

Pagamentos por desempenho na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática

Pay-for-performance in primary health care: a systematic review

Mailson Fontes de Carvalho¹, Cristina Setenta Andrade²

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: março de 2019 – Aceito: junho de 2021

RESUMO

Revisão sistemática acerca da efetividade da remuneração por desempenho na melhoria de indicadores de processo/resultado em programas e serviços de atenção primária à saúde. Realizou-se busca na PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO e Biblioteca Virtual de Saúde, resultando em 22 estudos analisados quanto ao tipo de estudo, objetivo, qualidade da evidência e principais achados. Constatou-se que a remuneração por desempenho apresentou impacto na atenção clínica às doenças, acessibilidade aos serviços, melhoria nos processos de acompanhamento e rentabilidade da utilização e apresenta-se como estratégia potencial à indução de melhorias na qualidade nos serviços de saúde, ainda que consideradas suas limitações.

Palavras-chave: Reembolso de Incentivo. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde). Atenção Primária à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

A systematic review of the effectiveness of pay for performance in the improvement process of indicators/results in primary health care programs and services. A search was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, and Virtual Health Library, resulting in 22 studies analyzed as to the type of study, objective, evidence quality, and main findings. It was found that the pay for performance impacted clinical care to disease, accessibility to services, improving the monitoring of processes, and profitability of use and presents itself as a potential strategy to induce improvements in the quality of health services, although considering its limitations.

Keywords: Incentive reimbursement. Outcome Assessment (Health Care). Primary Health Care. Quality of Health Care.

¹ Doutorando em Enfermagem e Saúde (Área de Concentração: Saúde Pública) pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professor Assistente da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: mailsoncarvalho@yahoo.com.br

² Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular da UESC. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (UESB).

INTRODUÇÃO

Os modelos de gestão orientada para resultados ligados a incentivos para a melhoria de critérios de qualidade dos cuidados em saúde estão se espalhando pelo mundo. Iniciativas relacionadas a estratégias de remuneração por desempenho (*pay-for-performance*, P4P) e incentivos financeiros atrelados a resultados estão cada vez mais sendo utilizadas nos sistemas de saúde em diversas localidades, no intuito de fomentar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, influenciar o comportamento dos profissionais para melhorar suas práticas e reduzir custos de maneira consciente.

Experiências consagradas como o *Quality and Outcomes Framework* (QOF), implantado na Inglaterra há mais de 20 anos, bem como a implantação do P4P na província de Ontário (Canadá), em países europeus e no sistema privado de saúde (Medicare e Medicaid) dos Estados Unidos (EUA) são indícios de uso e efetividade dessa estratégia principalmente onde há financiamento público do sistema de saúde.

No Brasil, o P4P surge em larga escala com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), em 2011, que instituiu retribuição financeira para equipes de saúde da família baseada em um sistema misto de avaliação, fundamentado em avaliação de estrutura e processos desenvolvidos nas unidades básicas de saúde (UBS) e monitoramento de indicadores de saúde pré-determinados e, considerando suas dimensões, parece tornar-se o maior esquema de *pay-for-performance* na atenção primária à saúde (APS) do mundo ¹.

Faz-se necessário, portanto, que implementações destes regimes sejam avaliadas criticamente, com monitorização contínua a nível nacional ou regional, comparação entre os objetivos e as suas realizações, os ganhos de saúde e os recursos necessários ao sucesso das intervenções ².

Nesse âmbito, e considerando que a utilização de P4P ainda é controversa, em especial quando associado a programas e serviços de atenção primária à saúde, torna-se essencial o acompanhamento periódico de evidências disponíveis sobre sua efetividade e utilização no âmbito dos serviços de saúde, objetivo primordial deste estudo de revisão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, utilizando-se da seguinte questão-problema: O P4P é uma estratégia eficiente/eficaz para a melhoria nos indicadores de processo/resultado em programas e serviços de atenção primária à saúde?

Buscou-se a identificação de estudos publicados de 2011 a 2015, classificados como

observacionais ou estudos clínicos controlados. A busca estruturada ocorreu nas bases de dados indexadas PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os termos “primary care health”, “pay for performance”, “reimbursement, incentive” (em português e inglês), indexados no *Medical Subject Heading Terms (Mesh Terms–MeSH)* desenvolvido pela *U.S. National Library of Medicine*. O cruzamento de termos foi realizado nas bases por meio do operador booleano AND, com a finalidade de restringir a pesquisa aos resumos que apresentassem cada um dos termos e assim pudéssemos identificar estudos que avaliaram a eficácia da utilização da estratégia P4P e/ou incentivos financeiros em programas e serviços de atenção primária à saúde.

O refinamento dos resumos foi realizado utilizando os seguintes critérios: idioma português, inglês ou espanhol; ano de publicação 2011-2015; e resumo disponível. Foram excluídos artigos de opinião, de revisão ou editoriais, bem como aqueles que não possuíam relação com a temática desta revisão ou desfecho não relevante.

