

Percepção do médico sobre pagamento por desempenho no gerenciamento de doenças cardiovasculares: o caso de uma operadora de plano de saúde

I¹ Cármen Lúcia Soares Gomes, ² Mariangela Leal Cherchiglia,

³ Cristiana Leite Carvalho I

Resumo: Desde os anos 50, os fatores de risco para as doenças cardiovasculares passaram a ser valorizados. O gerenciamento de doenças cardiovasculares (PGC) busca a construção da autonomia e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Em alguns países, para alcançar esses objetivos, tem sido apontada a utilização de programas de pagamento por desempenho (PPP) aos médicos como um dos elementos de melhoria nos processos e nos resultados dos pacientes e na condição de remuneração. O objetivo deste estudo é analisar o ponto de vista dos médicos sobre a implantação dos pagamentos por desempenho vinculados ao PGC em uma operadora de plano de saúde. Trata-se de investigação de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso, apresentando entrevistas semiestruturadas com médicos participantes ou não do PGC, em setembro de 2009, tendo como referência as ações implantadas em 2008. Foram entrevistados 23 médicos (14 homens e 09 mulheres). Como resultado foi observado que o incentivo financeiro é reconhecido pelos médicos como importante, mas não determinante da inclusão de pacientes no PGC. O principal motivo apresentado foi a organização do cuidado, no qual o paciente é mais bem acompanhado e controlado, e o trabalho médico, avaliado segundo parâmetros preestabelecidos. O PGC e o PPP têm potencial de transformação do cuidado em saúde. O trabalho multidisciplinar e a maior produtividade nos atendimentos no consultório foram os principais efeitos positivos identificados. Outros estudos são necessários para acompanhar a evolução e os efeitos do pagamento por desempenho no trabalho médico.

► **Palavras-chave:** pagamento por desempenho; pagamento por performance; gerenciamento de doenças; remuneração médica; incentivos médicos.

¹ Médica, especialista em medicina social e preventiva, mestranda em saúde pública - área de políticas de saúde com um vínculo público com a prefeitura de Belo Horizonte e um vínculo no setor de saúde suplementar. Endereço eletrônico: gomescls@gmail.com

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002). Professora Associada da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG. Endereço eletrônico: cherchml@medicina.ufmg.br

³ Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ (2003), com pós-doutorado pela Johns Hopkins University (1994). Professora Adjunta III da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Endereço eletrônico: cristianalcarvalho@gmail.com.br

Recebido em: 08/05/2011.
Aprovado em: 31/10/2011.

Introdução

Entre as principais causas de morte, hoje, estão as enfermidades crônico-degenerativas, próprias da longevidade. Segundo O'Donnell e Elosua (2008), desde os anos 50, após os resultados iniciais dos Estudos de Framingham (Framingham Heart Study), os fatores de risco clássicos para as doenças crônico-degenerativas, em especial, aqueles relacionados ao aparelho cardiovascular - tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo, diabetes *mellitus*, dislipidemias, obesidade - passaram a ser valorizados. Para a maioria desses fatores, há relação direta entre sua presença e a probabilidade aumentada de morte ou de manifestações clínicas das doenças isquêmicas (SOUZA; SILVA, 2004).

A gestão do cuidado nas doenças crônico-degenerativas tem ênfase nas medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças e suas complicações. Busca-se a melhoria da qualidade de vida e da autonomia dos pacientes, e ainda estratégias de acompanhamento que otimizem a utilização dos recursos disponíveis (CHAVES, 2008). O foco das ações da gestão do cuidado está:

- nas ações educativas, estímulo a mudanças no estilo de vida e construção da autonomia dos pacientes;
- na abordagem dos fatores de risco e doenças já instaladas, com orientações para o autocuidado e estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso;
- nas ações multidisciplinares.

Em alguns países, para alcançar esses objetivos, utilizam-se programas de pagamento por desempenho ao médico e às equipes multidisciplinares, como forma de incentivar a melhoria nos resultados dos cuidados dispensados aos pacientes (CRAWLEY et al., 2009). Por incentivo entende-se aquilo que estimula alguém a fazer ou desejar alguma coisa, é um ganho extra, que procura criar motivações nos envolvidos para buscar metas preestabelecidas ou reforçar determinados comportamentos (FEKETE; ALMEIDA, 1999). Pode ser considerado um componente da estratégia de gestão, que, aplicado a uma remuneração básica, visa alcançar os objetivos da organização.

Nos Estados Unidos, são mais de 148 programas em atividade, com mais de 57 milhões de beneficiários envolvidos (LEAPFROG, 2007). Além disso, mais da metade das organizações privadas de seguro saúde possuem alguma estratégia de pagamento por desempenho (GELLAD et al., 2009).

Já o modelo de incentivos, utilizado desde 2004 pelo Sistema Público de Saúde no Reino Unido, baseia-se em novo contrato para o médico generalista (*General Practitioner - GP*) que tem nas medidas do *Quality and Outcomes Framework* (QOF) seu maior componente. Trata-se de um sistema de pontuação e metas no cuidado à saúde que, quando alcançadas, são vinculadas a prêmios financeiros, podendo representar até 25% da receita anual do profissional.

No Brasil, a discussão sobre o modelo de atenção à saúde, orientado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2007) criou a necessidade de rever as práticas adotadas no segmento, em consonância com a atenção integral à saúde. As experiências com a utilização de pagamento por desempenho na organização do cuidado na saúde suplementar são ainda incipientes e sem publicações consistentes, o que reveste este estudo de uma importância particular, mas apõe sobre ele as dificuldades claras daqueles que investigam situações ainda pouco exploradas pela literatura especializada.

