

A remuneração médica por desempenho e sua relação com a qualidade de assistência à saúde: uma revisão integrativa de bases de dados internacionais

Medical pay for performance and its relationship to the quality of health care: an integrative review of international databases

Denise Ferreira Gomide Batista¹ (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9640-0513>)

Leonardo Carnut² (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

¹Enfermeira. Professora do Centro Universitário Internacional-UNINTER. Aluna do curso de Especialização de Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

²Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde (PPGCECS), Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior de Saúde (CEDESS).

Resumo

Revisar o que a literatura científica tem apresentado sobre a remuneração médica relacionado ao desempenho e qualidade da assistência à saúde. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa em quatro diferentes bases de dados internacionais: Pubmed, Scopus, *Web of Science* e Embase. Foram criados 3 pólos de análise para as bases de dados pesquisadas: 1) “*Remuneration*” e Performance” (fenômeno); 2) A população estudada: “*Medical*” (população); e 3) “*Quality*” (contexto). Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade temática. 22 artigos foram incluídos. Sintetizou-se os seguintes elementos dos artigos: autores, ano, os aspectos metodológicos dos artigos, os países estudados nos artigos, as conclusões dos estudos dos artigos revisados, os modelos de remuneração dos artigos, as mensurações do desempenho, e as mensurações da qualidade da assistência. A maior parte dos estudos relatam que uma melhoria dos processos gerenciais é alcançada, contudo isto pode ser questionado pelo fato das formas de mensurar qualidade e desempenho não serem definidas e nem claras o suficiente, muitas vezes tomadas como tácitas. Além disso, a associação do pagamento por desempenho com outros modelos de pagamento dificulta a atribuição da melhoria da qualidade apenas a essa forma de remunerar. Sugere-se que novos estudos com metodologias mais robustas que identifiquem melhor como se processa e de quem depende esta relação de causalidade possam ser realizados.

Descritores: Remuneração; Incentivos econômicos; Incentivos de desempenho; Desempenho salarial; Planos de Incentivo ao Médico; Médicos; Serviço de saúde; Mecanismos de Avaliação de Cuidados de Saúde; Qualidade dos cuidados de saúde.

Abstract

To review what the scientific literature has presented on medical remuneration related to the performance and quality of health care. For this, an integrative review was carried out

in four different international databases: Pubmed, Scopus, Web of Science and Embase. 3 analysis poles were created for the researched databases: 1) “Remuneration” and Performance” (phenomenon); 2) The population studied: “Medical” (population); and 3) “Quality” (context). Two independent reviewers selected publications using the PRISMA protocol. Data analysis was performed in thematic mode. 22 articles were included. The following elements of the articles were synthesized: authors, year, methodological aspects of the articles, the countries studied in the articles, the conclusions of the studies of the reviewed articles, the models of remuneration of the articles, the measures of performance, and the measures of quality of assistance. Most studies report that an improvement in management processes is achieved, however this can be questioned by the fact that the ways of measuring quality and performance are not defined and not clear enough, often taken as tacit. Furthermore, the association of pay for performance with other payment models makes it difficult to attribute quality improvement only to this form of remuneration. It is suggested that further studies with more robust methodologies that better identify how it is processed and what this causal relationship depends on can be carried out.

Keywords: *Remuneration; Economic incentives; Performance incentives; Pay performance; Physician Incentive Plans; Physicians; Health service; Health Care Evaluation Mechanisms; Health care quality.*

Introdução

O conceito de ‘qualidade’ se destacou nas décadas de 80 e 90, o que impulsionou as empresas a buscarem uma transformação pela necessidade da sustentabilidade em ambientes economicamente turbulentos. Melhorias constantes, além do planejamento, da revisão de processos e do acompanhamento de desempenho tornaram-se essenciais para um posicionamento de destaque das organizações ⁽¹⁾.

Para isso, ocorreram mudanças na gestão das organizações, através da visão sistêmica dos seus processos institucionais, da transformação dos indivíduos, buscando a autorrealização e a inovação afim de mobilizar profissionais mais capazes, criativos e produtivos. Além disso, a reestruturação produtiva e a inovação tecnológica com o objetivo de conquistar a excelência por meio de práticas mais racionais focadas nas demandas dos clientes se tornaram pontos chave dessas organizações ⁽¹⁾.

Ao pensar ‘qualidade em saúde’, este termo se define, segundo o médico Avedis Donabedian, pela obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos e custos para os pacientes onde os benefícios são alcançados de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, tendo como pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimalidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Posteriormente, o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), reorganizou estes conceitos, tornando-os mais práticos, na qual a boa qualidade significa disponibilizar serviços adequados e competentes, com boa comunicação, decisões compartilhadas e

sensibilidade cultural por meio da segurança, eficiência, cuidado centrado no paciente, sendo oportuno, eficiente e equitativo ^(2,3).

A qualidade em saúde é complexa e possui muitos significados tornando sua medição e sua apreensão como objeto científico um desafio. É sabido que essa medição se dá através de processos avaliativos da gestão afim de atingir um cuidado qualificado. No entanto, nem sempre as organizações prestadoras de serviços, como as instituições de saúde, conseguem acompanhar o avanço científico-tecnológico, a crescente exigência dos consumidores além da competitividade; afim de garantir da qualidade da assistência a ser prestada tanto para o setor público como para o privado ⁽³⁾.

No atual cenário, com os crescentes gastos com o sistema de saúde, na maioria das vezes o alto custo da incorporação de novas tecnologias em medicamentos, materiais e equipamentos, as dificuldades de acesso ao cuidado médico, o envelhecimento da população além da insatisfação médica em razão da baixa remuneração têm exigido mudanças e aperfeiçoamentos dos modelos de remuneração utilizados ^(4,5). É este ponto no qual a forma de remuneração dos profissionais de saúde tem ganhado notoriedade como ferramenta gerencial que interfere na qualidade dos resultados clínicos.

Para entender este cenário, é necessário localizar o debate na crise capitalista contemporânea. Esta pode ser compreendida através de tendências, sendo elas: a queda da taxa de lucro, a centralidade do capital fictício nas relações socioeconômicas e o comportamento do Estado. Como os lucros são extraídos do valor adicionado pela força de trabalho, mantendo a exploração do trabalho constante, a taxa de lucro tende a sofrer queda e com isso ocorre uma crise de sobre acumulação e superprodução, que é explicada não pela insuficiência de demanda efetiva, mas pelo declínio do lucro decorrente do modo de produção.

Assim, a solução capitalista para isso, segundo Marx, seria a elevação do grau de exploração do trabalho, e o aumento do acúmulo do capital portador de juros que compensasse a queda da taxa de lucro que, em tempos de financeirização, vem avançando em setores como a saúde pública. Isto vem se reproduzindo nos últimos 40 anos com o acúmulo e valorização do capital fictício, estimulado pelo Estado, através da emissão de títulos da dívida pública, e consequente priorização do pagamento dos juros desta dívida em detrimento dos investimentos em saúde ⁽⁶⁾.

Atualmente os serviços de saúde operam em regime de pré-pagamento (prospectivo), na qual o custo é conhecido antes da prestação do serviço o que aumenta os incentivos para os subtratamentos e seleção de riscos e tem como exemplo clássico a

remuneração por salário e por capitação. Outro sistema de pagamento seria por custo operacional (retrospectivo), na qual o custo é conhecido após o evento ter ocorrido, o que reforça o estímulo a práticas inconsequentes de gastos e tem como exemplo o pagamento por procedimento, ou *Fee for Service (FSS)*. Nenhuma destas formas, alinham os incentivos financeiros com as metas dos indicadores de qualidade, sendo então necessária a implementação de modelos alternativos e mistos que permitam atingir a qualidade em saúde por meio do trabalho dos profissionais ^(5,7).

Na atualidade, os profissionais de saúde são remunerados através de várias modalidades, sendo elas remunerações simples: por procedimento ou FSS, que consiste no pagamento por serviço prestado; capitação ou *capitation*, onde o prestador de serviços recebe uma quantia por paciente para promover serviço de saúde por um período de tempo; salário, onde o médico recebe um ganho fixo por certo período de tempo; e as remunerações complexas: os pacotes de serviços, uma prática recorrente no Brasil que consiste em um pagamento prospectivo no qual hospitais e planos de saúde negociam um valor único pelos procedimentos cirúrgicos mais frequentes incluindo diárias, taxas, medicamentos e materiais, mas deixando de fora os honorários médicos; Grupos de Diagnósticos Relacionados – DRG (*Diagnostic Related Groups*) onde é estabelecido um preço fixo por procedimento ou diagnóstico, baseado em valores médios, sendo que o incentivo para o hospital é manter o seu custo de tratamento abaixo do preço estabelecido, aumentando sua eficiência ^(2,4,8).

Outro modelo de remuneração complexa em exponencial crescimento nos Estados Unidos, é o modelo de pagamentos baseado em episódios. Este modelo é semelhante ao DRG e apresenta uma forma potencial de transferir o risco financeiro gerenciável para os provedores através de uma taxa única global; utilizado geralmente em procedimentos cirúrgicos através dos recursos e trabalho integral prestado neste evento ^(2,4,8).

No modelo de pagamento por desempenho o objetivo, tanto no setor público como suplementar, consiste em ajustar os recursos a serem alocados segundo o seu desempenho, sendo este mensurado nas seguintes perspectivas: padrões clínicos relacionados ao cuidado; padrões organizacionais referentes ao registro de informações; comunicação com os pacientes, educação e treinamentos; gestão de medicamentos e gestão clínica; experiência do paciente; serviços adicionais (como o acompanhamento da saúde infantil, serviços de pré-natal, entre outros) e os cuidados holísticos baseado no desempenho no domínio clínico ^(2,4,8).

Para entender melhor esse modelo de remuneração é necessário definir, antes de tudo, como o ‘desempenho’ pode ser entendido. Ele pode estar relacionado à superação de expectativas que atribuem um valor funcional àquele que realizou algo além do esperado. Além disso, pode ser entendido como um conjunto de resultados relacionados à busca de um prêmio por mérito atingido e, portanto, compõe a lógica da meritocracia, e com isso, são incentivados pela premiação. Já na perspectiva gerencialista grosso modo, o desempenho é ligado apenas à produtividade e à quantidade de trabalho ⁽⁹⁾.

O modelo de alcance das metas é a forma mais utilizada para entender o desempenho pelos analistas e pelos técnicos em organizações e corresponde a perspectiva funcional-racionalista das organizações. Segundo essa abordagem, uma organização existe para cumprir objetivos específicos e a avaliação do seu desempenho consiste então em avaliar em que medida seus objetivos foram atingidos. Um segundo modelo frequentemente utilizado é o dos processos internos segundo o qual uma organização com alto desempenho é aquela que funciona de acordo com as normas estabelecidas, valorizando a estabilidade e o controle. Esse modelo coloca a medida do desempenho organizacional ao nível dos processos internos de produção ⁽⁹⁾.