Após a identificação dos itens nas bases de dados, foram realizadas a leitura e análise dos títulos e resumos por dois revisores para seleção de estudos potencialmente elegíveis e eliminação de resumos duplicados. Para eleger os estudos a serem incluídos na revisão, buscaram-se os artigos potencialmente elegíveis através do Portal de Periódicos Capes, que após lidos na íntegra foram eleitos para inclusão na revisão considerando a relevância do estudo no âmbito da temática. Os achados foram sistematizados e apresentados destacando objetivos, tipo de estudo e os principais achados, bem como o nível de qualidade das evidências.

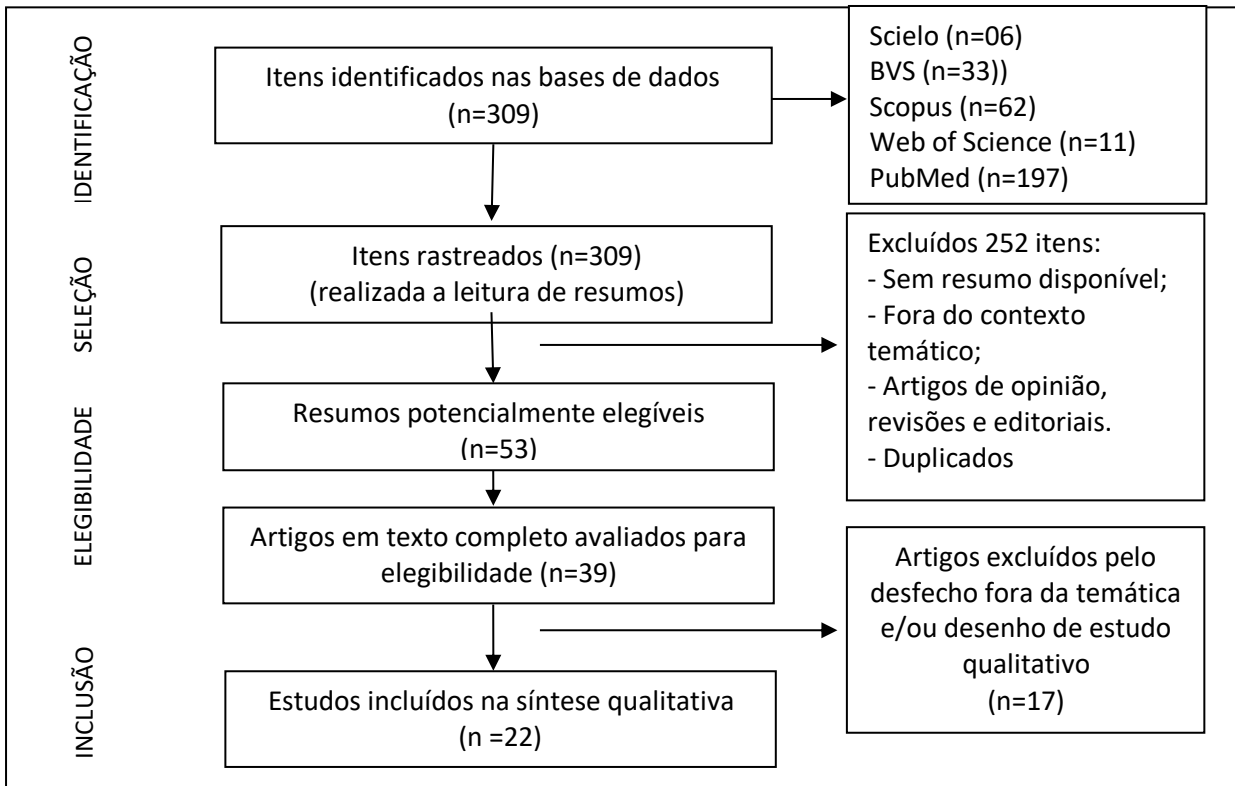
Na classificação dos estudos quanto ao desenho da investigação utilizou-se a tipologia apresentada por Almeida-Filho; Barreto (2014), atribuindo a classificação geral em estudos observacionais (coorte, caso-controle, inquéritos, série temporal) e ensaios (individuais ou comunitários). Foram enquadrados como ensaios comunitários os estudos que apresentaram alguma forma de intervenção ou experimento dirigido a agregados, ainda que reduzido o grau de controle do investigador.

Para determinar a qualidade das evidências foi utilizada a *Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation (GRADE)*³. Um método de classificação de estudos recentemente desenvolvido, onde a qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa. Nessa perspectiva, resultados de um desfecho classificados como alta qualidade e importância fundamental dificilmente modificarão o efeito observado com a publicação de novos estudos⁴.

