

Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal

Variable compensation in Primary Healthcare: a report on the experience in Curitiba, Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon, Portugal

Paulo Poli Neto ¹

Nilza Teresinha Faoro ^{1,2}

José Carlos do Prado Júnior ³

Luís Augusto Coelho Pisco ⁴

Abstract *How professionals are compensated may affect how they perform their tasks. Fixed compensation may take the form of wages, payment for productivity or capitation. In addition to fixed compensation, there are numerous mechanisms for variable compensation. This article describes the experience of Curitiba and Rio de Janeiro in Brazil, and Lisbon in Portugal, using different models of performance-based compensation. In all three of these examples, management felt the need to offer monetary reward to achieve certain goals. The indicators analyzed the structure, processes and outcomes, and assessed professionals individual and as part of healthcare teams. In Lisbon, variable compensation can be as high as 40% of the base wage, while in Curitiba and Rio de Janeiro it is limited to 10%. Despite the growing use of this management tool in Brazil and the world, further studies are required to analyze the effectiveness of variable compensation.*

Key words *Primary healthcare, Efficiency, Quality of healthcare, Compensation*

Resumo *A forma de remuneração dos profissionais pode ter implicação no modo como desempenham suas atividades. A remuneração fixa pode ser realizada por meio de salário, pagamento por produção ou por capitação. Além da remuneração fixa, diversos sistemas têm utilizado a variável. Neste artigo são apresentadas as experiências de Curitiba e do Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal, na utilização de diferentes modelos de pagamento por performance. Os gestores nesses três exemplos sentiram a necessidade de utilizar uma premiação monetária para alcançar determinados objetivos. Os indicadores analisam estrutura, processo e resultados e avaliam profissionais individualmente e equipes de saúde. Em Lisboa, o pagamento pode representar até 40% do vencimento base, enquanto em Curitiba e no Rio de Janeiro vai até 10%. Apesar da crescente utilização dessa ferramenta de gestão no Brasil e no mundo, mais estudos são necessários para avaliar a efetividade dessas iniciativas.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Eficiência, Qualidade da assistência à saúde, Remuneração*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. R. Francisco Torres, Centro. 80060-130 Curitiba PR Brasil.

ppolineto@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba PR Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Departamento de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa Portugal.

Introdução

Os sistemas de saúde modernos – que têm sua origem no século XIX na Alemanha e a partir do início do século XX na Inglaterra e outros países da Europa Ocidental – se tornam cada vez mais complexos e exigem a oferta de uma ampla gama de serviços¹. Nesse período houve um enorme desenvolvimento de novas tecnologias de diagnóstico e de tratamento na medicina e a uma grande fragmentação do trabalho na área da saúde, a que McWhinney e Freeman definem como a “era das especialidades”².

Diversos países organizaram sistemas nacionais de saúde buscando uma combinação adequada entre a oferta de generalistas e especialistas focais³. Os profissionais liberais, não vinculados a nenhuma rede de serviços, pública ou privada, são cada vez mais raros.

A principal forma de remuneração dos profissionais liberais é o pagamento por ato, por consulta ou procedimento. O salário, remuneração fixa, é a forma de remuneração mais comum em todos os setores, público e privado, e relaciona-se ao cumprimento de uma função por uma quantidade predeterminada de tempo. Os países que na fundação dos sistemas nacionais de saúde decidiram contratar médicos de atenção primária que atuavam como profissionais liberais estabeleceram ainda uma terceira forma de remuneração fixa: a capitação, que vem de capita (cabeça) e vincula um valor ao número de pessoas que são acompanhadas por um profissional ou uma equipe⁴.

Ainda que o tema da remuneração sempre tenha tido sua importância para os gestores dos sistemas de saúde, a preocupação com a relação entre a forma de remuneração e o conteúdo da clínica oferecida é mais recente. Antes, cabia mais aos gestores a oferta de um determinado serviço e a contratação de profissionais do que propriamente uma atuação na gestão da clínica⁵. No caso do *National Health Service* (NHS), o sistema de saúde inglês, esse movimento iniciou na década de 1990 e ficou conhecido como governança clínica. Na governança clínica o olhar da gestão recai sobre os padrões de assistência, o que era apenas uma preocupação profissional ou das corporações profissionais⁵.