Por isso que definir bem qual perspectiva sobre o desempenho é a melhor e qual a definição a ser adotada é uma premissa essencial. No entanto, quando se trata das variadas formas de pagamentos por desempenho para remuneração médica, o que se percebe é que apenas uma única forma é a preponderante (gerencialista) e ela estimula condutas diferentes do mesmo profissional no atendimento a pacientes que sofrem do mesmo problema de saúde ⁽¹⁰⁾. Há evidências que indicam que o modelo de remuneração por desempenho, quando implementado aos sistemas de saúde suplementar, aumenta a eficiência com tendência de valorização da qualidade e da segurança médica ⁽¹¹⁾, contudo não existem ainda evidências consistentes quando se trata dos serviços públicos de saúde.

No Brasil, o sistema de remuneração predominante no sistema único de saúde (SUS) é a remuneração por salário (ou por hora), ou seja, quanto menor a produção maior o ganho individual por paciente atendido pois o salário não altera, ele é fixo. Várias são as críticas a esse modelo, pois induz a mentalidade burocrática, onde cada procedimento é problema do outro, além de não estimular a relação médico-paciente, pois a liberdade para escolher o médico é reduzida o que dificulta a avaliação da qualidade no serviço prestado. Em contrapartida, médicos assalariados têm mais estímulo para prestar um serviço adequado, pois não tem motivação para a sub ou superprodução ⁽²⁾.

Quando se trata da remuneração médica baseada no desempenho, em revisão integrativa anterior realizada no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Porto e Carnut ⁽¹²⁾ concluem que de 2011 a 2020, o desempenho tem sido a noção gerencial mais usada no âmbito de suas remunerações como forma de modulação do comportamento médico em busca da qualidade. Contudo, este mesmo estudo, afirma que mesmo o pagamento por desempenho parecendo ser responsável pela qualidade dos cuidados ofertados, efeitos indesejáveis deste tipo de remuneração ocorrem aumentando a inequidade ao longo do tempo. Por isso, verificar melhor se existe esta relação de causalidade ainda é uma tarefa necessária cientificamente.

Na esfera internacional, o pagamento por desempenho é defendido e utilizado para melhorar a qualidade do atendimento e alcançar metas institucionais nas políticas de saúde. Apesar de ser uma das estratégias dominantes para melhoria da qualidade dos sistemas de saúde, sua efetividade ainda é questionada. Em virtude destes argumentos é que se torna necessário uma busca da literatura sobre a remuneração por desempenho para se obter mais evidências sobre qual a parcela de explicação de estes modelos de remuneração podem (ou não) ajudar a explicar o alcance da qualidade em serviços e sistemas de saúde ⁽¹³⁾.

Diante do contexto apresentado é que esse estudo de revisão da literatura, tem como objetivo responder à pergunta de pesquisa: Quais as evidências na literatura sobre os modelos de remuneração médica por desempenho e a qualidade de assistência?

Método

Trata-se de revisão integrativa de literatura realizada de fevereiro e março de 2022 em uma universidade pública de São Paulo, Brasil, embasada nas etapas: a) identificação do tema e questão norteadora; b) busca e seleção dos estudos; c) categorização dos estudos; d) análise; e) apresentação da revisão ⁽¹⁴⁾.

Este método foi escolhido para sistematizar estudos com diferentes metodologias e integrar os resultados dos estudos que possivelmente abordam diversos aspectos sobre o tema. Com base na pergunta foi desenvolvida uma busca em quatro diferentes bases de dados: Pubmed, Scopus, *Web of Science* e Embase. Os descritores, pertinentes a cada base de dados, palavras-chave, estratégia de busca, foram validados por dois pesquisadores.

Em PubMed® os descritores controlados, na língua inglesa, foram identificados em *Medical Subject Headings (MeSH)*. Na *Web of Science*, Embase e Scopus utilizaram-se os termos controlados, na língua inglesa, foram identificados em títulos.

Estratégia de busca

Em relação a construção da estratégia de busca, a pergunta de pesquisa permitiu identificar polos de análise que serviram de base para derivar os descritores. Foram criados 3 polos de análise para as bases de dados pesquisadas: a) os fenômenos estudados: ‘*Remuneration*’ e ‘*Performance*’; b) a população estudada: ‘*Medical*’, e c) o contexto estudado: ‘*Quality*’

É possível ver os descritores/termos derivados por cada polo de análise da pergunta de pesquisa no quadro 1.

	Base de dados	PubMed	Scopus	WebOfScience	Embase
	<i>Mesh/ Terms</i> Descritores/ (Termos)	<i>Articles</i> (Artigos)	<i>Articles</i> (Artigos)	<i>Articles</i> (Artigos)	<i>Articles</i> (Artigos)
<i>Remuneration/ Performance</i> (Remuneração/ Desempenho)	<i>Remuneration</i> (Remuneração)	343	-	-	-
	<i>Reimbursement, incentive</i> (Reembolso, incentivo)	4.657	-	-	-
	<i>Economic incentives</i> (Incentivo econômico)	-	-	326	37.490
	<i>Performance incentives</i> (Incentivo por desempenho)	-	611	-	26
	<i>Pay performance</i> (Pagamento por desempenho)	-	435	-	-
<i>Medical</i> (Médica)	<i>Physician Incentive Plans</i> (Planos de incentivo para médicos)	2.283	-	-	-
	<i>Physicians</i> (Médico)	-	789.467	7.069	855.285
	<i>Health service</i> (Serviço de saúde)	-	-	-	6.312.769
<i>Quality</i> (Qualidade)	<i>Health Care Evaluation Mechanisms</i>	7.102.722	-	-	-
	<i>Health care quality</i> Qualidade de cuidados em saúde)	-	250.953	1.185	3.700.604

Quadro 1. Polos e descritores/termos derivados segundo os itens-chave da pergunta da revisão e os resultados do número de publicações em cada base de dados (PubMed, Scopus, *Web of Science* e Embase). Fev-Mar, 2022.

Fonte: elaboração dos autores

A seleção dos artigos ocorreu em três fases: A fase 1 abordou a busca dos estudos nas bases de dados. Definiu-se como critérios de inclusão e exclusão descritos no quadro 2:

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
As publicações serem artigos e terem seu resumo disponível para leitura;	Publicações que não tinham resumo disponível;
Os artigos tratarem do tema e serem relevantes a pergunta de investigação;	Estudos do tipo revisão, teses, dissertações, artigos de opinião, comentários, notas prévias e manuais.
Os artigos em texto completo para leitura posterior em revistas ou biblioteca virtual das universidades em que foram publicados ou websites dos respectivos órgãos responsáveis por sua publicação.	Artigos que abordam outros temas não relevantes à pergunta de investigação.

Quadro 2. Critérios de inclusão e de exclusão para as publicações identificadas no processo de seleção. Fev-Mar, 2022.

Fonte: elaboração dos autores

Na base de dados PubMed®, foi determinada a estratégia de busca descrita a seguir: "*Remuneration*"[MeSH Terms] OR "*reimbursement, incentive*"[MeSH Terms]) AND "*Physician Incentive Plans*"[MeSH Terms] AND "*Health Care Evaluation Mechanisms*"[MeSH Terms] com um total de **182** publicações recuperadas. Na base de dados SCOPUS, a busca se deu por palavras, em todos os campos, caracterizando a estratégia: TITLE-ABS-KEY ("*health care quality*") AND TITLE-ABS-KEY ("*physicians*") AND TITLE-ABS-KEY ("*pay performance*") OR TITLE-ABS-KEY ("*performance incentives*") com um total de **38** publicações recuperadas. Na base de dados EMBASE, a busca se deu por palavras, em todos os campos, caracterizando a estratégia: Title- abs- author key ('*health care quality*' AND '*physicians*' OR '*health service*') AND ('*economic incentives* ') com um total de **19** publicações recuperadas. Na base *Web of Science* os descritores foram identificados em títulos e realizou-se a estratégia: "*Economic incentives*" OR "*performance incentives*" (Todos os campos) AND "*physicians*" (Todos os campos) AND "*health care quality*" (Todos os campos) com um total de **35** publicações recuperadas

A fase dois abrangeu a seleção dos estudos e procedeu-se à leitura de títulos e resumos com auxílio de um programa de revisão gratuito na web, de versão única, chamado *Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI)* ⁽¹⁵⁾, tecnologia que agiliza a triagem com alto nível de exatidão para seleção dos estudos.

A fase três correspondeu a leitura na íntegra dos artigos e à decisão da amostra final. Utilizou-se um instrumento já validado, para coleta e organização dos achados ⁽¹⁶⁾, que abordou: número do estudo, título, periódico, ano da publicação, objetivos, método, resultados e conclusão, classificando-se, também, o Nível de Evidência (NE) dos estudos.

Ao trabalhar com as sintaxes finais descritas acima em cada base de dados, foi possível identificar um total de 274 estudos. A partir dos títulos e resumos disponíveis, foram desconsiderados aqueles que estavam repetidos (17 publicações). Na fase de rastreamento foram excluídas as publicações que representavam outro material bibliográfico diferente do formato de ‘artigo científico’ (literatura cinza, ou seja, anais de congressos, relatórios ministeriais dentre outros – 25 publicações) e os que não respondiam à pergunta de pesquisa (58 publicações), e ainda população errada (8 publicações). Ressalta-se também que os textos (83 publicações) não estavam disponíveis para leitura na íntegra. Na fase da elegibilidade, os 83 artigos que foram para leitura do texto completo, sendo que não respondiam à pergunta de pesquisa (23 publicações), artigos indisponíveis para leitura na íntegra (35 publicações) estudo secundário (2 publicações) e manual (1 publicação). Ao final 22 artigos foram considerados como incluídos nesta revisão.

A seleção dos estudos é demonstrada na figura 1, de acordo com as recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) ⁽¹⁷⁾.