RESULTADOS

A trajetória de seleção de estudos desta revisão (Figura 1) identificou inicialmente 309 itens nas bases de dados indexadas, os quais foram refinados conforme os critérios de elegibilidade, resultando em 41 artigos que após lidos na íntegra, culminaram em 22 estudos incluídos nesta análise.

Figura 1 – Fluxograma de revisão sistemática utilizado



Fonte: elaborada pelos autores

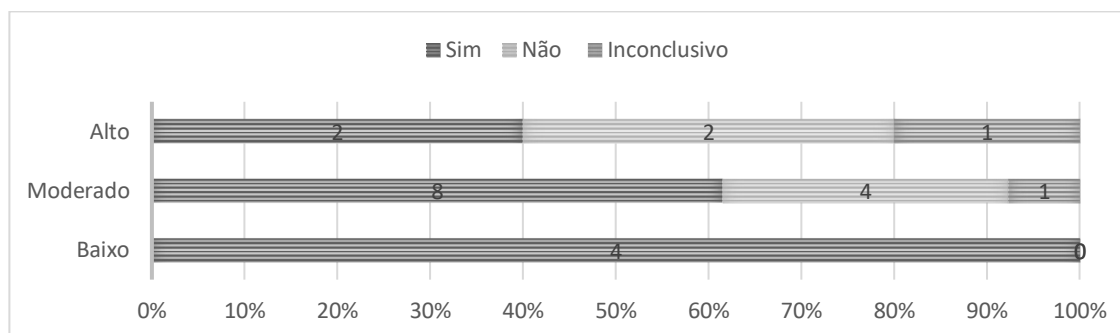
A análise dos estudos inseridos nesta revisão deu-se inicialmente na perspectiva do tipo de estudo, a fim de identificar estudos com nível de importância fundamental. No Quadro 1 estão elencados os estudos classificados como ensaios comunitários (n=8), claramente de desenho metodológico bem definido, identificou-se predominância para análises de efeito e impacto da implantação de P4P no desfecho clínico de grupos, tais como portadores de doenças cardiovasculares, câncer e clamídia.

Considerando a dificuldade metodológica na realização de estudos experimentais randomizados para investigar medidas implementadas na saúde pública⁵, podemos justificar a presença de evidências de alto nível também disponíveis através de estudos observacionais (n=14), conforme apresentado no Quadro 2.

Foi possível identificar ainda elevado índice de ocorrência dos estudos em países desenvolvidos,

com destaque em países que compõem o Reino Unido (n=10). Apesar da diversidade da localização dos estudos, observa-se ausência de evidências advindas de experiências em países da América do Sul.

Figura 2 – Evidências da efetividade de P4P considerando nível das evidências



Fonte: elaborada pelos autores

A figura 2 apresenta gráfico demonstrativo da constatação de efetividade do P4P em processos e resultados de serviços e programas de atenção primária à saúde, considerando os níveis de qualidade das evidências encontradas, donde quatorze estudos possuem considerações acerca da associação de incentivos com melhores resultados em processos, desfechos clínicos e qualidade dos serviços, ao tempo que seis estudos não identificaram alterações ou associações do P4P a resultados positivos e dois estudos foram considerados inconclusivos.

Quadro 1 – Síntese descritiva das principais evidências nos ensaios comunitários sobre os efeitos do P4P em programas e serviços de APS

| Autor, ano | Objetivos | País | Evidências sobre P4P | Nível * |
|-----------------------------------|---|--------|--|----------|
| Bardach N.S. <i>et al</i> , 2013. | Avaliar o efeito de um incentivo P4P na qualidade em pequenas práticas no contexto de uma iniciativa de melhoria de qualidade. | EUA | A inserção de um programa P4P em pequenas unidades de cuidado levou a melhorias em processos e resultados, estatisticamente significantes, principalmente na atenção às doenças cardiovasculares. | Moderado |
| Basinga P. <i>et al</i> , 2011 | Avaliar o potencial de um esquema de P4P para aumentar a qualidade dos serviços de saúde na atenção à saúde materna e infantil. | Ruanda | Incentivos de desempenho financeiro (P4P) podem melhorar a utilização e qualidade dos serviços de saúde materna e infantil, e poderiam ser uma intervenção útil para acelerar indicadores na saúde materna e infantil. | Alto |
| Cheng S. <i>et al</i> , 2012 | Analisar os efeitos a longo prazo de um programa P4P nos cuidados com diabetes em termos de utilização e as despesas. | Taiwan | O programa atingiu seu objetivo primário em melhorar resultados de saúde e propiciou benefícios de custo de longo prazo. | Moderado |