Dois fatores parecem ser preponderantes na qualidade do atendimento clínico dos profissionais de saúde: a cultura profissional em que se formou e na qual atua; e a forma de remuneração. A cultura profissional relaciona-se ao conjunto de fatores, éticos e técnicos, que darão os

limites do que a maioria considerará adequado fazer⁶.

No Brasil, utiliza-se majoritariamente o pagamento por salário no sistema público e por produção no sistema privado em relação à atenção ambulatorial e Atenção Primária à Saúde (APS). Ambas estão relacionadas a determinadas vantagens e desvantagens, como maior ou menor produção de consultas, maior ou menor resolutivez, dentre outras. Nos países socialmente desenvolvidos, a maior parte da remuneração dos profissionais se dá por capitação, ou seja, um valor fixo por pessoas vinculadas à lista de cada médico de família ou equipe de atenção primária. O Quadro 1 sintetiza os modelos de remuneração para a APS e demonstra que para cada um deles existem efeitos desejáveis ou não⁷.

Alguns estudos têm demonstrado que os melhores resultados provêm de uma combinação de diferentes modos de remuneração, geralmente com uma parte fixa maior (em torno de 60 a 70% do total) e uma parte variável (restante)^{5,7}.

A remuneração variável ou o pagamento por performance pode ocorrer de diferentes formas, há experiências com pagamento pela produção de determinados procedimentos, como pequenas cirurgias ou por contatos realizados por correio eletrônico com os pacientes; e outras com o uso de um conjunto de indicadores que envolvem desde resultados de seguimento de saúde de grupos populacionais específicos, como controle de pressão arterial ou de hemoglobina glicosilada em diabéticos, à ações intermediárias, como número de consultas ou de pessoas atendidas.

A experiência da remuneração variável em sistemas de saúde com profissionais próprios, vinculados à administração direta, costuma trazer para a relação entre gestores, profissionais e usuários a figura da contratualização de prestação de serviços. No Brasil, a APS costuma ser gerenciada diretamente pelas secretarias municipais de saúde ou por meio de organizações sociais e fundações estatais. O acréscimo de um recurso financeiro ao salário dos funcionários é uma forma de estimular o desenvolvimento de atividades que o vínculo laboral anterior ou original não daria conta.

O objetivo de se ter um diferencial de acordo com o desempenho é o de produzir uma nova cultura profissional, portanto, os incentivos deveriam se voltar para as atividades que não são corriqueiras para a maioria dos profissionais. Do mesmo modo, esse conjunto de indicadores deve ser trocado de tempos em tempos para estimular ações ou processos de trabalho pouco realizados.

Quadro 1. Resumo das características dos incentivos associados com diferentes sistemas de remuneração e os seus efeitos sobre os médicos de família.

Sistema	Efeitos
Capitação	Induz a minimizar custos e esforços por meio de: retenção de pacientes acompanhamento de pacientes o menos frequente e mais rápido possível referência mais frequente a especialistas seleção de pacientes de baixo risco oferecer cuidados preventivos e curativos de longo prazo expandir a lista de pacientes
Pagamento por produção	Induz a maximizar resultados (consultas, visitas, tratamento) por meio de: indução de demanda atração adicional de pacientes (p.ex. por aumento da qualidade) trabalho por longas horas concentração somente em pagamentos remuneráveis minimização do tempo de consultas relutância em encaminhar para especialistas declaração de procedimentos não realizados definição de custos por unidade gestão do tempo de forma eficiente (aumenta produtividade)
Salário	Não induz: comportamento deliberado de geração de custo contenção de custos atrair pacientes ser sensível as necessidades dos pacientes Induz a minimizar esforços para: selecionar pacientes de baixo risco reduzir a extensão de consultas e visitas limitar o número de consultas e visitas referenciar a especialistas mais frequentemente produzir uma quantidade limitada de informação sobre o conteúdo do cuidado reduzir o ritmo de trabalho trabalhar horas extras se o pagamento destas está disponível
Pagamento por metas	Induz a minimizar custos: só fornece o nível de metas de cuidado previsto não se esforça para alcançar as metas se é pouco provável que estas sejam cumpridas
Orçamento	Induz a comprar serviços por cuidados custo-efetivos maximizar a prestação de cuidados médicos na prática atrasar encaminhamentos de pacientes para especialistas aumentar a atividade no ano de referência como base para definir o tamanho do orçamento selecionar os pacientes de baixo risco substituir os serviços financiáveis por serviços não financiáveis contratar-se como prestadores de serviços de saúde aderir ao esquema se um declínio da atividade está prevista reduzir atividade quando o esquema de orçamento seja abolido e superávits acumulados podem ser utilizados

Fonte: Adaptado de Dutch Healthcare Authority⁷.