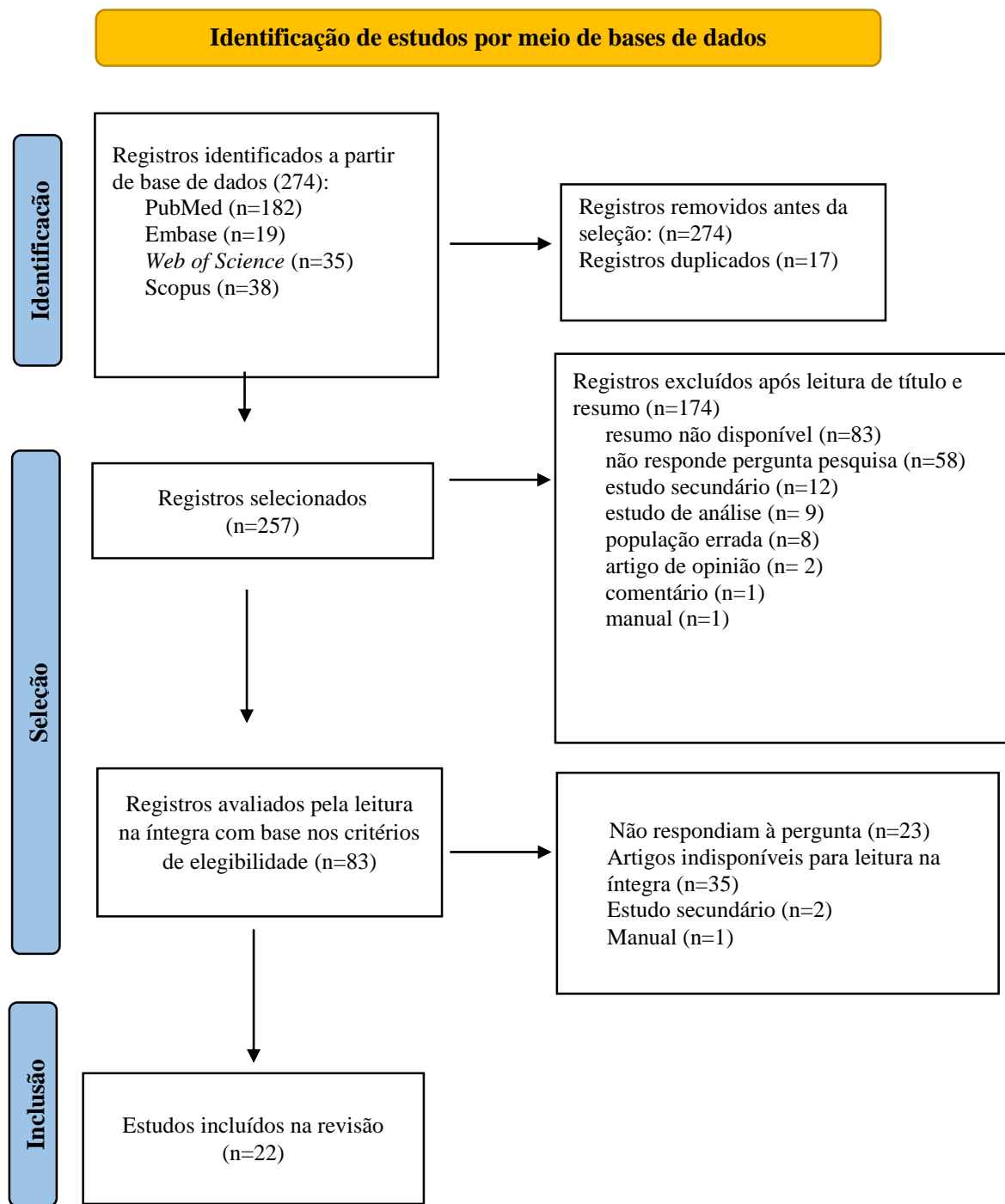


Figura 1 – Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão, Fev- Mar, 2022. Fonte: elaboração dos autores.

Análise de dados

O processo de análise de dados dos artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma

independente por 2 revisores (D.F.G.B e L.C). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos foram analisados e categorizados considerando as informações e descrições dos artigos incluídos relevantes ao tema, que se destacaram quanto à intencionalidade da questão norteadora. Assim, os artigos foram organizados em ordem cronológica crescente (do mais antigo para o mais recente).

A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática. Esse método foi escolhido porque a tipologia dos manuscritos permitia uma integração mais refinada dos dados. Assim, organizou-se os temas para cada elemento a seguir: metodologia (para discutir a qualidade e a força das evidências), resultados e conclusões encontradas (e sua ressaltando o quesito do desempenho), o elementos específicos da pergunta de pesquisa (o modelo de remuneração, como é mensurado o desempenho e, por fim, como é mensurada a qualidade). A elaboração dos temas teve a função de facilitar a integração cujos conteúdos são semelhantes.

Resultados

Os 22 artigos incluídos na revisão, conforme o fluxograma apresentado, foram lidos na íntegra e foram extraídos de seu conteúdo as seguintes informações: autores, ano da publicação, objetivos, método, resultados e conclusão, classificando-se, também, o nível de evidência dos estudos, descritos no Quadro 3.

Os estudos que compuseram o conjunto de artigos incluídos na presente pesquisa os estudos internacionais entre os anos de 2005 e 2018, sendo 13 estudos realizados após o ano de 2010, o que demonstra a atualidade da temática. Grande parte das pesquisas foram classificadas com nível de evidência 4, visto que caracterizaram artigos que se limita a observar e analisar a relação existente entre a presença características ou fatores e o desenvolvimento de enfermidades em grupos de população ^(19,20,21,22,23,24,26,27,28,35,38,39).

Identificaram-se, em menor número, estudos com nível de evidência 3, na qual apresentavam ensaios clínicos bem delineados sem randomização ^(18,29,32,37) e estudos nível 6, com evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo experimentais randomizados ^(25,30,33,36). Porém apenas dois estudos são classificados com nível 2, ou seja, com evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado ^(31,34) na qual demonstraram resultados estatisticamente significativos quanto melhora da qualidade da assistência médica após introdução programas de incentivo baseado em desempenho.

Na maioria dos estudos desta pesquisa, observaram uma melhoria da qualidade da assistência com a implantação do pagamento por desempenho, sendo um total de 15 estudos ^(18,19,20,22,24,25,27,28,29,31,32,34,35,37,39). Os estudos nos quais não foi evidenciada uma melhora na qualidade da assistência, foram os estudos observacionais. Isso pode justificar a necessidade de explorar este tema, por meio da elaboração de mais estudos experimentais, bem delineados, que apresentem desfechos conclusivos e subsidiem as melhores práticas de incentivos por desempenho para melhoria da qualidade da assistência.

Quanto a localidade de realização dos estudos, a grande maioria das pesquisas foram realizadas no Reino Unido (RU), totalizando 12 estudos ^(19,21,23,24,26,29,31,33,35,37,38,39), 8 estudos foram realizados nos EUA ^(18,20,22,25,27,28,32,36) e apenas 1 estudo realizado no Canadá ⁽³⁰⁾ e um estudo realizado nas Filipinas ⁽³⁴⁾.

Autor/Ano	País	Objetivo	Método	Resultado/conclusão	NE
Beaulieu ND, Horrigan DR, 2005 ⁽¹⁸⁾	EUA	Investigar os efeitos do pagamento de médicos pelo desempenho nas medidas de qualidade do tratamento do diabetes quando combinado com outras ferramentas de gerenciamento de cuidados.	Estudo quase experimental sem randomização.	Incentivos financeiros para médicos, combinados com outras ferramentas de gerenciamento de cuidados, levaram a uma melhoria na qualidade do cuidado medido objetivamente para pacientes diabéticos.	3
Doran T et al., 2006 ⁽¹⁹⁾	Reino Unido	Relatar o desempenho em indicadores de qualidade clínica para 10 condições crônicas no primeiro ano do programa de pagamento por desempenho implementado no RU.	Análise de dados extraídos dos sistemas de computação clínica (dados secundários)	As práticas familiares inglesas atingiram altos níveis de desempenho no primeiro ano do novo contrato de pagamento por desempenho. Um pequeno número de práticas parece ter alcançado pontuações altas ao excluir muitos pacientes por notificação de exceção.	4
Gilmore AS et al., 2007 ⁽²⁰⁾	EUA	Determinar se os membros do plano de saúde que viram médicos participando de um programa de incentivo baseado em qualidade receberam cuidados recomendados ao longo do tempo em comparação com pacientes que viram médicos que não participaram do programa de incentivo.	Estudo observacional.	Modelos de reembolso médico baseados em métricas de qualidade de atendimento baseadas em evidências podem afetar positivamente se um paciente recebe ou não os cuidados recomendados de alta qualidade.	4
Millet C et al., 2007 ⁽²¹⁾	Reino Unido	Examinar as disparidades no manejo de pessoas com diabetes e resultados clínicos intermediários em uma população multiétnica na atenção primária antes e depois da introdução do novo contrato.	Pesquisa longitudinal de base populacional usando registros eletrônicos.	Os incentivos de pagamento por desempenho não abordaram as disparidades na gestão e controle do diabetes entre grupos étnicos. As iniciativas de melhoria da qualidade devem dar maior ênfase às comunidades minoritárias para evitar disparidades.	4
Mehrotra A et al., 2007 ⁽²²⁾	EUA	Avaliar o escopo e a magnitude dos incentivos de P4P entre grupos de médicos e examinar se tais incentivos estão associados a iniciativas de melhoria de qualidade.	Estudo observacional retrospectivo com dados coletados a partir de pesquisa telefônica	Os incentivos P4P vinculados às medidas de qualidade HEDIS foram positivamente associados às iniciativas de melhoria de qualidade dos grupos. Encontrado uma associação entre os incentivos P4P e o uso de iniciativas de melhoria da qualidade.	4
Millet C et al., 2008 ⁽²³⁾	Reino Unido	Examinar as disparidades étnicas no manejo da hipertensão entre pacientes com e sem comorbidades cardiovasculares após a implementação de um grande esquema de incentivo de pagamento por desempenho na atenção primária do RU.	Pesquisa transversal de base populacional usando prontuários eletrônicos.	As disparidades étnicas no manejo da hipertensão persistiram no RU, apesar do grande investimento em iniciativas de melhoria da qualidade, incluindo pagamento por desempenho.	4
Campbell SM et al., 2009 ⁽²⁴⁾	Reino Unido	Analisar os dados de desempenho após introdução de um esquema de pagamento por desempenho baseado no cumprimento de metas para a qualidade do atendimento clínico na Inglaterra.	Análise de séries temporais.	O esquema acelerou as melhorias na qualidade de duas das três condições crônicas no curto prazo. No entanto, uma vez que as metas foram alcançadas, a melhoria na qualidade do atendimento para pacientes com essas condições diminuiu e a qualidade do atendimento diminuiu para duas condições que não estavam vinculadas a incentivos. A continuidade dos cuidados foi reduzida após a introdução do esquema.	3