(Conclusão)

| Autor, ano | Objetivos | País | Evidências sobre P4P | Nível * |
|---|---|-------------|--|----------------|
| Kalwij S. <i>et al.</i> , 2012. | Avaliar uma intervenção para aumentar o rastreamento da clamídia na atenção primária em dois distritos da região de Londres, através de uma estratégia que combina incentivos financeiros e visitas clínicas. | Inglaterra | Os resultados demonstraram que com uma combinação de um apoio sustentado, incentivos financeiros e feedback, médicos clínicos gerais podem ser capazes de testar uma grande percentagem de pessoas entre 15-24 anos na comunidade, incluindo populações de difícil envolvimento, como homens jovens. | Baixo |
| Kiran T. <i>et al.</i> , 2014. | Avaliar se a introdução de P4P para os médicos em Ontário, foi associada com o aumento das taxas de rastreamento do câncer. | Canadá | O sistema de remuneração por desempenho foi associado com pouca ou nenhuma melhora nas taxas de rastreamento de câncer, apesar de despesas substanciais. | Moderado |
| Kontopantelis, E. <i>et al.</i> , 2011. | Analisar o efeito da fixação de objetivos mais altos, em um sistema P4P na APS. | Inglaterra | O aumento de 5% no limite de pagamento foi associado a um aumento na proporção de pacientes imunizados. Evidências de que metas de qualidade mais exigentes atreladas a melhorias no incentivo financeiro podem conduzir a uma melhoria na qualidade do atendimento em cuidados primários. | Moderado |
| Peterson, LA <i>et al.</i> , 2013. | Testar o efeito de incentivos financeiros para recompensar o uso da diretriz recomendada para cuidados na hipertensão. | EUA | Incentivos financeiros individuais, resultaram em maior controle da pressão arterial ou resposta apropriada à pressão arterial não controlada; nenhum dos incentivos resultou em maior uso de medicamentos ou aumento da incidência de hipertensão arterial em comparação aos controles. | Alta |
| Li <i>et al.</i> , 2014. | Identificar o impacto do P4P na prestação de serviços de cuidados primários à saúde em Ontário. | Canadá | Os incentivos P4P de Ontário levaram a apenas uma modesta melhora no desempenho no que diz respeito ao exame de Papanicolaou, mamografias, vacinas contra a gripe e exames de prevenção ao câncer colorretal, e nenhuma melhora no que diz respeito à imunização da criança. | Alto |

* Utilização do método GRADE (Brasil, 2014)

Fonte: elaborado pelos autores

Quadro 2 – Síntese descritiva das principais evidências nos estudos observacionais sobre os efeitos do P4P em programas e serviços de APS

| Autor, ano | Objetivos | País | Conclusão/Evidência sobre P4P | Nível * |
|---------------------------------|---|-------------|--|----------------|
| Alshamsan <i>et al</i> , 2012. | Examinar os efeitos de um programa de P4P sobre as disparidades étnicas em resultados de diabetes. | Inglaterra | O esquema de remuneração por desempenho não pareceu resolver disparidades étnicas importantes na gestão de doenças crônicas ao longo do tempo. | Moderada |
| Arrowsmith <i>et al</i> , 2014. | Avaliar o impacto de um programa de P4P na prescrição de Contraceptivos Reversíveis de Ação Controlada (LARC). | Inglaterra | O uso de P4P no aconselhamento dos cuidados primários com mulheres em uso de contraceptivos orais ou contracepção de emergência ampliou a captação para métodos LARC. | Moderado |
| Harrison <i>et al</i> , 2014. | Estimar o impacto de um sistema P4P da Inglaterra sobre admissões hospitalares de emergência em condições sensíveis a atendimento ambulatorial. | Inglaterra | A introdução de um sistema P4P nos cuidados primários na Inglaterra foi associado com uma diminuição de admissões hospitalares em emergências por condições incentivadas (2,8% no primeiro ano e 8,0% no sétimo ano do programa P4P). | Baixo |
| Fiorentini <i>et al</i> , 2011 | Avaliar a influência de diferentes programas que garantam pagamentos extras para conter hospitalizações evitáveis. | Itália | Quanto maior for a participação das receitas fornecida aos médicos, através de P4P, menor a probabilidade de que seus pacientes experimentem hospitalizações. Não foi identificada relação positiva entre a quantidade de incentivos recebidos por um profissional e a probabilidade de seus pacientes experimentarem hospitalizações evitáveis. | Moderado |
| Urussuno <i>et al.</i> , 2014. | Investigar se os clínicos gerais cumpriram indicadores de qualidade incentivados ou não por programa P4P. | Espanha | Clínicos gerais mostraram melhor cumprimento de indicadores de qualidade incentivados que estão incluídos em programas P4P que com indicadores não incentivados. | Moderado |

