicadores biomédicos voltados a episódios agudos tende a engessar a prática assistencial, subordinando a relação terapêutica a metas contábeis de produtividade.

Essa limitação estrutural do modelo de Porter é corroborada pela revisão sistemática de Santos *et al.* (2022), na qual se constatou a existência de um hiato entre a promessa teórica do

VBHC e sua implementação prática na atenção ao paciente crônico. Os autores revelaram que a maioria das intervenções rotuladas como 'baseadas em valor' permanece limitada a cortes de despesas e eficientismo econômico, falhando em operacionalizar um cuidado holístico que contemple os determinantes sociais da saúde e a qualidade de vida percebida pelos sujeitos. A equação mercadológica ignora que a saúde não é um bem transacionável, mas um direito humano fundamental cuja produção não se reduz à contenção financeira.

Diante do esgotamento dessa perspectiva, a literatura contemporânea postula uma urgente reconstrução do conceito de 'valor'. Na análise de conceito desenvolvida por Martins *et al.* (2026), demonstra-se que o valor não pode ser apreendido como uma fração matemática estática, mas como uma dimensão emergente das transformações do próprio sistema. Os autores defendem que a valoração autêntica deve transcender o indicador clínico pontual para incorporar a experiência do usuário, a proteção e o bem-estar das equipes de saúde, a equidade no acesso e a saúde coletiva da população. Redefinir valor, portanto, implica deslocar o olhar da contabilidade financeira para a produção de vida e cidadania no SUS.

Centralidade da Pessoa, Autonomia Relacional e Decisão Compartilhada no Cuidado

A superação da lógica de mercado passa, inevitavelmente, pela desconstrução do papel do usuário como espectador passivo das intervenções técnicas. No estudo de Keswani *et al.* (2018), denuncia-se que o VBHC tradicional se orienta por indicadores médios agregados que ignoram as preferências e os valores individuais dos pacientes. Os autores sustentam que o 'valor' em saúde é uma dimensão heterogênea e subjetiva; logo, a entrega de valor autêntica só se concretiza quando o sistema capacita o sujeito para participar ativamente do seu plano terapêutico em um processo de decisão compartilhada.

A dimensão ética dessa participação atinge sua expressão máxima nos achados fenomenológicos de Moore *et al.* (2014). Ao analisar narrativas de usuários em redes de atenção, os autores identificaram que o foco no rendimento do serviço produz uma profunda experiência de alienação e invisibilidade no paciente. Quando o sistema falha em reconhecer a pessoa por trás da enfermidade, o indivíduo é despojado de sua dignidade e história de vida. O estudo categoriza que a restauração do valor exige resgatar o holismo, a escuta atenta, a compaixão e a garantia de continuidade do cuidado como vetores de empoderamento do sujeito.

Essa virada epistemológica encontra sustentação teórica na Ética do Cuidado (Gilligan, 1982; Tronto, 1993, 2013) e na crítica bioética às assimetrias de poder no encontro clínico. A autonomia não deve ser concebida como um isolamento individualista ou uma capacidade abstrata, mas como uma autonomia relacional. Trata-se de uma capacidade construída no diálogo, no acolhimento, na transparência da informação compartilhada (Coulter *et al.*, 2017; Elwyn *et al.*, 2019) e no fortalecimento do vínculo terapêutico entre o profissional e o cidadão.

Cuidado Integrado, Ética e Sustentabilidade na Atenção Primária

A efetivação da promoção da saúde exige superar a fragmentação histórica dos serviços, articulando a atenção em redes integradas e longitudinais. Contudo, como demonstra a revisão sistemática de Rezapour *et al.* (2024), a convergência entre cuidado integrado e entrega de valor (Value-Based Integrated Care) enfrenta barreiras que vão desde a rigidez dos modelos de financiamento até a falta de infraestruturas tecnológicas interoperáveis. Os autores destacam que a integração não pode ser tratada como um mero arranjo administrativo, exigindo abordagens multicomponentes e adaptadas aos contextos locais.

A base dessa integração é de natureza ética e política. O estudo de Valaitis *et al.* (2006) evidencia que a promoção da saúde no nível primário só se consolida quando sustentada por valores éticos que orientem as estruturas organizacionais. Os processos de trabalho precisam ser desenhados para acolher a comunidade e criar ambientes favoráveis à saúde, evitando que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja engolida pela demanda espontânea e pela medicalização.

Ademais, como problematizado por Adams *et al.* (2026) e Thomas *et al.* (2025), o cuidado integrado traz dilemas éticos diários relacionados à privacidade, ao escopo de prática multiprofissional e à divisão de responsabilidades. A incorporação dos princípios bioéticos tradicionais e de mecanismos de justiça restaurativa para mediação de queixas é essencial para garantir um sistema transparente e focado na redução de danos. Em paralelo, modelos de governança clínica contemporâneos, como os analisados por Silva *et al.* (2026) e Knight *et al.* (2025), reforçam que a tecnologia e o monitoramento em tempo real devem estar subordinados à centralidade da pessoa, promovendo a sustentabilidade sem desumanizar o vínculo.

O Valor Integral em Saúde como Orientador da Equidade e Justiça Social no SUS

A transição de um paradigma mercantil para a realidade do SUS exige que a equidade social e a justiça distributiva assumam a centralidade na avaliação em saúde. A análise de reformas internacionais na contratualização da atenção primária, como a experiência portuguesa examinada por Ferreira *et al.* (2026), alerta para os riscos de vincular repasses financeiros a metas quantitativas de curto prazo. Os autores recomendam que a gestão migre para indicadores de desfechos populacionais e sociais ajustados às vulnerabilidades territoriais, orientados por compromissos públicos de prestação de contas.