Rodriguez HP et al., 2009 ⁽²⁵⁾	EUA	Examinar se a magnitude e a natureza dos incentivos financeiros baseados no desempenho do grupo médico estão associadas a melhores experiências dos pacientes de cuidados primários.	Estudo qualitativo	No contexto de mensuração estadual, relatórios e informações financeiras baseadas em desempenho incentivos, as experiências de atendimento ao paciente melhoraram significativamente.	6
String M, South G, Carlisle R, 2009 ⁽²⁶⁾	Reino Unido	Avaliar a qualidade da espirometria na atenção primária em Rotherham em relação aos padrões baseados em evidências publicadas em documentos nacionais e mede a associação entre essa medida de qualidade e a realização de QOF em nível de prática.	Registros de pacientes (secundários)	Os resultados sugerem que o atual contrato mede a quantidade, mas não necessariamente a qualidade da espirometria e, como tal, representa uma oportunidade perdida de melhorar ainda mais os cuidados com a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	4
Chen JY et al., 2010 ⁽²⁷⁾	EUA	Investigar a eficácia de um programa de pagamento por desempenho (P4P) para aumentar o recebimento de cuidados de qualidade e diminuir as taxas de hospitalização entre pacientes com diabetes mellitus.	Estudo longitudinal.	O P4P pode aumentar significativamente o recebimento de cuidados de qualidade e diminuir as taxas de hospitalização entre pacientes com diabetes em um ambiente de PPO.	4
Chung S et al., 2010 ⁽²⁸⁾	EUA	Avaliar o efeito de um programa de pagamento por desempenho específico para médicos nas medidas de qualidade de atendimento em uma prática de grande grupo.	Examinado resultados clínicos relatados e incentivados e medidas de processo.	Pequenos incentivos financeiros baseados no desempenho individual dos médicos podem ter levado a uma melhoria contínua ou aprimorada em medidas de atendimento ambulatorial bem estabelecidas.	4
Fleetcroft R et al., 2010 ⁽²⁹⁾	Reino Unido	Estimar a redução potencial da mortalidade populacional a partir da implementação do contrato P4P na Inglaterra.	Estudo transversal e de modelagem.	O contrato pode ter proporcionado um ganho de saúde substancial, mas o ganho de saúde potencial foi limitado por metas de desempenho para pagamento integral sendo estabelecidas abaixo do desempenho de linha de base típico.	3
Kaczorowski, J, Goldberg O, Mai V, 2011 ⁽³⁰⁾	Canadá	Avaliar as visões dos médicos antes e depois da implementação do projeto P-PROMPT, para aumentar as taxas de prestação de 4 serviços de cuidados preventivos direcionados a pacientes elegíveis na rede de cuidados primários e práticas da rede de saúde familiar elegíveis para P4P.	Estudo qualitativo	O programa de gestão de cuidados preventivos e P-PROMPT foram vistos favoravelmente pela maioria dos entrevistados e foram percebidos como úteis para melhorar a prestação de serviços de cuidados de saúde preventivos.	6
Kontopantelis E et al., 2012 ⁽³¹⁾	Reino Unido	Analisar o efeito da definição de metas mais altas, em um esquema de P4P de atenção primária, nas taxas de imunização contra influenza e notificação de exceções.	Desenho controlado antes e depois com controles não equivalentes.	O aumento de 5% no limite superior de pagamento para CHD foi associado a aumentos na proporção de pacientes com CHD imunizados e uma exceção foi relatada. Tornar as metas de qualidade mais exigentes pode não apenas levar à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também pode ter outras consequências.	2
Unutzer et al., 2012 ⁽³²⁾	EUA	Avaliar um programa de melhoria de qualidade com incentivo de pagamento por desempenho (P4P) em um programa de atendimento integrado e focado na população para pacientes de clínicas de saúde comunitárias.	Desenho quase experimental.	As análises sugerem fortemente que, quando os principais indicadores de qualidade são rastreados e uma parcela substancial do pagamento está vinculada a esses indicadores de qualidade, a eficácia do atendimento às populações da rede de segurança pode ser substancialmente melhorada.	3

Lester H et al., 2013 ⁽³³⁾	Reino Unido	Obter uma perspectiva de longo prazo sobre a implementação do QOF (Quality and Outcomes Framework).	Estudo qualitativo.	Calibrar o nível apropriado de autonomia clínica é fundamental para que os esquemas de pagamento por desempenho tenham o máximo impacto no atendimento ao paciente.	6
Peabody JW et al., 2013 ⁽³⁴⁾	Filipinas	Avaliar o impacto de um programa de P4P nos resultados de saúde pediátrica nas Filipinas.	Estudo randomizado.	Os resultados deste experimento social randomizado indicam que a introdução de um programa de incentivo baseado em desempenho, que inclui medição e feedback, levou a melhorias em dois importantes resultados de saúde infantil.	2
Arrowsmith, ME et al., 2014 ⁽³⁵⁾	Reino Unido	Avaliar o impacto do Quality and Outcomes Framework (QOF), um importante programa de pagamento por desempenho no RU, na prescrição de anticoncepcionais reversíveis de ação prolongada (LARC) na atenção primária.	Análise binomial negativa de séries temporais interrompidas.	Pagar por incentivos de desempenho para aconselhamento contraceptivo na atenção primária com mulheres que procuram aconselhamento contraceptivo aumentou a aceitação dos métodos LARC.	4
Chien, A.T., et al./2014 ⁽³⁶⁾	EUA	Estimar o percentual de médicos cuja remuneração é variável; a frequência com que os incentivos de desempenho para produtividade, qualidade do atendimento, satisfação do paciente e uso de recursos foram usados para determinar a compensação.	Estudo qualitativo	Os médicos relataram diferentes tipos de incentivos financeiros destinados a alterar a qualidade e a quantidade do atendimento; os tipos de incentivo diferem pelo grau em que as práticas obtêm receitas do Medicaid ou atendem pacientes hispânicos.	3
McLintock K et al., 2014 ⁽³⁷⁾	Reino Unido	Avaliar os efeitos da descoberta de casos incentivados pelo QOF para depressão no diagnóstico e tratamento em condições de longo prazo direcionadas e não direcionadas.	Design quase-experimental.	A descoberta de casos incentivada aumentou novos diagnósticos relacionados à depressão. O estabelecimento do QOF interrompeu as tendências crescentes de novas prescrições de antidepressivos, que foram retomadas após a introdução da descoberta de casos incentivada.	3
Ruscitto A et.al., 2016 ⁽³⁸⁾	Reino Unido	Examinar a variação nos pagamentos Quadro de Qualidade e Resultados do RU para dois indicadores incentivados em ≥ 1 domínio de doença.	Estudo de modelagem usando dados transversais de 314 práticas gerais na Escócia.	Pacientes com condições únicas, os métodos de pagamento QOF existentes têm mais de duas vezes a variação no pagamento para entregar o mesmo processo. Pagamentos múltiplos eram comuns em pacientes com multimorbidade. Necessário um método de pagamento que garanta a equidade das recompensas, mantendo o financiamento adequado para as práticas com base na carga de trabalho real.	4
Mason N et al., 2018 ⁽³⁹⁾	Reino Unido	Avaliar a eficácia dos dois esquemas de incentivo à atenção primária introduzidos na Inglaterra para aumentar as taxas de diagnóstico de demência.	Análise de impactos individuais e coletivos entre dois esquemas de incentivo para diagnóstico de demência na atenção primária.	Os esquemas de incentivo à atenção primária parecem ter sido eficazes em fechar a lacuna entre a prevalência de demência registrada e a esperada, mas o esquema hospitalar não teve nenhum efeito adicional discernível.	4

Quadro 3. Caracterização dos estudos acerca de sua intencionalidade, delineamento metodológico, principais resultados e desfechos. (NE: Nível de Evidência); (P4P: Pagamento por performance) (HEDIS: Health care Effectiveness Data and Information Set); (QOF: Quality and Outcomes Framework); (PPO: Preferred Provider Organization); (CHD: Coronary Heart Disease).

Fonte: elaboração dos autores.

A seguir, no quadro 4, estão sintetizadas: a descrição no artigo do tipo de modelo de remuneração utilizado, como é mensurado o desempenho e como é mensurado a qualidade. Os quadros-sínteses permitiram a análise comparativa dos resultados e um panorama geral de sua relação com o tema desta revisão.

Autor/Ano	Modelo de Remuneração	Mensuração do desempenho	Mensuração da qualidade
Beaulieu ND, Horrigan DR, 2005 ⁽¹⁸⁾	Pagamento por performance – Independent Health (IH) – Plano Saúde norte NY	Medidas de qualidade do tratamento do diabetes combinado com outras ferramentas de gerenciamento de cuidados na atenção primária, ou seja, medidas de qualidade de processo e resultado combinada com uma pontuação composta que foi calculada tanto no nível individual do paciente quanto no nível da prática.	Coleta de dados realizada nos prontuários dos pacientes três vezes por ano através de um instrumento para o médico registrar as medidas de desempenho para cada paciente diabético.
Doran T et al., 2006 ⁽¹⁹⁾	Pagamento por desempenho – Programa no RU	Através de indicadores de qualidade relacionados ao atendimento de 10 doenças crônicas, organização do atendimento e experiência do paciente.	Fatores associados ao desempenho geral : as características práticas, pacientes, áreas locais (sócioeconômicas e demográficas) e relatórios de exceção (pacientes excluídos da elegibilidade para indicadores específicos nos cálculos de desempenho).
Gilmore AS et al., 2007 ⁽²⁰⁾	Programa de Reconhecimento de Qualidade e Serviço Médico (PQSR)	Métricas de atendimento clínico (certificação do conselho, índice geral de satisfação dos melhores e desempenho em um conjunto de indicadores de qualidade mensuráveis por dados administrativos de reclamações), satisfação do paciente (classificação do membro quanto ao acesso aos cuidados, comunicação e serviços médicos fornecidos por médicos), operação comerciais (uso de registros eletrônicos e participação em vários planos de saúde HMSA) e padrões de prática (utilização médica e de medicamentos).	Através de 12 indicadores de qualidade do programa PQSR (rastreamento de câncer de mama, teste de hemoglobina A1C para membros com diabetes, entre outros).
Millet C et al., 2007 ⁽²¹⁾	Pagamento por performance – Quality and Outcomes Framework QOF)	Avaliação por desempenho e pagamento feito através de metas de qualidade no gerenciamento de doença crônicas (como o diabetes)	Através da melhoria das metas de tratamento (melhora dos níveis de glicemia, colesterol e hipertensão)
Mehrotra A et al., 2007 ⁽²²⁾	Pagamento por performance – Massachusetts Quality Partners – Organização sem fins lucrativos de médicos, planos de saúde, consumidores e agências governamentais.	Avaliação por desempenho e pagamento feito através de metas de indicadores	Medidas do Conjunto de Informações e Dados do Empregador de Saúde (HEDIS) (medidas de cuidados preventivos e medidas de doenças crônicas); medidas de pesquisa de pacientes (por ex, satisfação); utilização medidas (por ex, o uso de medicamentos de formulário) e o uso de tecnologia da informação (por ex, o uso de prontuários eletrônicos e o uso de prescrição eletrônica).
Millet C et al., 2008 ⁽²³⁾	Pagamento por desempenho – Programa no RU	Alcance de metas de qualidade no gerenciamento de doenças crônicas como diabetes e doenças coronarianas e fatores de risco como hipertensão por meio de quadro de qualidade e resultados (abrane atendimento clínico, organização da prática e experiência do paciente).	Extraído informações clínicas dos prontuários de todos os pacientes com hipertensão essencial, história clínica, fatores de risco associados, valores e manejo da hipertensão, medicamentos prescritos para avaliar a meta de qualidade para mediação da pressão arterial.