(Continuação)

| Autor, ano | Objetivos | País | Conclusão/Evidência sobre P4P | Nível * |
|--|---|------------|--|----------|
| Simpson <i>et al.</i> , 2011. | Investigar o impacto do P4P no tratamento de pacientes com hipertensão arterial na APS. | Escócia | Forte relação entre metas e os incentivos P4P sugerem que o contrato foi um grande indutor de melhoria, particularmente em termos de aumento dos registros eletrônicos de diagnósticos de hipertensão e de medições de pressão arterial. | Baixo |
| Kirshner <i>et al.</i> , 2012. | Avaliar as mudanças no desempenho após a introdução de um programa P4P participativa. | Holanda | Melhoria significativa em indicadores de processo para todas as condições crônicas (+7,9% para gestão de risco cardiovascular; + 11,5% para a asma). Melhorias também em cinco indicadores de resultados e nas experiências dos pacientes com funcionamento e a organização dos cuidados. Não há melhorias significativas nas taxas de vacinação contra a gripe e a captação de rastreio do câncer do colo do útero. | Moderado |
| Gallagher <i>et al.</i> , 2015. | Determinar se o aumento dos incentivos financeiros para médicos de clínica geral aumentam as taxas de pessoas com diabetes recentemente diagnosticados e em uso de medicação antidiabética. | Inglaterra | Os resultados apontam para a efetividade de P4P, onde uma maior proporção de pessoas recém-diagnosticadas com diabetes foi iniciada em uso de medicação dentro de 1 e 2 anos de diagnóstico, como resultado da introdução de incentivos financeiros para o controle glicêmico. | Moderado |
| Pascual de la Pisa <i>et al.</i> , 2014. | Explorar a relação entre o grau de cumprimento dos indicadores de processos relacionados ao cuidado ao diabetes tipo 2 (DM2) em atenção primária e sua ligação aos incentivos financeiros. | Espanha | Indicadores do processo relacionados ao cuidado ao diabetes mellitus tipo 2 ligados a incentivos financeiros apresentaram maior conformidade em detrimento aos indicadores não incentivados, independentemente de gênero, local de residência e características profissionais do médico de família. | Moderado |

(Continuação)

| Autor, ano | Objetivos | País | Conclusão/Evidência sobre P4P | Nível * |
|--------------------------------|---|------------|---|----------|
| Merilind <i>al.</i> , 2014. | Examinar o impacto do sistema P4P sobre a qualidade e carga de trabalho de médicos de família. | Estônia | O número de atendimentos foi maior para médicos e enfermeiros participando do sistema de qualidade, ainda que o número de visitas domiciliares tenha diminuído em grupos incentivados e não incentivados. O sistema P4P teve um notável impacto sobre a carga de trabalho da equipe de cuidados primários e seus membros. | Baixo |
| Serumaga <i>et al.</i> , 2011. | Avaliar o impacto de P4P na qualidade do atendimento e os resultados entre os pacientes com hipertensão na atenção primária do Reino Unido. | Inglaterra | P4P não teve efeito sobre a incidência cumulativa de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, ou todas as causas de mortalidade. A qualidade dos cuidados para a hipertensão foi estável, sugerindo que o P4P não teve nenhum efeito perceptível sobre os processos de cuidado ou sobre os desfechos clínicos relacionados à hipertensão. | Alta |
| Hysong <i>et al.</i> , 2014. | Examinar o impacto de incentivos financeiros sobre o compromisso de médicos na utilização das diretrizes de cuidados na hipertensão. | EUA | O compromisso médico não variou ao longo do tempo em análise individual ou coletiva. Os participantes relataram a não adesão do paciente e dificuldades no acompanhamento consistente como barreiras percebidas nos cuidados de hipertensão, atribuindo o controle da hipertensão como, prioritariamente, uma responsabilidade do paciente (centro de controle externo). | Moderado |

(Conclusão*)

| Autor, ano | Objetivos | País | Conclusão/Evidência sobre P4P | Nível * |
|-----------------------------------|---|------------|---|----------|
| Karunaratne <i>et al.</i> , 2013. | Avaliar a eficácia de indicadores renais no sistema P4P na gestão da hipertensão na atenção primária. | Inglaterra | O controle da pressão arterial melhorou na população desde a introdução de indicadores renais na estratégia P4P, e esta melhoria tem sido mantida. Isto foi associado com um aumento significativo no uso de medicação anti-hipertensiva, resultando em aumento do custo de prescrição. | Moderado |
| Zeng <i>et al.</i> , 2013. | Avaliar o impacto em um programa piloto de P4P na APS. | Haiti | Incentivos financeiros foram associados com aumento líquido de 39% nos serviços essenciais ao longo de 3 anos, e mais do que duplicou o crescimento de serviços ($p < 0,05$). Os achados não evidenciam impactos adversos do P4P, apontando para impacto na melhoria da qualidade dos serviços de APS investigados. | Alto |

* Utilização do método GRADE (Brasil, 2014)

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Em geral, as evidências apresentadas nos últimos anos ainda são controversas em relação aos efeitos do P4P em resultados e processos ligados a programas e serviços de atenção primária à saúde. Foi possível constatar que os estudos buscaram relação direta entre os incentivos financeiros e efetividade clínica na atenção às doenças, aumento na acessibilidade aos serviços, melhoria nos processos de acompanhamento de pacientes e rentabilidade da utilização dessa estratégia.