Este estudo visa a analisar a percepção dos médicos sobre o uso de incentivos financeiros no Programa de Gerenciamento Cardiovascular (PGC) implantado, em 2008, por uma operadora de plano de saúde (OPS) de grande porte localizada no estado de Minas Gerais.

Métodos

Trata-se de investigação de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso, de uma operadora de plano de saúde. Fundada na década de 70, atualmente atende a mais de 100 mil beneficiários, cerca de 20% da população dos 17 municípios de sua área de atuação, contando com mais de 1.100 médicos e mais de 150 hospitais, clínicas e laboratórios contratados.

O programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares objetiva a melhoria da assistência e da qualidade de vida dos beneficiários. Além disso, busca a utilização adequada dos recursos disponíveis, pela organização do cuidado aos portadores de doenças cardiovasculares e de fatores de risco modificáveis, melhorando seu prognóstico e perfil de utilização dos serviços de saúde (ABRÃO, 2007).

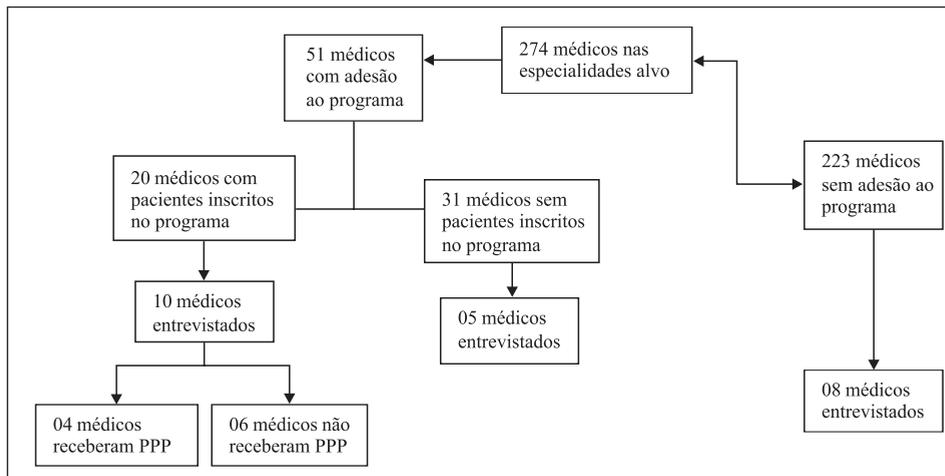
A operacionalização do PGC é feita a partir da identificação dos portadores de determinada patologia ou agravo, como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo,

entre outras. Cada paciente identificado é estratificado por risco, gravidade e perfil de custo, e tem uma proposta de cuidado customizada à sua necessidade, com o acompanhamento dos indicadores clínicos definidos em seu seguimento. O programa é composto por polos multiprofissionais (nutricionistas, médicos especialistas em reabilitação cardíaca, enfermeiros, educadores físicos, assistentes sociais entre outros) que desenvolvem ações de atividade física, reabilitação cardiovascular, caminhada orientada, controle do tabagismo e manutenção de peso saudável. Os polos funcionam em um espaço próprio da OPS, denominado Núcleo de Atenção a Saúde (NAS), e atuam de forma complementar ao cuidado desenvolvido no consultório pelo médico assistente.

A adesão do médico é caracterizada pela participação em um treinamento prévio, em que a presença integral é pré-requisito para a obtenção do certificado e a permissão para inclusão de pacientes no programa. Já o paciente deve ser encaminhado ao NAS através de formulário próprio preenchido pelo médico assistente, contendo anamnese, exame físico e os resultados dos exames complementares realizados. A autorização para inclusão deve ser solicitada pelo médico por telefone antes de encaminhar o paciente. É liberada uma senha, utilizada no pagamento posterior, e o paciente deve assinar um consentimento informado. Os que chegam ao NAS por outras vias não resultam em benefícios para o médico assistente.

A apuração das metas é realizada a cada seis meses para pacientes sem histórico prévio de eventos cardiovasculares e a cada três meses para pacientes com esse histórico. Para cada paciente, o alcance de duas das seis metas propostas nos indicadores clínicos define o pagamento mensal de uma consulta extra enquanto as metas permanecerem dentro do esperado.

A seleção dos entrevistados ocorreu de forma aleatória e levou em consideração o universo dos médicos nas especialidades-alvo do programa: Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Endocrinologia e Pneumologia. Os médicos sorteados eram contatados por telefone, definiam o interesse em participar e eram agendados os encontros conforme sua disponibilidade. Abaixo, é apresentado o fluxograma da amostra (quadro 1):



Fonte: Quadro preparado pelas autoras.

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com o objetivo de permitir aos entrevistados discorrer sobre suas experiências no PGC focado na utilização dos incentivos financeiros. As entrevistas foram realizadas até atingir o chamado “ponto de saturação teórico”, alcançado quando os novos entrevistados começam a repetir os conteúdos já obtidos anteriormente, sem acrescentar novas informações relevantes (FONTANELLA et al., 2008).

Foram estabelecidas as variáveis-chave a serem captadas nas entrevistas, buscando compreender, basicamente, os seguintes aspectos do trabalho médico:

1. Importância do pagamento por desempenho;
2. Motivos para aderir ou não ao programa de gerenciamento de doença cardiovascular;
3. Percepção do programa na prática clínica e no comportamento dos pacientes.

As entrevistas foram realizadas em locais designados pelos médicos, conforme sua disponibilidade, independente de qualquer outro tipo de ordenação. A coleta dos dados ocorreu no mês de setembro de 2009, tendo como referência as ações implantadas nos anos de 2008, remuneradas, pela primeira vez, no primeiro trimestre de 2009. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG (número do parecer ETIC262/09) e autorizado pela operadora

de saúde. Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua integralidade. Todas as transcrições foram lidas por dois pesquisadores e codificadas em uma matriz construída para esse fim. As transcrições foram mantidas intactas.