Se parece haver um consenso sobre a importância da remuneração variável como parte da renda dos profissionais de saúde, o conteúdo da

avaliação é um ponto nevrálgico. O trabalho nas unidades de APS é bastante complexo e sujeito a muitas variáveis, assim como o bem-estar de

uma população e os seus indicadores de saúde são influenciados por setores da sociedade que não somente o dos serviços sanitários. Um dos riscos é o de a remuneração variável dirigir-se demasiadamente a um ou a outro grupo populacional em detrimento de características centrais da APS, como a do acesso, continuidade e abrangência do cuidado⁸. Há também questões éticas pela possibilidade de abalar a confiança do paciente em relação ao médico por achar que possa agir mais interessado no resultado de um indicador do que na sua demanda⁹.

A experiência do pagamento por desempenho começa na Austrália, em 1994, e logo surge no Canadá, EUA, Nova Zelândia e Reino Unido⁹. Vários municípios brasileiros vêm adotando esse modelo, como Curitiba, desde 2002¹⁰. Refletindo experiências nacionais e internacionais, o Ministério da Saúde brasileiro lança em 2013 o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) que repassa para municípios um incentivo financeiro atrelado ao desempenho das equipes de APS em uma série de indicadores, o que tem provocado uma grande expansão da remuneração variável no país¹¹.

As experiências de Curitiba, do Rio de Janeiro e da região de Lisboa que serão apresentadas em seguida abordam especialmente a transição de um modelo de pagamento por salário para um que associa a remuneração fixa por horas trabalhadas a uma remuneração variável.

O objetivo do artigo é descrever sumariamente cada uma das experiências, qual foi o seu processo histórico, como se deu e quais os indicadores escolhidos e em que fase está o processo de implementação.

Remuneração Variável na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Breve histórico

Na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), a política de remuneração variável estabelecida pela gestão da APS pode ser apontada como uma aliada na busca da motivação dos profissionais de saúde com a inovação do processo de trabalho e alcance de metas pactuadas com os gestores, bem como uma adequada ferramenta na busca da qualidade dos serviços de saúde e estruturação da APS no município¹⁰.

A primeira experiência da SMS com remuneração variável foi ainda na década de 1990, com o Programa de Incentivo à Qualidade (PIQ). A instituição implantou um sistema de avaliação para os servidores das UBS, em que as equipes se-

leccionavam alguns indicadores de uma lista previamente estabelecida, para os que conseguiam obter os melhores resultados repercutia em um *plus* financeiro.

Em 2003, é implantado um novo modelo de remuneração variável, Incentivo de Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), apoiado por um sistema de avaliação realizada trimestralmente, é composto por quatro processos avaliativos que compõe a somatória de resultado final sendo: Avaliação individual; Autoavaliação; Avaliação da comunidade e Avaliação da Unidade¹⁰.

Para receber o incentivo, o profissional deveria ter resultado igual ou superior a 80% na avaliação individual e na soma das avaliações. O pagamento da gratificação incide sobre o salário base do servidor e o percentual é de 20 a 50% dependendo da UBS, já que a lotação estava atrelada ao desempenho. Nos últimos dois anos, a SMS iniciou a reestruturação do processo de remuneração variável dos servidores, construída com base nos atributos e valores da APS⁸.

Indicadores

Composto por quatro dimensões (Figura 1), sendo: Satisfação do usuário, uma entrevista telefônica quadrimestral utilizando questionário validado internacionalmente (*Primary Care Assessment Tool, PCA-Tool*); Avaliação dos serviços ofertados, por meio de contratualização com as equipes e auditoria, classificando as equipes de acordo com a organização do acesso e a oferta de serviços; Características Individuais do Servidor,



Figura 1. As quatro dimensões da remuneração variável propostas para a Atenção Primária à Saúde em Curitiba-PR.

Fonte: SMS Curitiba, projeto para nova remuneração variável. Documento interno.

avaliação de produção, continuidade na mesma equipe e formação profissional; e Ambiência organizacional, que envolve cuidado com equipamentos, ambiente de trabalho e relação interprofissional.