No tocante à eficácia do P4P no desfecho de doenças, quatorze estudos analisaram seu impacto em ações voltadas à prevenção ou melhoria na captação, diagnóstico ou tratamento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, tabagismo e câncer. Grande parte destes ⁶⁻¹⁴ apontam melhores resultados no gerenciamento de doenças cardiovasculares através de captação de pacientes, realização de testes diagnósticos, exames complementares, uso de medicação, gestão de riscos, bem como maior utilização

de protocolos ou guias de atenção às doenças cardiovasculares.

Resultados semelhantes também foram alcançados em estratégias de prevenção e atenção à saúde materna e infantil, em indicadores como percentual de imunização, realização de mamografias e uso de contraceptivos^{15,16}, ainda que na gestão da prevenção e tratamento do câncer tenhamos encontrado estudos demonstrando¹⁷ ou não^{7,11} resultados positivos atribuídos a incentivos financeiros.

Também ainda não são evidentes os resultados da implantação de programas P4P no tocante ao desfecho clínico de populações acompanhadas. Há indícios de que os incentivos têm maiores implicações sobre indicadores de processo (medição de pressão arterial, registros, etc) do que resultados¹⁸, visto que não há efeitos ainda relatados na redução de disparidades étnicas e sociais presentes na gestão de doenças crônicas¹⁹, sobre a redução de incidência de doenças e sobre a redução de taxas de mortalidade em todas as causas²⁰.

Entre os impactos sobre os processos de trabalho no âmbito dos serviços de saúde, notam-se melhores práticas nos registros eletrônicos de diagnósticos e assistência nos diversos serviços, bem como maior utilização de protocolos clínicos⁸.

Porém, o foco na gestão de patologias ou limitação de incentivos financeiros a poucos indicadores pode promover negligência com indicadores e áreas de atenção não incentivadas²¹. No entanto, atrelar incentivos a um grande número de áreas e serviços ao mesmo tempo pode diminuir a probabilidade de responder a qualquer um deles¹⁷.

Nesse âmbito, são incontestáveis as evidências de que metas mais exigentes podem conduzir a uma melhoria na qualidade do atendimento, mas também podem ter outras consequências^{22,23}. Vale destacar a constatação de que a implantação de incentivos associados ao desempenho profissional teve impactos notáveis sobre a carga de trabalho da equipe de cuidados primários²⁴. Ainda que a maioria dos estudos façam referência a incentivos financeiros destinados a profissionais médicos, comprova-se que a carga de trabalho também aumentou para enfermeiros quando atuando em unidades participantes de programas de P4P. No Brasil, o PMAQ não limitou e/ou direcionou incentivos especificamente para uma categoria profissional, deixando essa questão para ser pactuada entre profissionais e gestores municipais.

Apesar de constatarmos que o caráter voluntário à adesão à maioria dos programas^{6,13,14,24,25}, as questões financeiras podem refletir um alto nível de motivação intrínseca para melhorar resultados e práticas nos serviços¹⁴, o que revela o risco do impacto negativo do P4P sobre alguns aspectos éticos e profissionais dos envolvidos, tais como perda da autonomia clínica ou priorização do próprio salário em detrimento às questões dos pacientes²⁶. Questões de fundamental importância quando considerada a crescente utilização de programas P4P voltados para a melhoria de indicadores de qualidade na atenção primária em todo o mundo.

No entanto, não foram apresentadas evidências de que o P4P tenha consistentemente reduzido gastos com saúde nas regiões onde foi utilizado, ao contrário, ressalta-se aumento de custos com prescrições, exames diagnósticos e medicamentos ⁶.

Questões de custo-benefício são consideravelmente importantes em razão de altas despesas e de recentes crises que inviabilizaram a continuidade de alguns programas de P4P já implantados ^{7,26}. Logo, ainda que hajam evidências que os incentivos configuram-se como ferramenta relativamente barata, bem aceita e eficaz para fortalecer a APS ²³, não se pode atribuir afirmações irrefutáveis acerca dessa questão sem considerar os objetivos e atores envolvidos em cada contexto, visto que o impacto financeiro de cada intervenção está individualmente atrelado à modelagem utilizada nos diversos países e regiões.