Resultado

Atualmente, 51 (19%) dos 274 médicos nas especialidades-alvo finalizaram a capacitação e estão aptos a incluir pacientes; desses, apenas vinte já encaminharam pacientes para pelo menos um dos polos de cuidado no NAS, e somente quatro receberam os pagamentos por desempenho (PPP) até o momento da pesquisa.

Entre as especialidades-alvo do PGC, a participação proporcional de médicos por especialidade e a adesão ao programa é mais significativa na Endocrinologia (41%), na Pneumologia (26%) e na Cardiologia (25%), que estão diretamente relacionadas ao objeto do programa de gerenciamento cardiovascular. As demais especialidades têm menor participação: Homeopatia (10%) e Clínica Médica (8%).

Entre os 23 médicos entrevistados (14 homens e 09 mulheres), o tempo médio de formado é de 26 anos, a média de idade, 50 anos, e tempo médio de trabalho para a OPS, 22 anos. Todos têm no consultório sua principal fonte de renda, mesmo quando possuem vínculos empregatícios com outras instituições, exceto por dois profissionais já aposentados e um que também é professor universitário. A relação com a operadora de serviços de saúde é considerada boa pela maioria dos médicos; além disso, os ganhos financeiros advindos da prestação de serviços para as operadoras representam entre 40% e 80% da receita do consultório dos profissionais. Naqueles que aderiram ao PGC, a média de idade é de 54 anos e o tempo médio de trabalho para a OPS, 14 anos.

Importância do pagamento por desempenho na percepção dos médicos

A proposta do PPP é gerar o acréscimo monetário no valor de uma consulta, por mês, por paciente que atinge a meta de dois ou mais indicadores clínicos. Entre os médicos que receberam o incentivo, o valor monetário pago não foi percebido como significativo, ou seja, não trouxe impacto na remuneração, mas foi considerado um diferencial.

Considerando que o PGC tem pouco tempo de duração e poucos pacientes atingiram as metas, os valores pagos não trouxeram mudanças nos ganhos de forma a serem facilmente percebidos. Entretanto, pode-se perceber que a presença do incentivo, de certa forma, pode nortear a procura de pacientes no perfil adequado aos encaminhamentos, buscando juntar o “útil ao agradável”.

[...] seria um programa que eu teria que fazer até por conta da minha própria profissão, independente da remuneração, seria obrigação minha fazer prevenção nos meus pacientes e encaminhá-los para um tratamento adequado [...] Hoje eu tenho as duas satisfações: a primeira, de estar oferecendo para o paciente um atendimento melhor, e a segunda é que pelo trabalho que eu já teria que fazer, eu estou tendo uma remuneração a mais [...] Eu não fazia busca ativa desse paciente, mas em função de ter que fazer um acompanhamento para um paciente e, também, até pelo fato da remuneração hoje, a gente busca ver paciente que tem perfil para mandar [...] (Entrevista 14)

[...] não é essa remuneração que é o importante pra mim, apesar da gente viver disso [...] Mas eu acho que o importante é a idéia (a remuneração diferenciada.). É importante [...] Na verdade, seria o porquê de funcionar isso do ponto de vista do médico. Tem orientação para parar de fumar, perder peso, de fazer atividade física a gente faz no nosso dia a dia. E a partir do momento que você vê resultado no seu trabalho, tanto financeiramente, apesar de eu não ter uma ideia de valores, quanto o paciente estar melhor, mais protegido e dentro das escalas de risco, você vê que ele está com menos risco de ter algum problema do que ele tinha anteriormente. (Entrevista 21)

Mesmo para os médicos que aderiram ao programa e ainda não receberam o incentivo, observa-se a confiança de que a organização do cuidado e a existência do estímulo de metas remuneradas possam contribuir para aprimorar a situação de saúde do paciente. Tem-se, então, que os entrevistados ressaltam a importância do cuidado médico aos seus pacientes, mas reconhecem que aqueles que obtêm resultados esperados devam ser distinguidos e que uma das formas disso acontecer é pela remuneração diferenciada. Assim, nas entrevistas abaixo, essa questão é claramente ilustrada:

[...] Eu acho que é um estímulo a mais [...] eu tenho as minhas metas, eu quero os meus pacientes nessas metas e independente do que eu vou ganhar. Mas eu acho que é um estímulo a mais, um incentivo a mais para que eles tenham um cuidado a mais com os pacientes. [...] você está remunerando melhor um profissional que está tendo uma atenção melhor com o seu paciente. Eu acho que a ideia é muito válida e eu acho que a filosofia é o ideal... (Entrevista 02)

[...] Olha, eu acho que isso é muito positivo porque leva o profissional médico a começar a criar um diferencial de atendimento. A partir do momento que você começa a criar um estímulo para esse profissional é que ele começa a enxergar que existe outro caminho de fazer medicina e que é um caminho mais bonito, mais prático, mais fácil e que é o caminho da prevenção. Em vez de pegar um paciente doente e tentar curá-

-lo, trabalhar para evitar que esse paciente adoça. Então hoje o que tem sido feito é, primeiro, tentar mudar esse paradigma do profissional médico, aonde ele saia da cultura intervencionista e hospitalocêntrica para partir para uma visão do paciente na medicina preventiva. (Entrevista 12)

Pode-se observar que a proposição da remuneração por desempenho encontra aprovação daqueles que aderiram ao programa, sendo considerada um incentivo para que novas práticas sejam adotadas e para que haja o engajamento ao programa.