Os critérios referem-se aos atributos da APS e são compostos por indicadores que orientam a classificação das equipes em três níveis – A, B e C, de acordo com o alcance dos resultados (Tabela 1). A avaliação ocorrerá quadrimestralmente e o escore alcançado pelo profissional nesta avaliação será utilizado para pagamento da remuneração variável, baseada no salário base nominal.

O processo pretende melhorar o acesso e o vínculo entre equipes de saúde e população, aumentar a carteira de serviços disponíveis e sua satisfação com o serviço, valorizar o comprometimento dos profissionais com o desenvolvimento do processo de trabalho, bem como a formação voltada para a necessidade do serviço.

Outra grande mudança em relação ao modelo anterior é que o resultado da avaliação deixará de ser o mesmo para todos os profissionais. Nesse novo desenho, as avaliações individuais, da equipe de saúde da família e da UBS comporão uma média que pode ser diferente para cada profissional.

A nova remuneração variável em Curitiba está em processo de implementação, ainda que o desenho esteja bem desenvolvido, falta conciliá-lo com outras mudanças recentes na política remuneratória municipal.

Remuneração Variável na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Breve histórico

O Município do Rio de Janeiro iniciou sua reforma da APS em 2009, passando sua cobertura

de 3,5% para 42,2% ao final de 2012. O modelo de gestão utilizado para a expansão da estratégia de saúde da família foi o de parceria com as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Nos contratos de gestão firmados com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), tanto as OSS quanto os profissionais de saúde são avaliados a partir de indicadores de processo e de resultado.

O pagamento por desempenho se deu a partir de 2011 quando da implantação dos prontuários eletrônicos nas unidades de APS. A matriz de indicadores é, em grande parte, uma adaptação daqueles utilizados em Portugal. A cada 3 meses os resultados são avaliados através de uma Comissão Técnica de Avaliação instituída pela SMS-Rio para acompanhamento de cada contrato de gestão. Os indicadores são revisados anualmente e podem sofrer pequenos ajustes. Cada contrato de gestão com as OSS têm duração de 2 anos prorrogáveis por até 5 anos. Para haver a renovação dos contratos, as OSS são avaliadas a partir do resultado de desempenho alcançado.

Os contratos de gestão passaram a prever um repasse financeiro variável de acordo com os resultados alcançados em três componentes: 1) conjunto de indicadores de organização de processos, desempenho assistencial e eficiência das OSS (incentivo à gestão da OSS); 2) conjunto de indicadores que avalia cada unidade de saúde (incentivo institucional) e 3) indicadores de gestão da clínica que avalia os profissionais de cada equipe (incentivo financeiro).

Assim, o pagamento por desempenho passa a ser uma forma de descentralização orçamentária, em que as equipes de saúde da família decidem sobre a aplicação do recurso financeiro variável alcançado (incentivo institucional), além de estimular a rede a melhorar o desempenho clínico para alguns indicadores considerados prioritários.

Tabela 1. Avaliação do atributo acesso na remuneração variável proposta para a Atenção Primária à saúde em Curitiba-PR.

Critério/indicador	Classificação	Pontuação/Nota
Realizar ampliação das formas de acesso dos usuários da equipe ESF	A. B + C + Orientação por telefone B. C + Disponibilização de agendamento por telefone para consulta C. Agendamento presencial para avaliação médico/enfermeiro/dentista	100 75 50
Pontuação Máxima		100

- Pergunta específica no inquérito telefônico, com usuários com vinculação/ cadastros definitivos na UBS.
- Nota final: Média obtida pela UBS.
- A avaliação deve ser considerada para todos os profissionais da equipe ESF.

rios permitindo uma remuneração variável (incentivo financeiro).

Indicadores

Variável 1: Aproximadamente 2% do valor contratual se destina ao pagamento variável pelo desempenho das OSS. Esse valor não representa lucro, uma vez que deve ser investido no próprio objeto do contrato e ter o plano de aplicação aprovado pela SMS. Assim, esse valor é revertido para a própria SMS-Rio.

Exemplo: em um dos contratos de gestão, esta variável permitiu que todos os agentes comunitários de saúde tivessem a oportunidade de atingir o ensino fundamental. Esse curso foi realizado nas próprias dependências das unidades de saúde (US). Cada distrito sanitário (Área de Planejamento) da SMS-Rio decide como vai aplicar o valor da variável 1 do seu contrato de gestão.