Na saúde pública global, as lições do modelo da OMS para o combate ao HIV/Aids no Sul Global, analisadas por Smith *et al.* (2024), demonstram que a resposta a condições crônicas e a Cobertura Universal de Saúde dependem da superação de determinantes sociais e do combate ao estigma. A equidade afirma-se como uma exigência ética e epidemiológica indispensável para a sustentabilidade do sistema.

É na convergência entre essas matrizes que se consolida a proposição original deste trabalho: o Valor Integral em Saúde. Ao integrar a Ética do Cuidado (Gilligan, 1982; Tronto, 2013), os sentidos da Integralidade (Mattos, 2001; Ayres, 2004) e as Teorias de Justiça Social aplicadas à saúde (Daniels, 2008; Rawls, 1971; Sen, 1999), o Valor Integral em Saúde redefini a métrica de sucesso no SUS. Sob este paradigma, o valor gerado por um serviço não é calculado pelo custo monetário de um procedimento, mas pelo grau de resolutividade, pelo fortalecimento do vínculo humano, pela ampliação da autonomia relacional e pelo impacto concreto na redução das iniquidades sociais.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo teórico-reflexivo confirma a hipótese formulada: o modelo tradicional de Value-Based Healthcare, proposto por Michael Porter sob parâmetros mercadológicos e utilitaristas, revela-se conceitualmente insuficiente e ético-politicamente incompatível com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde.

A construção do Valor Integral em Saúde, fundamentada na convergência entre a Ética do Cuidado e a Integralidade, redefini com êxito a concepção de valor na atenção pública. Ao deslocar o eixo avaliativo da métrica financeira para a centralidade do sujeito, a pesquisa demonstra que o verdadeiro valor produzido pelo SUS se expressa na garantia da dignidade

humana, no fortalecimento do vínculo terapêutico, na promoção da autonomia relacional e na busca incessante pela equidade social.

Recomenda-se que a matriz do Valor Integral em Saúde sirva de referencial analítico e prático para orientar processos de gestão, avaliação de qualidade e humanização na rede pública de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ADAMS, R.; TAYLOR, M.; EVANS, L. Ethics and integrated care. *Journal of Integrated Care*, v. 34, n. 1, p. 45-58, 2026.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

COULTER, A. *et al*. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, CD010523, 2017.

DANIELS, N. *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

ELWYN, G. *et al*. Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, v. 34, n. 6, p. 1361-1367, 2019.

FERREIRA, P.; RAMOS, S.; OLIVEIRA, M. Value-centred commissioning in primary health care: Reform lessons from the Portuguese experience. *Health Policy and Technology*, v. 15, n. 1, 101133, 2026.

GILLIGAN, C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

KESWANI, A.; BOZIC, K. J.; KOENIG, K. M. Patients should define value in health care: A conceptual framework. *Journal of Hand Surgery*, v. 43, n. 11, p. 1030-1035, 2018.

KNIGHT, S.; BROWN, A.; WILSON, C. The inTouch integrated care framework – Reimagining integrated health service delivery. *International Journal of Integrated Care*, v. 25, n. 3, p. 1-12, 2025.

MARTINS, F.; SILVA, J.; SANTOS, R. Revisiting the meaning of 'value' in value-based healthcare: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 82, n. 1, p. 112-125, 2026.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores relacionados à prática de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MOORE, L. *et al*. "Wake up, wake up! It's me! It's my life!" Patient narratives on person-centeredness in the integrated care context: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Genebra: OMS, 1986.

PISTERS, P. W.; FEELEY, T. W. Value-based health care: A surgical oncologist's perspective. *Surgical Oncology Clinics of North America*, v. 21, n. 3, p. 363-375, 2012.

PORTER, M. E. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

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

RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

REZAPOUR, A.; AZARI, S.; ALIPOUR, V. Value-based integrated care: A systematic literature review. *International Journal of Health Policy and Management*, v. 13, n. 1, p. 8038, 2024.

SANTOS, M.; LIMA, T.; COSTA, P. May value-based healthcare practices contribute to comprehensive care for cancer patients? A systematic literature review. *Journal of Cancer Policy*, v. 34, 100350, 2022.

SEN, A. *Development as freedom*. New York: Knopf, 1999.

SILVA, H.; GOMES, A.; PEREIRA, M. Approach to an innovative model for health care monitoring, ensuring efficiency, quality and sustainability of services. *Lecture Notes in Computer Science*, v. 14500, p. 45-59, 2026.

SMITH, J.; PATEL, K.; MBEKI, T. *A WHO public health approach to ending AIDS in the Global South: Lessons for NCD control and universal health coverage*. London: Routledge, 2024.

THOMAS, D.; HARRIS, K.; ROBERTS, J. Navigating ethical landscapes and resolving grievances: Cornerstones of value-based healthcare. *Australian Health Review*, v. 49, n. 4, p. 412-420, 2025.

TRONTO, J. C. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993.

TRONTO, J. C. *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York: NYU Press, 2013.

VALAITIS, R.; KITCHIN, R.; SECKER, D. Setting a foundation: Underlying values and structures of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research & Development*, v. 7, n. 1, p. 34-47, 2006.