Adesão ao programa de gerenciamento de doença cardiovascular

O incentivo financeiro é reconhecido como importante, mas não determinante da inclusão de pacientes no gerenciamento de cuidado. O principal motivo citado para a inclusão dos pacientes nos programas foi a organização do cuidado, a possibilidade de ter organizada uma rede assistencial na qual o paciente possa ser mais bem acompanhado e controlado, e o trabalho médico, avaliado segundo parâmetros preestabelecidos. Isso pode ser constatado a partir das entrevistas transcritas abaixo:

[...] o incentivo de a gente ter metas a serem atingidas eu acho que isso é muito importante para a gente ver os resultados do próprio trabalho, do trabalho da gente em conjunto com o do paciente. Mas assim, o grande incentivo para mim é realmente estar melhorando enquanto profissional. Lógico que remuneração é importante, mas não é o mais importante para mim, não sou tão apegada, mas lógico que isso é um estímulo. (Entrevista 03)

[...] estar encaminhando o paciente para o núcleo de apoio da Operadora de Plano de Saúde que nos dá muita ajuda em relação à atividade física, orientação alimentar, para que ele possa atingir as metas. Eu sempre trabalhei com esse critério de metas para o paciente e achei interessante poder receber um diferencial por isso, achei isso importante. (Entrevista 11)

[...] Eu coloquei [o paciente no programa] porque entendi que o paciente poderia se beneficiar e acho que o controle seria maior. [...] o que me estimulou mais não foi receber uma remuneração a mais por isso, na minha forma de entender [...] porque o meu objetivo maior é ter o meu paciente controlado. (Entrevista 19)

Pode-se verificar que o grande fator motivador está relacionado à percepção de que o programa auxilia no cuidado adequado dispensado, e que a questão da remuneração é um coadjuvante na tentativa de melhorar o acompanhamento ao paciente. Pode-se verificar que, em sua grande maioria, as entrevistas apontam para o reconhecimento de que o programa estabelece parâmetros adequados e vai de encontro às necessidades apresentadas, tanto pelos pacientes, quanto pelos profissionais de saúde.

Não adesão ao programa de gerenciamento de doença cardiovascular

Os médicos que não aderiram ao programa ou que, apesar de aderidos não encaminharam pacientes, têm as seguintes explicações: desconhecimento ou incompreensão das dimensões do programa; burocracia existente para a inscrição de pacientes; recusa destes em participar; ausências de pacientes no perfil adequado e ainda a compreensão de que o trabalho de prevenção e promoção à saúde deve ser feito pelo próprio médico. Os trechos selecionados demonstram essas situações e reforçam a necessidade de divulgar o programa tanto para médicos quanto para pacientes, esclarecendo as dúvidas e potencializando os benefícios que dele podem advir:

Eu acho que o que realmente está faltando é eu voltar a ler um pouquinho sobre essa questão do programa, quais são as vantagens, e selecionar os pacientes que vão fazer isso. (Entrevista 10)

Na minha cabeça eu não me incluía no projeto de forma nenhuma e eu realmente não percebi o projeto. Mas eu vejo que tem muito que contribuir profilaticamente [...] (Entrevista 08)

Não (conheço o programa). Nem fui ao treinamento, pra quê? Isso que eu te falo, é muito burocrata. [...] O papel de encaminhar para nutricionista? Eu não vou preencher aquilo não, primeiro que para eu mandar para uma nutricionista eu não preciso preencher aquilo, é profissional de saúde tanto quanto eu. [...] vou preencher anamnese, exame físico, exame complementar, o paciente tem que me consentir. [...] preencher outro para fazer a Educação Física a papelada toda. [...] a minha crítica é a burocracia. (Entrevista 09)

O que acontece é que eu tive poucos pacientes que se enquadraram no perfil que exigia. Toda vez que a gente comentava com o paciente de ir para lá pra fazer o paciente não queria. “O senhor não quer me tratar?” aí eu dizia “Não é que eu não queira te tratar, vai ser melhor, eu vou continuar te acompanhando [...]”. “Doutor eu não vou, ou eu vou e não volto”, desse jeito continua como está. ... Não que eu tenha medo de perder para o programa, é o paciente que não quer. Então eu tentei fazer algumas vezes e dois foram muito incisivos nessa resposta. (Entrevista 17)

Além dessas considerações acima, tem-se que no PGC, se o paciente possui dois médicos de referência (por exemplo, um cardiologista e um endocrinologista) e o encaminhamento ao programa for feito por um deles, mesmo que o cuidado e as metas sejam realizados em conjunto, apenas um dos profissionais será remunerado e há, por parte deles, uma preocupação dessa situação criar algum tipo de constrangimento entre os colegas.

[...] parece que a endocrinologia encaminha mais que a cardiologia, me parece que eu vi esse dado, teria mais facilidade [...] ele encaminhando inviabiliza o meu encami-

nhamento; e volto a repetir: [essa] é melhor a forma de encaminhamento, diminuir a burocracia da ficha [...] (Entrevista 15)

[...] mas o que eu vejo é isso, eu acho que a cultura do paciente criar esse vínculo, a maioria desses pacientes já tem outro vínculo médico que eles vão, como é que você vai [...] você começa a ficar criando embate com os próprios colegas, fica parecendo que você quer tirar os pacientes deles. O paciente hoje é dividido e se você quiser fazer isso você vai ter que ter o apoio do paciente, e ele acabará criando um vínculo (Entrevista 10)

Pode-se, ainda, identificar, entre os entrevistados que não aderiram ao programa, a presença de algum tipo de restrição ao uso dos incentivos financeiros na remuneração médica. Assim, em algumas entrevistas, aparecem as seguintes posições:

[...] Como médico eu entendo que esse é um trabalho que deve ser rotineiro para qualquer médico, independente da participação de ganho. Eu acho que isso é um trabalho normal, que não haveria absolutamente necessidade de um ganho extra para que se indicasse ou encaminhasse pacientes para o núcleo. (Entrevista 18)

Mas vão dizer que isso [os incentivos] atrai [...] A mim não me atraiu. Eu não gosto de ganhar menos, mas também não me atraiu. Eu vou mandar porque ele é bom e não porque eu vou ganhar mais. (Entrevista 09)

[...] Eu acho que o problema de remuneração médica não é um problema do programa de gerenciamento ou de qualquer outro programa. [...] Olha, eu acho que qualquer remuneração a mais pelo seu trabalho é muito bem-vinda, mas assim, na realidade, eu fico muito mais feliz com o aumento de uma CH, que é uma coisa muito mais estável do que com a possibilidade de uma remuneração maior por uma coisa que não depende só de mim também. Porque na realidade depende de uma mudança do paciente nos hábitos de vida, que é basicamente o que o programa se propõe a fazer e é muito difícil. Então não é uma coisa que dependa só de mim. (Entrevista 04).

Percepção do programa na prática clínica e no comportamento dos pacientes

Entre os profissionais que aderiram ao programa, houve consenso em relação à melhoria do processo de trabalho e do aumento da produção no consultório, gerada pelo acompanhamento dos pacientes no NAS. A divisão de responsabilidades no trabalho multidisciplinar - compreendido como a ação de diferentes profissionais, dentro de sua especificidade, de forma complementar, facilitando e agilizando a organização do cuidado - foi apontada como uma das principais ações do programa.

[...] Eu acho que o que mudou é que me facilita mais. Não tem que falar com o paciente de novo como é que faz para parar de fumar [...] Tem pessoas fazendo isso por mim, eu gasto menos tempo na consulta e o paciente está sendo orientado no dia-a-dia a respeito da atividade física, bons hábitos de vida, vamos dizer assim. Facilita, agiliza a nossa consulta. (Entrevista 21)

[...] Acho que o que mudou ao longo desses anos foi a gente aprender a trabalhar mais em conjunto com a equipe multidisciplinar, de ter essa troca com os próprios colegas médicos e mais até com os psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, a gente vê que a gente não trabalha sozinho. Eu acho que a grande mudança é essa questão de integração de trabalho em conjunto. Isso que eu acho que faz a diferença. (Entrevista 03)

[...] Então eu acho que com o núcleo, [...] o trabalho multidisciplinar é o grande facilitador. [...] você tem outras especialidades, outros colegas te ajudando a fazer aquilo que você sabe que precisa, a coisa se torna muito mais fácil, [...] eu tenho aonde buscar apoio para isso, coisa que eu não conseguiria sozinha no consultório. (Entrevista 04)

O reconhecimento da importância do trabalho multidisciplinar, associado à importância das ações desenvolvidas de promoção à saúde, permitiu, como visto nas entrevistas seguintes, a clara percepção sobre a evolução dos pacientes que participam do programa, encontrando enfática aprovação dos médicos nas atividades desenvolvidas.

[...] Acho que a minha percepção é a melhor possível. Os pacientes se sentem mais comprometidos com o plano; inclusive, eles ficam mais felizes porque o plano está dando um “a mais” [...] que até então, os outros planos que eu conheça não têm. [...] eu acho que ele (o paciente) se sente mais (confiante), acha que as pessoas estão se interessando mais pela doença dele. (Entrevista 21)

[...] eu tenho muito paciente em consultório que eu encaminhei para lá e que eu vejo um resultado muito bom, principalmente, no que eles chamam de “peso saudável”. Eles pesam uma vez por semana e aí eu acho muito interessante, eu vejo um resultado em que realmente vale a pena ter um paciente bem monitorado lá. (Entrevista 02)

[...] Eu já tenho dois pacientes que estão fazendo retorno e recebendo essa orientação. Eles gostam muito, sempre. É uma coisa muito boa que tem dado resultado positivo, esses dois que já retornaram deram resultado positivo. (Entrevista 11)

A aprovação do programa deu-se pela capacidade da proposta de oferecer resultados eficazes no cuidado dos pacientes, reforçando o trabalho médico e dividindo a responsabilidade com uma equipe multiprofissional que responde à necessidade do médico e do paciente. A questão da remuneração, apesar de ser importante, fica em segundo plano, e, dessa forma, pode-se afirmar que há um comprometimento com o bem-estar dos pacientes, e que o pagamento por desempenho serve como um elemento de reconhecimento dos esforços realizados.

Discussão

Este estudo buscou compreender a percepção dos médicos assistentes sobre o uso de incentivos financeiros na indução de mudanças no cuidado de pacientes crônicos. O tema torna-se ainda mais importante tendo em vista a Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011, que institui o estabelecimento de incentivos por desempenho através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, com o objetivo de induzir à ampliação do acesso e à melhoria da qualidade da atenção básica, e buscar garantir um padrão comparável de qualidade nacional, regional e local.

A literatura tem poucos artigos sobre esse tema. Na revisão bibliográfica produzida por Greene e Nash (2009), com foco em diversas áreas do pagamento por desempenho, foram encontrados vinte artigos sobre a “Análise de Percepções”, desses, apenas quatro estavam ligados à percepção dos médicos voltados para o cuidado de doenças crônicas. Os autores concluem que os prestadores de serviços médico-hospitalares ainda não têm total conhecimento sobre o uso do pagamento por desempenho, e é necessária maior e melhor divulgação sobre o programa para permitir sua implementação. Nesta pesquisa, tal realidade também foi encontrada entre os entrevistados que não aderiram ao programa de gerenciamento cardiovascular. O desconhecimento do programa foi o principal argumento para a não adesão.