Os indicadores da variável 1 são proporções ou taxas e procuram medir a eficiência da Organização Social¹². São 21 indicadores no total, avaliados a cada três meses.

Variável 2: indicadores que avaliam o desempenho das US. Todas as equipes da mesma US dependem das demais para alcançar as metas. Cada unidade de APS pode receber R\$ 3.000,00 por equipe de saúde da família a cada 3 meses e os profissionais decidem como utilizar esse recurso, o qual deve ser revertido para melhorias na própria US (incentivo institucional), podendo ser cursos, custeio de congressos, livros, etc.

Esse grupo de indicadores é dividido nas seguintes dimensões: “acesso (A)”, “desempenho assistencial (D)”, “satisfação dos pacientes (S)” e “eficiência (E)”, alguns dos quais são extraídos dos prontuários eletrônicos¹²:

A1. Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família.

A2. Percentagem de demanda espontânea em relação à programada.

A5. Taxa de itens da Carteira de Serviços realizados no período.

A6. Percentual de consultas agenda, das não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.

D1. Percentual de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.

D2. Percentual de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses.

D4. Percentual de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos.

D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.

S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

E1. Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário.

E4. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.

Variável 3: indicadores que refletem o desempenho clínico de cada equipe de saúde da família. Cada profissional pode receber até 10% do seu salário base por mês a cada 3 meses. Alguns fatores são importantes: a) cada profissional da equipe depende da atuação dos demais. Todos os profissionais recebem a mesma percentagem variável, b) os profissionais são livres para pontuar nos indicadores que forem possíveis de se alcançar e está diretamente relacionada com a prevalência local (Quadro 2).

As equipes são remuneradas a partir das gestantes que encerraram a gestação no trimestre de referência e que foram acompanhadas adequadamente. Para definir um “bom acompanhamento” utilizou-se medidas baseadas em evidência científica para induzir uma boa prática clínica (Quadro 3).

Para todas as gestantes que encerraram o pré-natal no trimestre de referência e que cumpriram os requisitos da Tabela 2, a equipe estará pontuando 08 Unidades Contábeis (UC), ou seja, os profissionais não são remunerados pelo total de gestantes acompanhadas, mas sim por aquelas que realizarem um bom pré-natal. Para esse acompanhamento, cada profissional depende de ações dos demais membros da equipe.

As equipes de saúde da família terão mais chance de alcançar a pontuação máxima em Copacabana com doenças crônicas como DM e HAS do que na Rocinha, que, por sua vez, poderá pontuar mais com Tuberculose. Isso faz com que as equipes não fiquem preocupadas em direcionar a atenção a um grupo de pessoas ou de doenças.

Para equilibrar a pontuação, evitando o enfoque nos indicadores mais fáceis de pontuar, como planejamento familiar, por exemplo, os pesos das UC são diferentes. Cada 100 UC representa 10% do salário base, portanto a pontuação máxima em 3 meses é de 300 UCs. Como ao final de 3 meses muito raramente alguma equipe poderá atingir a pontuação máxima, somente com encerramento de pré-natal (seriam necessárias quase 38 gestantes) muito provavelmente esta equipe precisará complementar com outros indicadores da variável 3.

Temos a clareza da necessidade de avançar introduzindo outra forma de remuneração variá-

Quadro 2. Distribuição de indicadores selecionados da “parte variável 3” – incentivo à gestão da clínica - Rio de Janeiro – 2015.

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	30
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	60
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	30

FONTE: SMS Rio, 2015.

vel, como o pagamento por capitação (lista de usuários). Para tanto, desde 2013, todos os pacientes são cadastrados com o número de CPF como indexador, permitindo o refinamento das listas, excluindo as duplicidades de pacientes. Esse é um dos objetivos da SMS-Rio para os próximos anos, a exemplo de países como Canadá, Portugal, Inglaterra e outros.

Remuneração dos Médicos de Família na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Breve histórico

A Revolução de Abril de 1974 originou profundas alterações no país, incluindo no sistema de saúde. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ocorre alguns anos depois, em 1979. Financiado e assegurado pelo Estado, foi concebido como um serviço universal, geral e gratuito.

A revisão da Constituição, em 1989, torna a saúde “tendencialmente gratuita” abrindo caminho à introdução das taxas moderadoras e, um ano mais tarde, é aprovada a Lei de Bases da Saúde. Genericamente, este importante documento refere que a saúde passa a ser responsabilidade não só do Estado mas de cada indivíduo e permite o aumento da contratação de serviços do SNS com o setor social e privado.