Campbell SM et al., 2009 ⁽²⁴⁾	Pagamento por desempenho – Programa no RU	Através de 136 indicadores para práticas familiares, abrangendo o manejo da doença crônica, a organização da prática as experiências dos pacientes em relação ao cuidado.	Escores de qualidade em nível da prática foram calculados como a média das pontuações de pacientes individuais em cada prática.
Rodriguez HP et al., 2009 ⁽²⁵⁾	Incentivos financeiros para alcançar o alto desempenho dos grupos médicos da Califórnia.	Através dos processos de atendimento clínico, experiências de atendimento ao paciente e sistema de informação baseados em consultório	Qualidade clínica e critérios de experiência do paciente.
String M, South G, Carlisle R, 2009 ⁽²⁶⁾	Pagamento por performance – Quality and Outcoms Framework QOF)	Contratos de registro de DPOC, confirmação do diagnóstico de DPOC com espirometria, registro de VEF1, verificação de técnica inalatória e oferta de vacinação contra gripe.	Através dos registros mantidos pelas práticas em relação aos indicadores de QOF da DPOC, qualidade da espirometria, adesão às diretrizes para espirometria
Chen JY et al., 2010 ⁽²⁷⁾	Programa pagamento por performance por um grande provedor de saúde no Havai	Comparativo do desempenho do médico relacionado ao ano anterior dos processos de qualidade de atendimento (medida de qualidade definido como pedidos de pelo menos 2 testes de A1C e 1 teste de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-C).	Efeitos aleatórios controlando por idades, sexo, índice de comorbidade, o número de atendimento médicos na atenção primária durante 1 ano, visita ao endocrinologista, dependência de insulina para captura a gravidade do diabetes.
Chung S et al., 2010 ⁽²⁸⁾	Pagamento por performance – Palo Alto Medical Foundation (PAMF), organização de saúde sem fins lucrativos.	Dados retirados de prontuários eletrônicos sobre procedimentos e resultados clínicos. Definido medidas de qualidade por médicos com critérios de inclusão e exclusão e metas de sucesso mais relevantes na prática clínica.	Monitoramento e relatórios de qualidade. Eleitas 9 medidas clínicas representando resultados (pacientes com diabetes) e processos clínicos
Fleetcroft R et al., 2010 ⁽²⁹⁾	Programa pagamento por performance no RU	Crítérios em quatro áreas: clínica, organizacional, experiência do paciente e serviços adicionais.	Redução da mortalidade por todas as causas para indicadores individuais e para o contrato geral.
Kaczorowski, J, Goldberg O, Mai V, 2011 ⁽³⁰⁾	Pagamento por desempenho (produtividade)	Aumento da prestação de serviços preventivos a pacientes elegíveis.	Não evidenciada a medida da qualidade somente o desempenho do atendimento médico através de indicadores do aumento da prestação de serviços preventivos.
Kontopantelis E et al., 2012 ⁽³¹⁾	Pagamento por performance – Quality and Outcoms Framework (QOF)	Comparar mudanças no desempenho para a mesma intervenção (imunização contra gripe) para quatro condições crônicas cobertas pela QOF (DPOC, Doença Arterial Crônica, Diabetes e AVC)	Aumento da taxa de imunização nos grupos pacientes com DPOC, DAC, Diabetes e AVC.
Unutzer et al., 2012 ⁽³²⁾	Programa de melhoria da qualidade com incentivo de pagamento por desempenho	Captura dos diagnósticos clínicos atribuídos por médicos que trabalham com pacientes e resultados clínicos usando escala de avaliação validadas, como o PHQ9 (Patient Health Questionary) para depressão.	A qualidade do atendimento foi avaliada se o contato de acompanhamento foi iniciado dentro de 2 a 4 semanas após a avaliação inicial do participante para o programa esse os participantes tiveram uma consulta psiquiátrica se não estivessem melhorando.
Lester H et al., 2013 ⁽³³⁾	Pagamento por performance – Quality and Outcoms Framework (QOF)	Avaliação por desempenho e pagamento feito através de metas de indicadores clínicos	Não evidenciado no artigo mensuração da qualidade
Peabody JW et al., 2013 ⁽³⁴⁾	Pagamento por performance – Quality Imporvement Demonstration Study (QIDS)	Através de medições de qualidade coletadas usando vinhetas de desempenho clínico para todos os médicos nos braços de controle e intervenção.	Medido o estado de saúde 4-10 semanas após a alta hospitalar de crianças de 5 anos de idade ou menos que foram admitidas no hospital devido diarreia ou pneumonia. Utilizado dados antropométricos, coleta de sangue e auto-relato para avaliar quatro diferentes resultados de saúde de interesse.
Arrowsmith, ME et al., 2014 ⁽³⁵⁾	Pagamento por performance – Quality	Vinculou a renda ao desempenho em relação às metas estabelecidas	Através do aumento da aceitação pelas mulheres que usavam

	and Outcoms Framework (QOF)	nos indicadores QOF sobre contracepção (informações e aconselhamento sobre os métodos reversíveis de longa duração) examinando o padrão das prescrições antes e após o programa.	contraceptivos orais ou contracepção de emergência para métodos de contracepção reversíveis de ação prolongada mais eficazes.
Chien, A.T., et al./2014 ⁽³⁶⁾	Pagamento por desempenho (produtividade)	Medidas de desempenho vinculada a produtividade, qualidade do atendimento, satisfação do paciente e uso de recursos.	Qualidade clínica (ex. taxa de serviços preventivos), pesquisa de satisfação do paciente.
McLintock K et al., 2014 ⁽³⁷⁾	Pagamento por performance – (Quadro de Qualidade e Resultados do RU (QOF)	Proporção de pacientes com registro de descoberta de caso de diabetes e doença coronariana nos últimos 15 meses.	Através do registro de aumento de taxas de novos diagnósticos realacionados à depressão em pacientes com doença coronariana e diabetes. Taxas de novas prescrições de antidepressivos.
Ruscitto A et.al., 2016 ⁽³⁸⁾	Pagamento por performance – (Quadro de Qualidade e Resultados do RU (QOF)	Através de uma escala móvel de desempenho de cada indicador acima de um limite mínimo, ponderado pelo número de pacientes com uma condição em cada clínica (ex. controle da pressão arterial, tabagismo, imunização contra gripe).	Não evidenciada a medida da qualidade.
Mason N et al., 2018 ⁽⁴⁰⁾	Programas de Incentivo Financeiro (National Health Service – England) através do QOF	Através da proporção de avaliações nacionais que a prática realizou (avaliação de indivíduos em risco de demência, seguida de planejamento avançado de cuidados para pacientes recém-diagnosticados).	Através do aumento do registro de demência entre as práticas participantes QOF

Quadro 4. Síntese sobre sobre ‘modelo de remuneração’, ‘mensuração do desempenho’, mensuração da qualidade’.

Fonte: elaboração dos autores.

Os artigos incluídos apresentaram resultados bastante diversos e foram se aproximando da pergunta de pesquisa de forma gradativa, seja na temática do desempenho ou com relação a qualidade da assistência. Dos 22 artigos selecionados, foram observados em 15 melhorias na qualidade da assistência e cuidado ao paciente (18,19,20,22,24,25,27,28,29,31,32,34,35,37,39).

Apesar de a maioria dos artigos abordarem a atenção primária, há trabalhos desenvolvidos no contexto da atenção terciária demonstrando a importância do tema na lógica da produção do cuidado de forma ascendente no sistema. A variedade de trabalhos foi considerada positiva pois permite integrar, conforme o objetivo desta revisão, a diversidade de estudos tentando abarcar a amplitude da temática recuperada segundo os critérios de alcance da metodologia empreendida.

Discussão

Entre os temas de análise, vários subtemas podem ser construídos para integrar o conteúdo no intuito de facilitar a análise dos artigos revisados, conforme a organização temática a seguir: a) aspectos metodológicos dos artigos; b) os países estudados nos artigos; c) a conclusão dos artigos revisados; d) os modelos de remuneração utilizados nos artigos revisados e) a mensuração do desempenho nos artigos revisados; e f) a mensuração da qualidade nos artigos revisados.

Aspectos metodológicos dos artigos

Neste tema, os artigos foram classificados por semelhança metodológica. Três subtemas puderam ser identificados.

O primeiro subtema se refere aos estudos que usaram o ‘*método qualitativo*’, cuja principal característica é a busca pela significação dos fenômenos⁽⁴⁰⁾. Os artigos^(25,30,33,36) deste subtema avaliam especificamente a percepção dos profissionais médicos acerca da introdução de programas de pagamento por seu desempenho e sua relação dentre outros fatores, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. A metodologia qualitativa permitiu, nestes estudos, uma apreciação multidimensional por meio de um paradigma mais construtivista se comparada à metodologia quantitativa⁽⁴¹⁾.

O segundo subtema é relacionado aos ‘*estudos epidemiológicos observacionais*’ e é composto por dezessete artigos^(18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,32,35,37,38,39), sendo a maioria dos artigos desta revisão. Há um estudo transversal⁽²⁹⁾ em que estima a redução potencial

da mortalidade populacional a partir da implementação do contrato por *pay-for performance* na Inglaterra. Outro estudo ⁽³¹⁾ com desenho controlado, analisou o efeito da definição de metas mais altas, em um esquema de pagamento por desempenho na atenção primária, nas taxas de imunização contra influenza. Em ambos os casos, os estudos são observacionais, ou seja, buscam observar relações entre fatos e resultados sem a intervenção dos pesquisadores ⁽⁴²⁾. O uso de dados retrospectivos possui a limitação da temporalidade e, portanto, não permite a clara determinação de causalidade como em estudos prospectivos ⁽⁴²⁾.

O terceiro subtema é relacionado aos ‘*estudos epidemiológicos experimentais*’ composto dois estudos ^(31,34). Ambos são estudos clínicos randomizados em que a intervenção se parte da causa em direção ao efeito, os participantes são divididos aleatoriamente em dois grupos, o grupo da intervenção e o grupo dos controles, com a finalidade de tornar ambos semelhantes entre si ⁽⁴³⁾. Nos estudos destacados neste subtema, houve um melhor delineamento para investigar a relação causa-efeito dos programas de pagamento por desempenho e a qualidade dos cuidados prestados à população estudada.

Ambas as metodologias epidemiológicas ajudam na formulação inicial de hipóteses ⁽⁴²⁾ e, no escopo desta revisão, podem ser classificadas como o nível mais alto de evidência sobre o assunto.