Os modelos de gerenciamento de doenças crônicas incentivam o cuidado integral do paciente com trabalho multidisciplinar, sua satisfação e a do médico e a redução dos custos associados às complicações evitáveis. O uso de pagamento por desempenho visa fomentar a colaboração voltada para resultados e oferecer uma ponte de um modelo de cuidado em saúde mais integral. Entretanto, algumas teorias tomadas de empréstimo tanto da economia quanto das ciências da administração nos dão conta das circunstâncias em que os indivíduos estão dispostos a cooperar na realização de metas e obtenção de resultados. O uso de incentivo, monetário ou não, é, ainda hoje, um tema polêmico, existindo na literatura distintos posicionamentos quanto a sua efetividade.

Na abordagem baseada na teoria econômica (SANTANA, 2002), o modelo agente principal é útil para analisar circunstâncias que envolvem o uso de incentivo como uma maneira de induzir os prestadores a melhorar a qualidade

da assistência em saúde. No caso dos cuidados médicos, o incentivo econômico é um dos muitos fatores que influenciam a adoção de determinados padrões de prática clínica. Outras considerações incluem ética profissional, formação, experiência e a natureza das relações entre os prestadores e os financiadores. Os incentivos, quando utilizados, podem tornar os *agentes* (os médicos) mais receptivos às necessidades do *principal* (operadora de saúde).

Chiavenato (2003) trata desse assunto nas diversas linhas da teoria geral da administração, principalmente a relacionada à motivação. Desde o início da administração científica por Taylor, baseada na concepção de que o comportamento do homem é motivado exclusivamente pela busca do dinheiro e pelas recompensas, passando por diversas “escolas” até aos contemporâneos autores da Qualidade Total, tem-se buscado entender a relação entre o uso de incentivos financeiros e o desempenho.

Entretanto, nenhuma das teorias apontadas explica, em sua totalidade, os resultados encontrados, considerando que as entrevistas sugerem que os incentivos financeiros, apesar de relevantes para grande parte dos profissionais, não foram o principal motivador da inserção de pacientes no PGC. O motivo alegado foi a possibilidade de organização do cuidado e do trabalho multidisciplinar na corresponsabilização de outros profissionais na condução do paciente e na incorporação de ações de promoção e prevenção em saúde, antes não exercida com a devida profundidade.

Nessa linha, Marshall e Harrison (2005) encontraram exemplos que indicam que algo além do ganho financeiro impulsiona o comportamento profissional. Na tentativa de explicar essa evidência, a atenção dos autores centrou-se em diversas variáveis, tais como, a idade e sexo dos médicos; sua experiência anterior de incentivos e métodos de pagamento; o tipo e gravidade da condição clínica nas quais os incentivos são utilizados; o volume de atividade e o local e o tipo de prática. Todos esses fatores parecem ser importantes, mas juntos não foram suficientes para explicar as variações observadas. Para eles, uma explicação mais convincente talvez resida na relação entre incentivos explícitos, tais como, recompensa material e a motivação “moral” interna dos profissionais de saúde.

De acordo com as entrevistas realizadas neste trabalho, nenhum dos médicos sentiu-se pressionado a aderir ao programa ou a produzir mudança em sua rotina clínica, embora realcem satisfação com o PGC. As afirmações são de que as

atividades multiprofissionais não somente fomentaram uma maior qualidade dos cuidados, como também possibilitaram aumentar o número de consultas, gerando um ganho extra. Ao dividir a responsabilidade sobre o paciente com outros profissionais nas atividades, como orientação nutricional, estímulo ao exercício físico e à cessação do tabagismo, a consulta tornou-se mais objetiva e com melhor aproveitamento do tempo - reduzido de 30 para 20 minutos em média – o que permite realizar maior número de consultas num mesmo período de tempo.

Os mesmos resultados foram encontrados Whalley et al. (2008), que realizaram uma pesquisa com os generalistas ingleses sobre a satisfação no trabalho, horas trabalhadas, rendimento e efeito de pagamento por desempenho, comparando dois momentos: os anos de 2004 (antes da execução de PPP) e de 2005 (após a implementação de PPP). Os autores encontraram maior satisfação no trabalho, associados à diminuição de horas trabalhadas e aumento dos rendimentos. Em geral, o estudo concluiu que os médicos têm uma percepção mais positiva sobre o efeito do PPP seguido à implantação do programa. Essa mesma impressão pode ser encontrada nas entrevistas com os médicos do PGC, há uma percepção de que o trabalho multiprofissional pode trazer ganhos aos pacientes e aos próprios médicos, mas ele exige um esforço burocrático maior e um maior controle sobre as ações do médico, podendo de certa forma refletir-se como perda de autonomia.

Tem-se, contudo, que os profissionais entrevistados não excluem o fator econômico de suas razões para agir dentro do programa, mas buscam resguardar sua capacidade de interferir nos resultados apresentados pelos seus pacientes. Demonstram, com isso, que suas ações estão motivadas mais por um senso de responsabilidade profissional, que norteia sua capacidade de ser efetivo na condução do tratamento ofertado ao paciente, do que pela busca de auferir maiores ganhos financeiros.

Nas entrevistas, também pode ser percebida a preocupação de alguns dos médicos com a utilização de incentivos financeiros para realizar as atividades que já deveriam ser da prática cotidiana. A mesma percepção foi encontrada por Beckman et al. (2006) nos grupos focais realizados um e dois anos após a implantação de um programa de pagamento por desempenho. Foram feitas várias avaliações sobre o funcionamento do programa e a consistência dos indicadores utilizados no controle. Uma constatação digna de nota parece ser a percepção dos médicos de que a utilização de incentivos financeiros é incompatível com o

sentido de profissionalismo, devido ao potencial dos programas de pagamento por desempenho de reduzir a autonomia dos médicos na condução de seus pacientes. Preocupações com a utilização de incentivos financeiros como base para alterar o comportamento também foram levantadas por esse autor, e também aparecem nas entrevistas realizadas entre os médicos do programa de gerenciamento cardiovascular, objeto desta pesquisa.