Em 1998 surge o Regime Remuneratório Experimental (RRE) para os médicos de Clínica Geral. O RRE foi enquadrado pelo Decreto-lei 117/98, de 5 de Maio, que consagrava não só alterações na organização do trabalho, como introduzia uma modalidade de remuneração dos médicos associada à quantidade de trabalho desenvolvido e à qualidade profissional. O modelo constituiu uma autêntica novidade, pois, pela primeira vez, o bom desempenho era alvo de discriminação positiva.

Quadro 3. Detalhamento de um dos indicadores da “parte variável 3” – incentivo à gestão da clínica - Rio de Janeiro – 2015.

Grupo de ações	Descrição	UC
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
<p>SAÚDE MATERNA:</p> <p>Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H]:</p> <p>A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual).</p> <p>B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de “revisão do puerpério”.</p> <p>C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12] de gestação.</p> <p>D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39] semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).</p> <p>E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação.</p> <p>F. Usuária deve estar cadastrada na equipe.</p> <p>G. Ter registro de ter pelo menos uma visita do ACS até a 38ª semana - [0; 39] de gravidez.</p> <p>H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24].</p>		

* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário. * para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante.

Fonte: SMS Rio, 2015.

A criação das Agências de Contratualização¹³, em 1997 e 1999, vieram contribuir para a separação entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde. Em 2005, com o início de um novo ciclo político, é criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários que põe em prática uma reforma, de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde, as recomendações da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral¹⁴.

A reforma dos cuidados de saúde primários¹⁵ caracteriza-se pela criação de órgãos próprios de gestão e por uma reorganização profunda dos centros de saúde, em que o modelo hierárquico de controle vertical é progressivamente substituído por uma rede de equipes autônomas com relações de contratualização interna, num quadro explícito de responsabilidade por processos e por resultados a todos os níveis.

A fase inicial – e que teve a maior visibilidade pública – foi a da criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), equipes com autonomia organizativa funcional e técnica, e um sistema retributivo sensível ao desempenho, que permite premiar a produtividade, a acessibilidade e, sobretudo, a qualidade.

Foi publicado em 2007, o decreto-lei nº 298/2007 de 22 de Agosto que estabeleceu o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B¹⁶.

Esta remuneração ligada ao desempenho¹⁷ abrange não só os médicos mas também os enfermeiros e administrativos a trabalhar em modelo B. A remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

Indicadores

A remuneração base corresponde à da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos usuários da respectiva lista, com a dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 usuários de uma lista padrão nacional. As unidades ponderadas obtêm-se pela aplicação dos seguintes fatores: o número de

Tabela 2. Principais semelhanças e diferenças entre as experiências de Curitiba, Rio de Janeiro e “grande Lisboa”.

Local	Grupo Beneficiado	Dimensão do indicador	Número de indicadores por dimensão	Periodicidade de atualização do indicador pelo gestor central	Mais informações
Curitiba	Equipe	Satisfação do usuário	01	Permanente	Em fase de implantação do novo modelo de avaliação
	Equipe Profissional	Organização dos processos focados nos usuários	13	Anual	
	Profissional	Características Individuais do Servidor	04	Anual	
	Equipe Profissional	Ambiência organizacional	05	Anual	
Rio de Janeiro	Organização social	Organização de processos	08	Anual	http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/176386/4127155/Edital_AP_5.3_enviadopara_publicacao_020914.pdf
	Organização social	Eficiência	05	Anual	
	Organização social	Desempenho Assistencial	08	Anual	
	Unidade de Saúde (incentivo institucional)	Acesso	06	Anual	
	Unidade de Saúde (incentivo institucional)	Desempenho Assistencial	09	Anual	
	Unidade de Saúde (incentivo institucional)	Satisfação do paciente	01	Anual	
	Unidade de Saúde (incentivo institucional)	Eficiência	05	Anual	
	Profissional (incentivo financeiro)	Gestão da Clínica	13	Anual	
Lisboa	Profissional (incentivo financeiro)	Desempenho Assistencial (produção)	17	Indicador cada três anos, meta anual	http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/5
	Equipe (incentivo institucional)	Acesso	2	Indicador cada três anos, meta anual	
		Desempenho Assistencial (produção)	11	Indicador cada três anos, meta anual	
		Eficiência	2	Indicador cada três anos, meta anual	
		Satisfação	1	Indicador cada três anos, meta anual	
	Indicadores locais (selecionados da lista do desempenho assistencial)	6	Indicador cada três anos, meta anual		

Fonte: Elaboração dos autores, a partir de consulta a SMS Rio de Janeiro, SMS Curitiba, MS Portugal.

crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo fator 1,5; o número de adultos entre os 65 e

os 74 anos de idade é multiplicado pelo fator 2; o número de adultos com idade igual ou superior a

75 anos é multiplicado pelo fator 2,5. A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e da lista de usuários por médico é atualizada anualmente.