Os países estudados nos artigos

Neste tema a proposta é avaliar os artigos conforme a localidade em que os estudos foram realizados. Dentro os países dos estudos, destacamos o Reino Unido (RU) com um total de 12 estudos ^(19,21,23,24,26,29,31,33,35,37,38,39), EUA com um total de 8 estudos ^(18,20,22,25,27,28,32,36) em que é evidente pelo crescente uso desta forma de remuneração observada particularmente nestes dois países. Apenas 1 estudo realizado no Canadá ⁽³⁰⁾ e um estudo realizado nas Filipinas ⁽³⁴⁾ compuseram o total de países desta revisão.

O sistema de saúde do RU, o *National Health Service* (NHS), desde 1998, se destaca por instituir várias iniciativas de melhoria da qualidade. Em 2004, um contrato foi implementado na atenção primária visando premiar o desempenho. O prestador era premiado pela prestação de cuidados de alta qualidade de acordo com critérios de quatro áreas: clínica, organizacional, experiência do paciente e serviços adicionais, o QOF (*Quality and Outcomes Framework*), com indicadores de processo, resultado intermediário de tratamento para condições clínicas escolhidas por serem comuns e de

importância para saúde pública, caracterizando por ser o maior pagamento por desempenho de saúde do mundo ^(29,31,33,38).

Já nos EUA, vários planos de saúde adotaram programas de pagamento por desempenho a partir de relatórios do *Institute of Medicine* que recomendavam estes programas para melhorar a qualidade da assistência médica. Um alto investimento foi realizado pelos centros de serviços *Medicare* e *Medicaid* também pela adesão destes programas ⁽²⁷⁾. O estado da Califórnia se destaca por ter a maior e mais antiga experiência com pagamento por desempenho realizada em 2004 pela iniciativa estadual da *Integrated Health Association* (IHA) na qual abordava três áreas de atuação: processos de atendimento clínico, experiências e atendimento ao paciente e sistema de informação baseado em consulta ⁽²⁵⁾.

O estudo realizado nas Filipinas ⁽³⁴⁾, através projeto *Quality Improvement Demonstration Study* (QIDS), financiado pelos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA foi destacado como um grande experimento de política, influência esta justificada pelo histórico de relacionamento entre esses dois países. A similaridade do sistema de saúde do Canadá com o do Reino Unido também é clara nos modelos de remuneração utilizados no estudo realizado ⁽³⁰⁾.

A conclusão dos estudos dos artigos revisados

Este tema pode ser dividido em quatro subtemas de análise. O primeiro subtema na qual os programas incentivos financeiros para médicos, aliados com outras ferramentas de gerenciamento de cuidados, levaram a uma ‘*melhoria na qualidade da assistência*’ ^(18,19,20,22,25,27,28,31,32,34,35,37). No estudo ⁽²⁷⁾, pesquisadores concluíram que pacientes com atendimento de qualidade na atenção primária terão uma probabilidade significativa menor de serem hospitalizadas comparadas a pacientes que não receberam estes cuidados.

Em relação ao segundo subtema, refere-se à ‘*melhoria parcial da qualidade*’ ^(24,29,39), conforme apresentado no Quadro 3. No estudo de Campbell et al. ⁽²⁴⁾ por exemplo, descreve que o esquema acelerou as melhorias na qualidade de duas das três condições crônicas a curto prazo, porém a continuidade dos cuidados foi reduzida após a introdução do esquema. Outro estudo ⁽³⁹⁾ sugere uma melhoria da qualidade após a introdução dos programas de pagamento por desempenho na atenção primária, porém o esquema hospitalar não obteve nenhum efeito adicional perceptível.

Há ainda um terceiro subtema em que os estudos ‘*não demonstraram melhoria na qualidade da assistência*’ ^(21,23,26,36,38) relacionado a remuneração por desempenho. No

estudo de Mark Strong e Carlisle ⁽²⁶⁾, a qualidade da espirometria foi avaliada após a implementação de um programa de pagamento por desempenho. Este estudo evidenciou uma avaliação da melhoria na quantidade de exames realizados (produtividade – número de exames) e não na melhora dos cuidados com a doença pulmonar obstrutiva crônica.

No último subtema, enquadram-se os estudos que focam na ‘*percepção da qualidade da assistência*’ ^(30,33) pelos médicos com a implementação de programas de pagamento por desempenho. Estes estudos são basicamente estudos qualitativos em que a opinião dos médicos acerca destes programas foram positivas nos estudos, corroborando com a possibilidade de cuidados mais estruturados, padronizados e baseados em evidências em sua prática.

Entretanto, vários médicos mencionaram uma variedade de incentivos financeiros para alterar a quantidade e a qualidade do atendimento. Destacam a prevalência em relação aos incentivos de produtividade nas quais levam ao aumento do acesso às consultas, porém que reduzem o tempo que os médicos têm com esses pacientes. Em relação aos incentivos de qualidade e satisfação do paciente, estes podem recompensar os médicos por abordarem barreiras socioculturais importantes para as populações vulneráveis, mas também podem dissuadi-los a avaliação de desempenho com sendo inválida ou não confiável. Além disso, destacam também como ponto negativo deste programa, a percepção de ser responsável por uma minoria significativa de grupos priorizando seu próprio pagamento em vez dos melhores interesses dos pacientes e da autonomia clínica reduzida por meio do aumento do micro gerenciamento da carga clínica de trabalho clínico ^(30,33,36).

Os modelos de remuneração dos artigos

Este tema busca classificar os artigos segundo subtemas relacionados aos modelos de remuneração utilizados. No primeiro subtema destacamos os artigos que tem por objeto o modelo de remuneração ‘*por captação*’, encontrado nos estudos localizados no Reino Unido ^(19,21,23,24,26,29,31,35,37,39), EUA ^(18,20,25,32) e Canadá ⁽³⁰⁾. Com enfoque na atenção primária, o modelo utilizado no Reino Unido é QOF, no qual o médico generalista recebe um valor por paciente em sua área de abrangência. Esse pagamento é ajustado com o volume de trabalho do médico, condições demográficas e prevalência de doenças crônicas na área que o profissional atende ⁽²⁾. Entre as mais variadas doenças crônicas avaliadas nos estudos, podemos citar a pesquisa de Mason et al. ⁽³⁹⁾ onde utilizou dois modelos para combater o subdiagnóstico de demência, sendo facilitados pelos registros

da prática no QOF deste diagnóstico. Neste modelo observamos uma melhoria da qualidade da assistência quando atribuída ao atingir metas de indicadores correlacionados os determinados grupos de doenças, como evidenciado nos estudos ^(18,20,19,24,25,29,31,32,35,37), por outro lado esse aumento da qualidade do cuidado pode não ser atingido em grupos étnicos minoritários ou aqueles com várias comorbidades, como destacado em dois estudos que avaliaram as disparidades étnicas em doenças crônicas após a introdução de programas de pagamento por desempenho ^(21,23), sugerindo fornecer mais incentivos para este grupo populacional para ajudar a atingir as metas de qualidade de cuidado devido a probabilidade de morbidade e mortalidade e uso dos recursos de saúde crescentes.

Embora tenha vantagem em ser previsível, é possível que este modelo de remuneração tenha impacto negativo no acesso à qualidade e quantidade de serviços, levando a resultados negativos, pois a redução de custo nem sempre leva a uma maior eficiência ⁽⁴⁴⁾.

Há ainda um segundo subtema que podemos elencar o modelo DRG (*Dignosis Related Groups*) com os estudos ^(27,34). Este modelo foi adotado na década de 80 nos EUA, utilizado na área hospitalar para classificar os pacientes internados, categorizando-os e relacionando com o consumo de recursos utilizados na internação ⁽²⁾. O intuito deste modelo é manter o seu custo de tratamento abaixo do preço estabelecido, aumentando sua eficiência, além de permitir a comparação do desempenho hospitalar entre instituições, ele permite também comparar da assistência hospitalar possibilitando análise de produtividade ^(2,4,8).

Medir resultados em saúde de uma população infantil foi o foco do estudo realizado Peabody et al. ⁽³⁴⁾ através de medições de qualidade coletadas através do uso de critérios de desempenho clínico, que consistia na medida de qualidade validada da capacidade de um médico para avaliar, diagnosticar e tratar doenças e condições específicas. Estes critérios, do ponto de vista operacional, foram mais responsivos aos impactos imediatos da mudança política do que as medidas estruturais padrão e com o custo considerado acessível ao corpo administrativo.

No estudo de Chen et al. ⁽²⁷⁾, identificou um aumento de cuidados de qualidade associado a diminuição da taxa de hospitalização de pacientes com diabetes mellitus após a implementação de programas de pagamento por desempenho e concluíram que pacientes com atendimento de qualidade na atenção primária terão uma probabilidade significativa menor de serem hospitalizadas comparadas a pacientes que não receberam estes cuidados.

O terceiro subtema é o modelo de ‘*remuneração misto*’^(22,28,33,38,36), ou seja, que combinam mais de um modelo de pagamento podendo ter uma parcela vinculada à melhoria da qualidade, combinando aumento da produtividade, satisfação do paciente e controle efetivo de custos⁽²⁾. No estudo de Chung et al.⁽²⁸⁾ foi evidenciado também medidas de resultado e processos clínicos avaliados trimestralmente por relatórios com bônus de incentivo de acordo com a pontuação. Além disso, a remuneração era baseada no valor relativo das unidades de atendimento independente da cobertura do paciente.

O êxito na implementação deste modelo está intimamente relacionado a capacidade de gestão dos gestores, responsáveis por todo monitoramento diário operacional, estratégico, clínico, relacionamento com a equipe, gestão de conflitos na qual o ponto principal é que o estabelecimento de metas e limites financeiros pode ser um incentivo negativo para os médicos, pois essas mudanças podem gerar aumento de custos e instabilidade⁽²⁾. A abordagem qualitativa deste modelo também foi avaliada através do estudo de Lester et al.⁽³³⁾ com os profissionais da saúde 8 anos após a introdução deste modelo de remuneração, pontuou pela equipe melhorias possibilitando cuidados mais estruturados, padronizados e baseados em evidências em sua prática, em contrapartida, muitos profissionais estão preocupados com autonomia clínica reduzida, monitoramento das ações e microgerenciamento.

A mensuração do desempenho

Neste tema a proposta é avaliar os artigos conforme a presença de conceitos de remuneração por desempenho disponíveis nos estudos. É possível, classificar os artigos em três subtemas.