Campbell et al (2008), em um estudo baseado em entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros no Reino Unido, encontraram resultados menos promissores que os estudos de Whalley et al (2008). O programa desenvolvido teve o efeito pretendido de melhorar os cuidados de doenças específicas ao atingir determinados objetivos e aumentar os rendimentos do médico. No entanto, esse estudo encontrou vários efeitos indesejáveis do programa, e os autores concluem que o sistema PPP “mudou a dinâmica entre médicos e enfermeiros e a natureza da consulta médico-paciente” ao criar duas agendas separadas entre a necessidade do paciente e as demandas do programa. Houve uma diminuição da continuidade dos cuidados entre médicos e os pacientes, o crescente ressentimento entre aqueles que não receberam as recompensas, entre outros efeitos. Parte dessa situação também foi encontrada nas entrevistas entre os médicos que aderiram ao PGC, que relatam os efeitos da burocracia existente no programa e as dificuldades do encaminhamento dos pacientes.

As entrevistas realizadas neste trabalho mostram a preocupação dos médicos com a qualidade dos cuidados, e também que um percentual deles é favorável ao uso de incentivos econômicos, considerado como uma forma de reconhecimento do trabalho desenvolvido e como estímulo à melhoria dos resultados ligados às medidas de satisfação dos profissionais e da qualidade global da prestação de serviços da organização. Tais resultados demonstram, portanto, que, apesar de o incentivo pago ainda ser pequeno e pouco perceptível, ele pode, simultaneamente, favorecer a contenção dos custos com a manutenção da saúde dos pacientes e aumentar a qualidade do cuidado.

Assim como na literatura, também pode ser vista nas entrevistas a ausência da conexão entre o pagamento recebido e o alcance das metas. Teleki et al (2006), em um estudo conduzido na Califórnia, buscaram, entre outras variáveis, a opinião dos médicos sobre o incentivo anual e a disponibilização de indicadores de desempenho confidenciais que incluíam as comparações com outros médicos.

Dos entrevistados, 84% relataram que acham incentivos financeiros de qualidade uma boa maneira de motivar a mudança de comportamento. Apesar de 75% dos médicos terem recebido pagamentos de incentivos, poucos desses entrevistados estavam cientes do recebimento de tais prêmios e não fizeram a conexão desses pagamentos com o seu desempenho.

Estudos como o de Nicholson et al (2008) concluem que os programas de PPP devem ser estruturados diferentemente, conforme a disponibilidade de informação. Quando a informação sobre a saúde dos pacientes e a função de produção de saúde está incompleta, como acontece atualmente, os programas de pagamentos por desempenho devem ser mantidos pequenos, basear-se em resultados, em vez de serem centrados nos processos, e devem visar às práticas médicas.

Com a melhora das informações, os pagamentos de incentivos podem ser aumentados e tornar-se mais poderosos. Ainda segundo Nicholson et al. (2008), hoje em dia, a maioria dos programas de PPP desenvolvidos possui pagamentos de incentivos de pequeno porte, alocando somente de 2 a 4 % dos pagamentos, o que não torna o comportamento dos médicos mais suscetível a mudanças. Essa estratégia vem sendo aplicada no desenvolvimento do PGC considerando a fase inicial de implantação, e pode-se verificar, a partir das entrevistas, que há uma percepção de que o programa se preocupa com o paciente e sua condução, mas, também, em reconhecer o trabalho realizado pelo médico. A existência de um estímulo explícito acabou motivando a inclusão de pacientes no programa, demonstrando que, aliado a um componente profissional, o incentivo financeiro pode atuar como elemento aglutinador, facilitando a capacidade dos indivíduos em reconhecer os benefícios possíveis de serem atingidos pelo programa.

Contudo, cabe ressaltar que este estudo apresenta como limitação a curta duração do programa de gerenciamento de pacientes crônicos e o baixo número de médicos que receberam o incentivo até o momento das entrevistas.

Conclusão

A estratégia de utilizar incentivos financeiros no pagamento por desempenho dos médicos no programa de gerenciamento de doenças cardiovasculares visa estimular a adesão à proposta e gerar uma mudança no modelo assistencial. O programa de gerenciamento cardiovascular tem potencial de transformação do

cuidado em saúde ao ser centrado no paciente, na perspectiva da construção de sua autonomia e na busca de melhoria dos resultados em saúde e do trabalho integrado com os demais profissionais desse campo (CHAVES, 2008).

Assim, observou-se que os entrevistados foram enfáticos em reconhecer no incentivo financeiro um “a mais” na condução e indicação dos pacientes ao programa. Entretanto, os médicos julgam que utilizar os indicadores para avaliar o cuidado dispensado aos clientes parece estimular, de modo positivo, a satisfação profissional e a qualidade da prestação de serviço, mostrando, simultaneamente, que a utilização de incentivos pode promover, em longo prazo, o aumento da qualidade do cuidado, principalmente se houver um alinhamento destes com valores profissionais. A transcrição abaixo reflete esse desejo dos médicos:

[...] Seria o ideal de todo médico, você receber pela saúde do seu paciente e não pela doença. O ideal seria isso, nós praticaríamos a saúde e não a doença. [...] É importante (o incentivo), mas como é uma coisa nova não é tão impactante ainda. Esperamos que seja para gente sair dessa guerra de volume, de ter que atender muita gente para ter um salário digno no final do mês. (Entrevista 21)