São considerados nos suplementos, a ponderação da lista, o suplemento da realização de cuidados domiciliários e o suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial nomeadamente depois das 20h e aos fins-de-semana e feriados.

A compensação pelo desempenho integra a compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas e a associada à carteira adicional de serviços.

A compensação associada às atividades específicas dos médicos está ligada ao aumento das unidades ponderadas da lista mínima de utentes por força das actividades de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde. Estas atividades referem-se a planeamento familiar, vigilância da gravidez, vigilância de saúde infantil, vigilância de pessoas diabéticas e hipertensas.

Estas atividades específicas são contratualizadas anualmente e constam de uma carta de compromisso. A realização de cuidados domiciliários confere o direito, por cada consulta e até ao limite máximo de 20 domicílios/mês, a um abono de € 30.

Às funções de coordenador de equipe e orientação de residentes são atribuídos acréscimos remuneratórios. Podem ser ainda atribuídos incentivos, que consistem na atribuição de prémios institucionais e financeiros à equipe multiprofissional e que visam estimular e apoiar o desempenho coletivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos. Estes incentivos são repartidos por todos os profissionais da equipe multiprofissional da USF. Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional. O valor anual dos incentivos institucionais varia entre 9.600€ e 20.000€ conforme a dimensão da equipe e o grau de cumprimento.

Os incentivos financeiros são atribuídos, após avaliação da USF, com base no cumprimento de objetivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade¹⁸. Esta forma de remuneração inclui na ARSLVT actualmente 57 equipes em modelo B, abrangendo 873.994 pessoas, cerca de

24% da população total (3.650.194) e que pretende recompensar a quantidade mas também a qualidade do trabalho realizado.

No ano de 2013, o total de incentivos financeiros atribuídos na região foi de 1.543.450 € e o total de incentivos institucionais foi de 629.800 €. O pagamento ligado ao desempenho poderá e deverá ser aperfeiçoado e depois disseminado como forma preferencial de remuneração do trabalho em cuidados de saúde primários na região e no país.

Discussão

Curitiba, Rio de Janeiro e o relato de Portugal trazem semelhanças e diferenças que merecem ser pontuadas. Nos dois países parte-se de uma atenção primária no sistema público financiada por impostos gerais e que se estrutura em unidades de saúde da administração direta com funcionários públicos assalariados. Há experiências em outros países de uma APS financiada majoritariamente por seguros-saúde com provimento de serviços por meio de contratos com clínicas privadas. A base da relação entre o Estado e os profissionais da APS em um e outro modelo e que responderá pela remuneração fixa interfere no processo de trabalho e no papel e importância que terá a parte variável da remuneração.

As experiências descritas, mais do que apontar receitas ideais, demonstram a necessidade dos gestores de buscarem mecanismos de remuneração para além do que se contratualiza com o o salário fixo. Ao mesmo tempo, o que se vê em outros estudos e nesses relatos é o desafio de definir indicadores que não comprometam os atributos considerados essenciais da APS. Tanto em Portugal como no Brasil, a remuneração variável é utilizada para estimular aspectos da estrutura e do processo de trabalho, que poderiam estar na própria relação contratual se o modelo de APS fosse diferente.

Quando se trata de olhar para os resultados, percebe-se que os desafios são imensos. Como avaliar desfechos terminais, como mortalidade ou internações, em populações tão pequenas, de 2 a 4 mil pessoas? Talvez por esse motivo, vemos mais desfechos intermediários que avaliam dados sobre acompanhamento de saúde de alguns grupos (como hipertensos, diabéticos, gestantes).

Na Tabela 2, percebe-se que nas três experiências há uma combinação de indicadores que procuram premiar tanto o profissional individualmente quanto a equipe e a unidade de saúde

como um todo, o que reforça a importância do trabalho conjunto na APS.