O percentual do incentivo variável em relação ao salário bruto parece não ser o fator determinante para o sucesso do P4P. O Reino Unido, que possui um consagrado e reconhecido programa de incentivos voltados para a qualidade e resultados na APS, apresenta percentual que chega a 25% e ainda identificaram-se estudos nesta região demonstrando resultados inalterados ou moderados no tocante aos cuidados primários à hipertensão²⁰. Já no Canadá, onde o percentual foi de 3%⁷, em Houston, com incentivos chegava a apenas 1,6% ¹², e na Itália com valores que representavam menos de 1% do salário bruto dos médicos² os resultados também apontam para a eficácia da estratégia.

Esse fato corrobora com o argumento de que incentivos financeiros podem não ser uma intervenção suficientemente forte para superar outras influências sobre metas e compromissos¹⁸. Os estudos analisados fornecem uma mensagem de advertência a respeito da eficácia do uso da estratégia P4P para aumentar a qualidade dos cuidados primários de saúde¹⁷, visto que é possível que outras estratégias possam interferir em resultados associados ao P4P, tais como a sensibilização de pacientes, criação de diretrizes clínicas, entre outras variáveis possivelmente modificadoras do efeito encontrado⁸.

Os estudos apontam ainda que estratégias de incentivo construídas e implantadas de maneira participativa¹¹, bem como sua combinação com apoio institucional e feedbacks, ²⁷ podem ser mais eficazes que estimular a melhoria da qualidade no atendimento clínico e melhorar satisfação de pacientes com o funcionamento de unidades de saúde.

E ainda que sejam limitadas as evidências de benefícios a longo prazo^{13,16}, há indícios que o custo do investimento em P4P seja facilmente compensado pela melhoria na incidência de patologias, redução de fatores de risco associados e redução de hospitalizações por condições sensíveis à APS ^{6,18,25}.

CONCLUSÃO

Os programas atuais variam nos métodos de medição de desempenho, avaliação de indicadores e

percentuais e valores de reembolso, ainda que possamos identificar características comuns na modelagem dos programas, especialmente quando ligados à atenção a doenças crônicas.

Ainda que se identifiquem limitações de uso do P4P, são identificados resultados extremamente positivos acerca de sua utilização como indutor de melhorias de processos e resultados nos serviços e programas de APS. É preciso atentar-se para a importância que a motivação financeira possui sobre os processos de melhoria, mas que deve ser claramente atrelada a outras estratégias de incentivo à melhoria das ações, especialmente ligadas a momentos de feedback e avaliação das práticas cotidianas.

Destaque-se que as evidências desta revisão ainda não abordam resultados efetivos da estratégia de P4P atualmente utilizada no Brasil, o PMAQ. Este, instituído com objetivo de melhorar os serviços de APS, utiliza-se de mecanismos de avaliação de estrutura, processo e resultado no âmbito coletivo (por equipe), atribuindo certificações pela classificação de equipes, o que garante incentivos financeiros a serem utilizados para fomentar o ciclo de melhoria proposto: adesão, desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução.

É fato que as resoluções normativas do programa não versam acerca de pagamentos individuais atrelados a metas ou resultados alcançados, mas esta questão vem sendo abordada como prioridade de pactuação entre gestores e trabalhadores, tornando-se quase unanimidade nos municípios brasileiros.

Assim, considerando que o programa fora construído sob a ressonância dos resultados favoráveis da estratégia P4P utilizada em diversos países, este estudo traz alertas para as autoridades de saúde responsáveis pelo aprimoramento do programa e evidencia a necessidade de investigações acerca do uso, modelagem e efetividade dos resultados da estratégia no âmbito da realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Silva SF Da, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(11): 4427-4438. doi:10.1590/1413-812320141911.16612013.
2. Kolozsvári LR, Orozco-Beltran D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria*. 2014; 46(5): 261-266. doi:10.1016/j.aprim.2013.12.014.
3. Brasil. M da S. Sistema GRADE – Manual de Graduação Da Qualidade Da Evidência E Força de Recomendação Para Tomada de Decisão Em Saúde. Vol 53. 1ª ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2013. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
4. Pereira MG, Galvão TF. Heterogeneidade e viés de publicação em revisões sistemáticas. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2014; 23(4): 775-778. doi:10.5123/S1679-49742014000400021.
5. Almeida Filho N de, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos E Aplicações*. Vol 1. 1ª (Reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014).