O trabalho multidisciplinar e o melhor aproveitamento do atendimento no consultório foram os principais efeitos positivos identificados. Algumas reclamações da burocracia no processo de autorização envolvendo esperas em ligações e o excesso de informações solicitadas para inclusão de pacientes (por exemplo, descrever resultado de exames complementares que estão com o paciente e que poderiam ser avaliados pelos profissionais do NAS) não geraram resistência ou perda de motivação para participação no programa entre a maioria dos médicos. As mudanças no cuidado associadas ao programa de gerenciamento cardiovascular incluindo o uso de incentivo têm potencial de modificar a forma como os médicos encaminham seus pacientes. Entretanto, as consequências em longo prazo são difíceis de prever. São necessários outros estudos para observar a evolução e os efeitos do pagamento por desempenho.¹

Referências

ABRÃO, N. *Remuneração diferenciada para cooperados em medicina preventiva*. In: SEMINÁRIO NACIONAL UNIMED DE MEDICINA PREVENTIVA, Rio de Janeiro, 2009.

BECKMAN, H. et al. Physician reactions to quantitative individual performance reports. *Am J Med Qual*, v.21, n.3, p.192-199, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*: manual técnico. 2 ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.
- CAMPBELL, S.M.; MCDONALD, R.; LESTER, H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. *Ann Fam Med.*, v.6, n.3, p.228-234, 2008.
- CHAVES, S.R. Estado da arte do gerenciamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E.F. (Org.). *Desenvolver a saúde*: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Ed. Federação Minas, 2008.
- CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- CRAWLEY, D. et al. Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England. *J R Soc Med.*, v.102, n.3, p.103-7, Mar 2009.
- FEKETE, M.C.; ALMEIDA, M.J. Sistemas de *incentivo ao trabalho em saúde*. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/SITS.htm>> Acesso em: 31 jan. 2010.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.
- GELLAD, W.F.; DETSKY, A.S.; CHOUDHRY, N.K. Implications of recent clinical trials on pay for performance *Am J Health-Syst Pharm.*, v.66, p. 864-7, 2009.
- GREENE, S.E.; NASH, D.B. Pay for performance: an overview of the literature. *American Journal of Medical Quality*, v.24, p. 140, 2009.
- LEAPFROGGROUP. *Provider Pay-for-Performance Incentive Programs: 2006-2007 National Study Results*, 2007. Disponível em: http://www.healthforlifeamerica.net/healthforlife/filesfordownload/071204_H4L_HighestQualityCare.pdf Acesso em: 25 set. 2009.
- MARSHALL, M.; HARRISON S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Qual Saf Health Care*, v.14, p. 14-5, 2005.
- NICHOLSON, S. et al. Getting Real performance out of pay-for-performance. *The Milbank Quarterly*, v.86, n.3, p.435-457, 2008.
- O'DONNELL, C.J.; ELOSUA, R. Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol.*, v.61, n.3, p.299-310, Mar 2008.
- QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK. *Bulletin IC 2007 13*, p.1, 2007. Disponível em: <<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2006-07/QOF%20200607%20Statistical%20Bulletin.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2009.
- SANTANA, E.A. Contrato satisfatório multidimensional e a teoria do incentivo. *Rev. Bras. Econ.*, Rio de Janeiro, v.56, n. 4, Oct. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402002000400005 &lng=en&nrm=iso> Acesso em: 31 jan 2010.

SOUZA E SILVA, N.A. Saúde cardiovascular na era tecnológica. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.83, n.6m p. 453-455, dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001800001&lng=pt>. Acesso em: 21 mar 2009.

TELEKI, S.S. et al. Will financial incentives stimulate quality improvement? Reactions from frontline physicians. *American Journal of Medical Quality*, v.21, p.367, 2006.

WHALLEY, D.; GRAVELLE, H.; SIBBALD, B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract.*, v.58, n.546, p.8-14, 2008.

Nota

¹ C.L.S.Gomes participou da concepção, planejamento, coleta, análise e interpretação dos dados, da discussão dos resultados e da redação final do artigo. M.L. Cherchiglia participou da concepção, análise e interpretação dos dados, da elaboração do rascunho e da redação final do artigo. C.L. Carvalho participou da concepção, análise e interpretação dos dados e da revisão teórica do artigo. Trata-se de pesquisa de dissertação de mestrado e não há conflitos de interesse envolvidos.

Abstract

The physician's perception on the use of pay-per-performance in a management program of cardiovascular diseases: the case of a health plan provider

Since the '50s, people began to give increasing value to the risk factors for cardiovascular disease. The management of cardiovascular disease (CMP) seeks the construction of patient autonomy and improved quality of life. In some countries, to reach these goals, the use of pay-per-performance (PPP) to physicians has been mentioned as one of the elements of improvement in the process, in patient outcomes and in remuneration conditions. Our goal is to study the medical perspective of the implementation of performance payment linked to the CMP. This is a qualitative research, a case study, using semi-structured interviews with PGC participating and non-participating doctors. The interviews were conducted in September 2009, based on the actions implemented in 2008. We interviewed 23 doctors (14 men and 9 women). The main reason cited for the inclusion of CMP patients was the organization of their care, in which the patient is well controlled and monitored and medical work is evaluated by pre-established parameters. The financial incentive is recognized as important but not determining of the inclusion of patients. The CMP and the PPP have the potential to transform health care, improving outcome indicators. Multidisciplinary work and increased productivity in appointments in the practice were the main positive effects identified. Further studies are required to observe the progress and effects of performance payment.

► **Key words:** pay for performance; disease management; medical payment; medical incentives.