O primeiro subtema que se destaca são os estudos que medem desempenho por ‘*indicadores que medem processos*’^(18,19,21,23,24,28,31,36,37,38,39). Um estudo qualitativo, realizado por Chien et al.⁽³⁶⁾ pontuou alguns pontos negativos com uso do de um programa de pagamento por desempenho, destacando a prevalência em relação aos incentivos de produtividade nas quais levam ao aumento do acesso às consultas, e em contrapartida, reduzem o tempo que os médicos têm com esses pacientes. Em relação aos incentivos de qualidade e satisfação do paciente, podem recompensar os médicos por abordarem barreiras socioculturais importantes para as populações vulneráveis, mas também podem dissuadi-los a avaliação de desempenho como sendo inválida ou não confiável. Além disso, destaca-se a percepção de ser responsável por uma minoria significativa de grupos priorizando seu próprio pagamento em vez dos melhores

interesses dos pacientes e da autonomia clínica reduzida por meio do aumento do micro gerenciamento da carga clínica de trabalho clínico.

Campbell et al. ⁽²⁴⁾ evidenciou melhoria na qualidade de duas das três condições crônicas a curto prazo, porém após serem alcançadas estas medidas a melhoria da qualidade do atendimento diminuiu assim como a continuidade dos cuidados prestados, o que pode ser justificado por uma prática no cumprimento de metas de acesso rápido vinculados a qualquer médico e não a um médico específico não havendo uma continuidade no cuidado do paciente.

O segundo subtema que podemos elencar seria os estudos que mede desempenho por '*indicadores que medem tanto processos quanto resultados*' ^(20,22,25,26,27,34,35). Estudo realizado por Mehtora et al. ⁽²²⁾, pontua a utilização dos que os programas de pagamento por desempenho aplicados tanto como uma forma de melhoria da qualidade clínica, mas também com objetivo de diminuir o custo crescente dos cuidados, e como consequência, optar por concentrar em iniciativas de redução de utilização em vez de na melhoria da qualidade. Alguns médicos relataram pontos negativos como muitos dos profissionais evitarem pacientes clinicamente complexos; que não aderem ao tratamento ou desviar a atenção dos médicos de serviços complementares importantes, excluindo inadequadamente os pacientes das medidas. Rodrigues et al. ⁽²⁵⁾, avaliou a qualidade clínica e a experiência do paciente, identificou que os critérios usados nas fórmulas de incentivo financeiro de cada médico estavam associados a mudança ao longo do tempo na maioria das medidas compostas, dando maior destaque na qualidade clínica e desempenho da experiência do paciente e menos destaque nos critérios de produtividade e eficiência.

Melhorias no processo de atendimento médico incentivadas por estes programas não traduzem melhores resultados visto que os profissionais podem desprender um tempo maior para garantir os que os cuidados medidos sejam realizados ao invés de se atentarem a áreas que exigem um cuidado importantes que não são mensuradas ⁽²⁷⁾.

Há um terceiro subtema onde foram identificados avaliação do desempenho através da '*eficácia do programa*' através de uma análise antes e após a sua implementação ^(29,30,32,33). Estudo realizado por Unutzer et al. ⁽³²⁾ identificou através da melhoria dos resultados clínicos o aumento da qualidade do atendimento após a instituição do programa de pagamento por desempenho em que os participantes eram propensos a experimentar uma melhora significativa da gravidade da depressão e o tempo para melhora da doença foi reduzido radicalmente através da implantação de medidas

como o acompanhamento precoce e consulta psiquiátrica para os pacientes que não estavam tendo melhora da doença. Outro estudo, de Fleetcroft et al. ⁽²⁹⁾, essa avaliação ocorreu através da redução potencial da mortalidade populacional e demonstrou um ganho de saúde substancial na população, porém este ganho foi limitado por metas de desempenho para pagamento integral na qual foram estabelecidas abaixo do desempenho de linha de base (definidos no início do contrato do programa).

Outra análise realizada sobre a eficácia, foi através de um estudo qualitativo ⁽³⁰⁾ realizado para avaliar a eficácia de um programa implementado com a finalidade de aumentar as taxas de prestação de quatro serviços de preventivos na atenção primária no Canadá, concluiu que este programa foi favorável em ajudar a diminuir o uso de estratégias de cuidados preventivos oportunistas e aumentar a perspectiva de ter uma estratégia eficaz para fornecer serviços de saúde preventivos.

A forma de mensuração da remuneração por desempenho e a qualidade da assistência utilizados por cada um destes artigos também estão presentes no Quadro 4. Novamente, apesar de explícita, a “remuneração por desempenho” possui um conceito amplo e com delimitações como: tipo de modelos (pacotes, mistos, episódios, entre outros) entre outras características que, nos artigos, estão ausentes.

A mensuração da qualidade da assistência

Neste tema a proposta é avaliar os artigos conforme a presença de conceitos de qualidade da assistência disponíveis nos estudos. É possível, classificar os artigos em dois subtemas, sendo o primeiro deles são aqueles artigos em que a qualidade da assistência está implícita nos objetivos dos estudos e conseqüentemente também a sua mensuração em todo planejamento metodológico.

Estes artigos ^(21,23,29,31,34,35,37,39) não listam o termo “qualidade da assistência” em seus objetivos, conforme detalhado no Quadro 2, porém tangenciam o tema. Um exemplo é o artigo Ruscito et al., ⁽²¹⁾ na qual com objetivo de ‘examinar as disparidades no manejo de pessoas com diabetes e resultados clínicos intermediários em uma população multiétnica na atenção primária antes e depois da introdução do novo contrato’ enfatiza a importância das iniciativas de melhoria da qualidade para evitar disparidades contínuas na mortalidade por doenças cardiovasculares e outras complicações importantes do diabetes mas não apresenta um conceito de qualidade operacionalizável, sugerindo fornecer mais incentivos para ajudar a atingir as metas de tratamento para grupos étnicos minoritários ou aqueles com várias comorbidades associadas.

Não foi evidenciado nos objetivos e desenvolvimento de alguns estudos ^(33,38) a mensuração da qualidade da assistência. No estudo qualitativo de Lester et al. ⁽³³⁾, realizado sob a perspectiva de longo prazo da implementação de um modelo de remuneração, apesar de utilizar de indicadores de qualidade de assistência como métricas de avaliação do desempenho, não é dado enfoque na qualidade da assistência dificultando a percepção da relação de causalidade entre desempenho-qualidade defendida pelos autores. Já um estudo de modelagem realizado com dados transversais ⁽³⁸⁾ com o objetivo de examinar a variação nos pagamentos de acordo com dois indicadores incentivados de acordo com o perfil dos pacientes associado a carga de trabalho do profissional também não demonstrou esta mensuração de qualidade de maneira evidente, ou sequer, quantitativamente mensurável.

Já em outro conjunto de artigos ^(18,19,20,22,24,25,26,27,28,30,32,36) a qualidade da assistência está explícita seja pela avaliação quantitativa ^(18,19,20,22,24,25,26,27,28,32) ou de forma qualitativa ^(30,36). Por consequência estes estudos foram classificados em um segundo subtema. A forma de mensuração da qualidade da assistência utilizados por cada um destes artigos também estão presentes no Quadro 3. Novamente, apesar de explícita, a “qualidade da assistência” nestes estudos, o termo ‘qualidade’ possui diversas conceituações (que não são definidas nos estudos) e ainda, com alguns componentes estruturantes (ou dimensões) da qualidade (estrutura, processo e resultado) que, nestes estudos estão ausentes.

Limitações desta revisão

Este artigo, em concordância com a metodologia utilizada, buscou sintetizar e integrar o conhecimento disponível a partir do estabelecimento de uma pergunta de pesquisa. Ainda que o estudo tenha trazido resultados válidos e um panorama aproximado sobre o tema, é necessário reconhecer que uma limitação deste tipo de revisão é a ausência de foco essencialmente no objeto per si. Tal fato é demonstrado quando diversos artigos incluídos tangenciam o tema, mas não o apresentam de forma central ou explicitam suas dimensões/indicadores. Por este motivo, em estudos posteriores, um possível modo de avançar na discussão pode ser a ampliação do escopo, com uso de outros bancos de dados mais relacionados a áreas da administração pública e/ou empresarial, e o uso de outros métodos de revisão mais precisos em sua apreensão, como por exemplo uma revisão sistemática.

Outra limitação metodológica notada durante a elaboração desta revisão foi a utilização indevida de certos descritores feita pelos autores dos estudos. Ainda que uma grande quantidade de descritores relacionados ao pagamento por desempenho e a qualidade da assistência tenha sido utilizada, apenas vinte e dois artigos que abordam especificamente esta área foram incluídos após a avaliação dos critérios demonstrados no fluxograma apresentado na figura 1. Apesar disso a revisão ainda é pertinente na medida em que compila estes resultados, formula hipóteses e permite a identificação de lacunas no conhecimento.

Na maioria dos estudos sobre pagamento por desempenho desta revisão, as intervenções não são atribuídas aleatoriamente e isso introduz a possibilidade de viés de seleção onde os provedores que optam por adotar os incentivos podem ser os mais propensos a responder e melhorar sua prática clínica.

Implicações para políticas públicas

Os resultados desta revisão indicam que o plano de pagamento por desempenho para médicos é apenas uma parte de um desafio muito maior que leva a cuidados de alta qualidade.

O modelo de pagamento por desempenho no Brasil está em franco crescimento. No cenário da saúde pública, especificamente na atenção terciária, existem incentivos financeiros que são direcionados de acordo com dados autodeclarados relacionados a indicadores macro de gestão e não há uma avaliação de melhoria da qualidade alcançada conforme observamos nos programas de pagamento por performance nos sistemas internacionais, devendo esta fragilidade ser aperfeiçoada, dentre outros pontos a considerar, com a incorporação os incentivos à melhoria dos indicadores de qualidade ⁽²⁾.

Em contrapartida do ponto de vista do plano político a ser aplicado no SUS não deve ser implementado inspirado em diretrizes internacionais e deve ser cuidadosamente estudado em nível nacional e local, levando em consideração o desenho dos diferentes sistemas públicos de saúde brasileiros, os aspectos culturais dos profissionais de saúde dentre eles suas motivações e suas entregas, além de um amplo debate sobre as conceituações que serão adotadas (o que significam o termo desempenho e qualidade) antes de ser implementado como estratégia de saúde pública em sistemas universais ⁽¹²⁾.

Com base nas evidências coletadas nesta revisão, os resultados apresentam que as políticas públicas apoiadas por esses dados sejam classificadas como decisões de nível C ⁽⁴⁵⁾.

Avanços desta revisão e a agenda de pesquisa

Esta revisão avança ao compilar dados sobre a remuneração médica sob desempenho que ajuda a compreender a evolução desta temática internacionalmente. Ainda, segundo os estudos revisados, observa-se uma visão de desempenho focada em atingir metas de programas de incentivo financeiro em vários cenários realizados dos estudos. Os autores sugerem mais estudos que abordem a investigação de forma mais profunda considerando outros fatores para além da remuneração que interferem no desempenho.