6. Karunaratne K, Stevens P, Irving J, et al. The impact of pay for performance on the control of blood pressure in people with chronic kidney disease stage 3-5. *Nephrol Dial Transplant*. 2013; 28(8): 2107-2116. doi:10.1093/ndt/gft093.
7. Kiran T, Wilton AS, Moineddin R, Paszat L, Glazier RH. Effect of Payment Incentives on Cancer Screening in Ontario Primary Care. *Ann Fam Med*. 2014; 12(4): 317-323. doi:10.1370/afm.1664.
8. Simpson CR, Hannaford PC, Ritchie LD, Sheikh A, Williams D. Impact of the pay-for-performance contract and the management of hypertension in Scottish primary care: a 6-year population-based repeated cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2011; 61(588): 443-451. doi:10.3399/bjgp11X583407.
9. Pascual de la Pisa B, Márquez Calzada C, Cuberos Sánchez C, Cruces Jiménez JM, Fernández Gamaza M, Martínez Martínez MI. Cumplimiento de indicadores de proceso en personas con diabetes tipo 2 y la vinculación a incentivos en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2015; 47(3): 158-166. doi:10.1016/j.aprim.2014.05.004.
10. Gallagher N, Cardwell C, Hughes C, O'Reilly D. Increase in the Pharmacological Management of Type 2 Diabetes with Pay-for-Performance in Primary Care in the UK. *Diabet Med*. 2015;32(1):62-68. doi:10.1111/dme.12575.
11. Kirschner K, Braspenning J, Akkermans RP, Jacobs JEA, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Fam Pract*. 2013; 30(2): 161-171. doi:10.1093/fampra/cms055.
12. Petersen LA, Simpson K, Pietz K, et al. Effects of Individual Physician-Level and Practice-Level Financial Incentives on Hypertension Care: A Cluster Randomized Trial. *Heal Serv Res Dev JAMA Sept*. 2013; 11(31010): 1042-1050. doi:10.1001/jama.2013.276303.
13. Cheng S-H, Lee T-T, Chen C-C. A Longitudinal Examination of a Pay-for-Performance Program for Diabetes Care Evidence From a Natural Experiment. *Med Care*. 2012; 50(2): 109-116.
14. Bardach NS, Wang JJ, De Leon SF, et al. Effect of pay-for-performance incentives on quality of care in small practices with electronic health records: A randomized trial. *JAMA*. 2013; 310(10): 1051-1059. doi:10.1001/jama.2013.277353.
15. Arrowsmith ME, Majeed A, Lee JT, Saxena S. Impact of Pay for Performance on Prescribing of Long-Acting Reversible Contraception in Primary Care: An Interrupted Time Series Study. Cameron S, ed. *PLoS One*. 2014;9(4):e92205. doi:10.1371/journal.pone.0092205.
16. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*. 2011; 377(9775): 1421-1428. doi:10.1016/S0140-6736(11)60177-3.
17. Li J, Hurley J, DeCicca P, Buckley G. Physician response to pay-for-performance: evidence from a natural experiment. *Health Econ*. 2014; 23(8): 962-978. doi:10.1002/hec.2971.
18. Harrison MJ, Dusheiko M, Sutton M, Gravelle H, Doran T, Roland M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ*. 2014; 349(11): g6423. doi:10.1136/bmj.g6423.
19. Alshamsan R, Lee JT, Majeed A, Netuveli G, Millett C. Effect of a UK pay-for-performance program on ethnic disparities in diabetes outcomes: Interrupted time series analysis. *Ann Fam Med*. 2012. doi:10.1370/afm.1335.
20. Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, et al. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011; 342(jan25 3): d108-d108. doi:10.1136/bmj.d108.

21. Fernández Urrusuno R, Pérez Pérez P, Montero Balosa MC, Márquez Calzada C, Pascual de la Pisa B. Compliance with quality prescribing indicators linked to financial incentives: what about not incentivized indicators?: an observational study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014; 70(3): 303-311. doi:10.1007/s00228-013-1610-9.
22. Kontopantelis E, Doran T, Gravelle H, Goudie R, Siciliani L, Sutton M. Family Doctor Responses to Changes in Incentives for Influenza Immunization under the U.K. Quality and Outcomes Framework Pay-for-Performance Scheme. *Health Serv Res*. 2012;47(3pt1):1117-1136. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01362.x.
23. Zeng W, Cros M, Wright KD, Shepard DS. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. *Health Policy Plan*. 2013; 28(6): 596-605. doi:10.1093/heapol/czs099.
24. Merilind E, Võstra K, Salupere R, Kolde A, Kalda R. The impact of pay-for-performance on the workload of family practices in Estonia. *Qual Prim Care*. 2014; 22(2): 109-114. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24762320>.
25. Fiorentini G, Iezzi E, Lippi Bruni M, Ugolini C. Incentives in primary care and their impact on potentially avoidable hospital admissions. *Eur J Heal Econ*. 2011; 12(4): 297-309. doi:10.1007/s10198-010-0230-x.
26. Fiorentini G, Lippi Bruni M, Ugolini C. GPs and hospital expenditures. Should we keep expenditure containment programs alive? *Soc Sci Med*. 2013; 82:10-20. doi:10.1016/j.socscimed.2013.01.025.
27. Kalwij S, French S, Mugezi R, Baraitser P. Using educational outreach and a financial incentive to increase general practices' contribution to chlamydia screening in South-East London 2003–2011. *BMC Public Health*. 2012; 12(1): 802. doi:10.1186/1471-2458-12-802.