Outros aspectos valorizados são os atributos principais da APS. No caso de Portugal, um dos fatores variáveis é a ponderação da lista, ou seja, o número e o perfil das pessoas vinculadas a uma determinada equipe, o que por si só aumenta a responsabilização dos profissionais em relação a esses usuários. Em Curitiba e Rio de Janeiro, as pessoas são vinculadas pelo território, o que torna mais difíceis as avaliações sobre acesso e continuidade de uma população específica. Ainda assim, os indicadores procuram dar conta desses itens; no Rio avaliando o percentual de demanda espontânea em relação à programada e a rotatividade dos profissionais em uma equipe; em Curitiba por meio da ampliação do horário de atendimento na UBS e das formas de agendamento (como por correio eletrônico ou telefone) e valorizando o tempo que o profissional atua na mesma equipe.

Os valores utilizados nas experiências brasileiras alcançam no máximo 10% da remuneração base dos profissionais de saúde, já em Lisboa pode chegar a 40% do vencimento. Em uma revisão sobre o tema da remuneração variável,

realizada para a reforma do sistema de saúde holandês, recomendava-se entre 30 e 40% do valor do vencimento base para conseguir mobilizar os profissionais de saúde no sentido de atingir as metas ou mudar processo de trabalho⁷. Mais estudos são necessários para avaliar a efetividade dessas experiências no Brasil.

Considerações Finais

Existem na literatura diversos estudos que põem em causa as vantagens do sistema de pagamento por desempenho e que levantam questões éticas pertinentes¹⁹. Os resultados dos diferentes estudos são inconclusivos, talvez porque seja difícil demonstrar a efetividade deste sistema mas, em todo o caso, nos estudos revistos parece haver algum efeito positivo²⁰.

Um fator que deve ser levado em consideração quando se comparam as experiências brasileiras a de países com sistemas nacionais de saúde e APS mais consolidada é aquilo que já faz parte da cultura profissional como papel central dos profissionais e aquilo que se deseja induzir com uma remuneração variável.

Colaboradores

P Poli Neto contribuiu com o resumo, abstract, introdução, experiência de Curitiba, discussão, conclusão e revisão final. NT Faoro contribuiu com a experiência de Curitiba e revisão final. JC Prado Júnior contribuiu com a experiência do Rio de Janeiro. LAC Pisco contribuiu com a experiência de Lisboa.

Referências

1. Lobato LVC, Giovannella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 107-140.
2. Mcwhinney I, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. England. Department of Health (DH). *Consultative Council on Medical and Allied Services, Interim Report. Chairman Lord Dawson*. London: DH; 1920.
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; 3:CD002215.
5. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317:61.
6. Good BJ. *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.
7. Nederland. Dutch Healthcare Authority. An Optimal remuneration system for General Practitioners. ResearchPaper Series nº 4. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: http://www.nza.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf
8. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Pisco L, Soranz D. Formas de remuneração e pagamento por desempenho. Gusso G, Lopes J, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 330-336.
10. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4):615-627.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011; 20 jul.
12. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Área de Planejamento 5.3. Contratos de Gestão e Convênios. Convocação pública, 2009. [acessado 2015 set 29]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/176386/4127155/Edital_AP_5.3_enviadoparapublicacao020914.pdf
13. Agências de contratualização dos serviços de saúde. *Contratualização com as unidades de saúde familiar para 2007*. Lisboa: Agências de contratualização dos serviços de saúde; 2006.
14. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Direcção Nacional. *Um futuro para a medicina de família em Portugal*. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991.
15. Pisco L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2415-2424.
16. Portugal. Regime Jurídico das USF. *Diário da República* 2007; 22 ago.
17. Pisco L. Remuneração dos Médicos de Família. In: Ana E, editora. *Financiamento, Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa: Companhia de Ideias; 2008. p. 218-230.
18. Matriz de indicadores, a contratualizar com as USF para o ano de 2006 e 2007. Agências de contratualização dos serviços de saúde. Lisboa; 11 de Maio de 2006.
19. Davies C. *Links between Governance, Incentives and Outcomes: a Review of the Literature*. London: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO); 2005.
20. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organization (WHO). *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*. Buckingham: Open University Press, McGraw-Hill; 2014.

Artigo apresentado em 13/11/2015

Aprovado em 28/01/2016

Versão final apresentada em 30/01/2016