Outro ponto que parece ser importante no avanço desta discussão é realizar novas revisões que elaborem uma estratégia de busca que consiga identificar estudos que abordem esta temática nos sistemas universais de saúde na tentativa de compreender como estes sistemas estão incorporando esta discussão.

Considerações finais

De acordo com os dados compilados nesta revisão é possível afirmar que a literatura científica apresenta ainda dados muito incipientes sobre a remuneração por desempenho e a qualidade da assistência. Este trabalho se propôs a avaliar esta temática utilizando como metodologia uma revisão integrativa, composta por uma busca extensa de descritores relacionados aos polos delimitados por fenômenos (*remuneration* e *performance*), população (*medical*) e contexto (*qualidade*). As buscas foram realizadas em 4 bases de dados internacionais. Apesar disso apenas 274 artigos foram encontrados, dos quais 22 foram posteriormente selecionados para serem incluídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Em muitos artigos publicados, demonstrou-se melhoria dos processos gerenciais, em indicadores selecionados para medir a qualidade, avanços na continuidade do cuidado de doenças crônicas e redução dos gastos após implementação do sistema de pagamento por desempenho. Por outro lado, não é possível afirmar que o pagamento por desempenho melhora a qualidade dos cuidados por inúmeros fatores, entre eles: a limitação das formas de medir qualidade (uso de indicadores de processo e não de resultado; ausência de evidências para definição de indicadores em alguns tipos de doença/serviço), associação do pagamento por desempenho com outros modelos de pagamento, incentivos não serem dados apenas aos médicos mas a uma organização que envolve diferentes profissionais e

unidades de cuidado, além de mudanças nos papéis e tarefas de profissionais em alguns modelos.

Outro ponto a considerar são os possíveis efeitos indesejáveis dessa estratégia observados por alguns autores no aumento da iniquidade ao longo do tempo, desencorajando o cuidado ao invés de incentivá-lo. Melhorias nos resultados são mais difíceis de alcançar pois os riscos de negligenciar cuidados, exames, procedimentos ou medicamentos necessários para um paciente são limitados ao longo do tempo se o foco estiver em incentivos relacionados à redução de custos. No entanto, se os processos de gestão forem negligenciados, a qualidade da assistência pode piorar com o tempo.

Ainda que seja importante ressaltar o número baixo de artigos atuais sobre a temática desta revisão, estes conceitos e experiências descritos na literatura servem de algum auxílio à tomada de decisão dos gestores em saúde pública. Projetar sistemas de pagamento é sempre difícil, porque há muitos fatores diferentes a serem considerados. Desta forma é fundamental entender como esses incentivos variam dependendo das características do paciente, do médico e da prática para direcionar as intervenções e buscar a combinação certa de incentivos financeiros. Para isso, o ideal é que mais estudos nesta temática sejam realizados com metodologias mais robustas que identifiquem melhor como se processa e de que depende esta relação de causalidade.

Referências

1. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo Saúde. 30 de setembro de 2011;2011(3):319–31.
2. César Luiz Abicalaffe. Pagamento por Performance: O desafio de avaliar o desempenho em Saúde. 1º ed. Rio de Janeiro; 2015. 232 p.
3. Tres DP, Oliveira JLC, Vituri DW, Alves SR, Rigo DDFH, Nicola AL. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO POR INDICADORES. Cogitare Enferm [Internet]. 17 de agosto de 2016 [citado 23 de novembro de 2021];21(5). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44938>.
4. Talevi FP. Modelo de Pagamento por Performance na remuneração médica em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE; 2018.
5. Bessa RDO. Análise do modelo de remuneração médica por produção em cooperativas de trabalho médico com base na teoria dos custos de transação [Internet] [Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2019

[citado 23 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-14022019-103451/>

6. MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 27, p. 1105-1119, 2018

7. Robinson JC. Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. *Milbank Q.* junho de 2001;79(2):149–77.

8. Girardi SN, Carvalho CL, Girardi LG. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: Os conceitos e evidências internacionais. :56.

9. CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, 2016

10. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro, 2019. Disponível:https://www.ans.gov.br/images/Guia__Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf

11. Novello MF, Mesquita ET, Rivas M, Lanzieri PG, Jorge BAL, Motta JMT, et al. Qualidade e Segurança Assistencial Aplicada à Cardiologia: as contribuições da experiência americana. :11.

12. Porto FM, Carnut L. Remuneração médica e qualidade da assistência à saúde: uma revisão integrativa sobre o papel das formas de mensuração de desempenho. *JMPHC Journal of Manag. Pri. Health Care*. No prelo (2022).

13. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2015;20(5):1497–514.

14. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005[citado em 2020 abr. 05];52(5):546- 53. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621>.

15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016[citado em 2020 abr. 20];5(1):210. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>

16. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2006 [citado em 8 jun 2019]; 14(1):124-31. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>

17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097

18. Beaulieu ND, Horrigan DR. Putting Smart Money to Work for Quality Improvement. *HSR: Health Services Research* 2002 Oct; 40 (5): 1318-34. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00414.x
19. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006 Jul; 355 (4):375-84.
20. Gilmore AS, Zhao Y, Kang N, Ryskina JL, Legorreta AP, Taira DA, Chung RS. Patient Outcomes and Evidence-Based Medicine in a Preferred Provider Organization Setting: A Six-Year Evaluation of a Physician Pay-for-Performance Program. *HSR: Health Services Research* 2007 Dec; 42(6): 2140-59. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00725.x
21. Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Khunti K, Majeed A. Ethnic Disparities in Diabetes Management and Pay-for-Performance in the UK: The Wandsworth Prospective Diabetes Study. *PLoS Med* 2007 Jun; 4(6): 1087-93. doi:10.1371/journal.pmed.0040191
22. Mehrotra A, Pearson SD, Coltin KL, Kleinman KP, Singer JA, Rabson B, Schneider EC. The Response of Physician Groups to P4P Incentives. *Am J Manag Care* 2007 May; 13 (5):249-55.
23. Millett C, Gray J, Bottle A, Majeed A. Ethnic Disparities in Blood Pressure Management in Patients With Hypertension After the Introduction of Pay for Performance. *Ann Fam Med* 2008 Nov-Dec; 6 (6) :490-496. doi: 10.1370/afm.907
24. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009 Jul;361 (4):368-78.
25. Rodriguez HP, Von Glahn T, Elliott MN, Rogers WH, Safran DG. The Effect of Performance-Based Financial Incentives on Improving Patient Care Experiences: A Statewide Evaluation. *J Gen Intern Med* 2009 Oct; 24(12):1281-88. doi: 10.1007/s11606-009-1122-6
26. Mark Strong M, South G, Carlisle R. The UK Quality and Outcomes Framework pay-for-performance scheme and spirometry: rewarding quality or just quantity? A cross-sectional study in Rotherham, UK. *BMC Health Services Research* 2009 Jun; 9:108. doi:10.1186/1472-6963-9-108
27. Chen JY, Tian H, Juarez DT, Hodges KA, Brand JC, Chung RS, Legorreta, AP. The Effect of a PPO Pay-for-Performance Program on Patients With Diabetes. *Am J Manag Care* 2010 Jan;16(1):e11-e19.
28. Chung S, Palaniappan LP, Trujillo LM, Rubin HR, Luft HS. Effect of Physician-Specific Pay-for-Performance Incentives in a Large Group Practice. *Am J Manag Care* 2010 Feb;16(2):e35-e42.
29. Fleetcroft R, Parekh-Bhurke S, Howe A, Cookson R, Swift L, Steel N. The UK pay-for-performance programme in primary care: estimation of population mortality reduction. *Br J Gen Pract* 2010 Sept; e345-e352. doi: 10.3399/bjgp10X515359

30. Kaczorowski J, Goldberg O, Mai V. Pay-for-performance incentives for preventive care: Views of family physicians before and after participation in a reminder and recall project (P-PROMPT). *Can Fam Physician* 2011 Jun; 57:690-6.
31. 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. *HSR: Health Services Research* 2012 Jun; 47(3): 1117-36. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011. 01362.x
32. Unützer J, Chan Ya-Fen, Hafer E, Knaster J, Shields A, Powers D, Veith RC. Quality Improvement With Pay-for-Performance Incentives in Integrated Behavioral Health Care. *Am J Public Health* 2012 Jun; 102 (6): e41–e45. doi:10.2105/AJPH.2011.300555
33. Lester H, Matharu T, Mohammed MA, Lester D, Foskett-Tharby R. Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction. *Br J Gen Pract* 2013 Jun; e408-e415. doi: 10.3399/bjgp13X668203
34. Peabody JW, Shimkhada R, Quimbo S, Solon O, Javier X, McCulloch C. The impact of performance incentives on child health outcomes: results from a cluster randomized controlled trial in the Philippines. *Health Policy and Planning* 2014; 29:615–621. doi:10.1093/heapol/czt047
35. Arrowsmith ME, Majeed A, Taye Lee H, Saxena S. Impacto of Pay for Performance on Prescribing of Long- Acting Reversible Contraception in Primary Care: Na Interrupted Time Series Study. *Plos One* 2014 April; 9(4):e92205. Doi: 10.1371/journal.pone.0092205
36. Chien AT, Chin MH, Alexander GC, Tang H, Peek ME. Physician Financial Incentives and Care for the Underserved in the United States. *Am J Manag Care*. 2014 Feb; 20(2): 121–129.
37. McLintock K, Russell AM, Alderson SL, West R, House A. The effects of financial incentives for case finding for depression in patients with diabetes and coronary heart disease: interrupted time series analysis. *BMJ Open* 2014 August; 4:e005178. doi:10.1136/bmjopen-2014-005178
38. Ruscitto A, Mercer SW, Morales D, Guthrie B. Accounting for multimorbidity in pay for performance: a modelling study using UK Quality and Outcomes Framework data. *Br J Gen Pract* 2016 August; e561-e567. doi: 10.3399/bjgp16X686161
39. Mason A, Liu D, Kasteridis P, Goddard M, Jacobs R, Wittenberg R, McGonigal G. Investigating the impact of primary care payments on underdiagnosis in dementia: A difference-in-differences analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018; 33:1090–1097. doi: 10.1002/gps.4897
40. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14.
41. Baixinho CL, Presado MH, Ribeiro J. Investigação qualitativa e transformação da saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*. 2019; 24(5):1582-1582.
42. Thiese MS. Observational and interventional study design types; an overview. *Biochem Med*. 2014; 24(2):199-210.

43. 1. Pereira MG. Epidemiologia. Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995; capítulo 13:289-306
44. Uga M A D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(12): 3437-45.
45. Pereira, AL; Bachion, MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. Rev gaúch enferm 2006; 27(4): 491-98.

Conflito de Interesses:

Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho

Declaração de Contribuição do Autor:

Batista DFG e Carnut L contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito quanto a concepção e o planejamento para a análise e interpretação dos dados; a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e da aprovação da versão final do manuscrito.