Revista de Enfermagem UFPE On Line
ISSN: 1981-8963

Rev enferm UFPE on line.
2021;15:e245495
DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245495
https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem

ARTIGO ORIGINAL

INDICADORES DE DESEMPENHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*
PERFORMANCE INDICATORS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY*
INDICADORES DE DESEMPEÑO EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR *

Renata Corrêa de Barros [1], *Carlos Eduardo Aguilera Campos*[2]

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução de desempenho de indicadores da variável 3 das equipes de Saúde da Família, na Área Programática 3.1. ***Método:*** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo. Compôs-se a população da pesquisa por todas as Unidades de Saúde de Atenção Primária com equipes de saúde da família. Informa-se que os dados foram coletados por meio do Prontuário Eletrônico do Paciente e analisados posteriormente associados a variáveis independentes. ***Resultados:*** verificou-se que dois entre dez grupos de indicadores de desempenho apresentaram evolução positiva, acompanhamento de crianças menor de dois anos e acompanhamento de uma gestante. Observou-se que, das quatro variáveis explicativas, somente as equipes com residência de Enfermagem em Saúde da Família apresentaram significância para o alcance do desempenho. ***Conclusão:*** evidencia-se, por meio da análise, que poucas equipes conseguiram atingir um desempenho satisfatório nos indicadores. Utiliza-se, em diversos países, o incentivo financeiro às equipes como forma de analisar o cuidado prestado e o seu processo de trabalho. Notou-se, no entanto, que, para a sua plena implementação, são necessários um maior foco na qualidade dos sistemas de informação e novos processos de gestão nos quais a autonomia das equipes de saúde no processo de contratualização dos indicadores seja incentivada.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Avaliação do Desempenho Profissional; Reembolso de Incentivo; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the performance evolution of indicators of variable 3 of Family Health teams, in Program Area 3.1. ***Method:*** it is a quantitative, descriptive study. The research population was composed by all the Primary Care Health Units with family health teams. It is informed that the data was collected through the Electronic Patient Record and later analyzed associated to independent variables. ***Results:*** it was found that two out of ten groups of performance indicators showed positive evolution, follow-up of children under two years old and follow-up of a pregnant woman. It was observed that, of the four explanatory variables, only the teams with Family Health Nursing residency presented significance for the achievement of performance. ***Conclusion:*** it is evident from the

analysis that few teams were able to achieve a satisfactory performance in the indicators. In several countries, financial incentives are used to analyze the care given to the teams and their work process. However, it was observed that, for full implementation, it is necessary to focus more on the quality of information systems and new management processes in which the autonomy of health teams in the process of contracting indicators is encouraged.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Evaluation; Evaluation of Professional Performance; Incentive Reimbursement; Quality Assurance of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la evolución del desempeño de los indicadores de la variable 3 de los equipos de Salud de la Familia, en el Área Programática 3.1. ***Método:*** se trata de un estudio cualitativo descriptivo. La población de investigación estuvo compuesta por todas las Unidades de Salud de Atención Primaria con equipos de salud de la familia. Se informa que los datos fueron recolectados a través del Registro Electrónico del Paciente y posteriormente analizados asociados a variables independientes. ***Resultados:*** se verificó que dos de cada diez grupos de indicadores de desempeño mostraron evolución positiva, seguimiento de niños menores de dos años y seguimiento de una gestante. Se observó que, de las cuatro variables explicativas, solo los equipos con residencia en Enfermería de Salud de la Familia mostraron significancia para el logro del desempeño. ***Conclusión:*** se evidencia, a través del análisis, que pocos equipos lograron alcanzar un desempeño satisfactorio en los indicadores. En varios países, los incentivos económicos para los equipos se utilizan como una forma de analizar la atención brindada y su proceso de trabajo. Sin embargo, se señaló que, para su plena implementación, es necesario un mayor enfoque en la calidad de los sistemas de información y nuevos procesos de gestión en los que se incentive la autonomía de los equipos de salud en el proceso de contratación de indicadores.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Evaluación en Salud; Evaluación del Rendimiento de Empleados; Reembolso de Incentivo; Garantía de la Calidad de Atención de Salud.

[1,2]Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [1]http://orcid.org/0000-0002-0166-6889 [2]https://orcid.org/0000-0002-8277-5146

*Artigo extraído de dissertação. O pagamento por desempenho na estratégia de saúde da família na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, 2017.

Como citar este artigo
Barros RC, Campos CEA. Indicadores de desempenho na estratégia de saúde da família. Rev enferm UFPE on line. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e245495 DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245495

INTRODUÇÃO

Observa-se que o processo avaliativo em saúde por indicadores de desempenho tem sido implementado em diversos países e em alguns municípios do Brasil, como forma de qualificar a assistência, propondo diferentes arranjos de pagamento ao profissional de saúde, ao atingir as metas propostas. Destaca-se que, no município do Rio de Janeiro, a experiência com indicadores de desempenho iniciou-se em 2009 e tornou-se exemplo de gestão na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ressalta-se que, após ter sido consolidada em municípios de menor porte, a partir da sua criação em 1993, a Estratégia Saúde da Família teve como desafio integrar-se com as redes já existentes em municípios maiores e mais bem estruturados. Criou-se, nesse sentido, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).[1]

Deu-se, então, com o desenvolvimento do PROESF, um novo impulso à área de avaliação com o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), em 2005. Buscou-se, com este projeto, dispor de um instrumento de autoavaliação de equipes e gestores, visando à melhoria da qualidade dos serviços, fomentando debates sobre os processos de trabalho por parte dos gestores e das equipes e proporcionando uma cultura avaliativa, com a análise de padrões de qualidade, com impactos positivos para os padrões assistenciais historicamente prestados no âmbito da Atenção Básica.[1-2]

Nota-se que a avaliação em saúde tem fundamento em diversos países, entre eles, o Reino Unido. Destaca-se, nesse processo avaliativo no Reino Unido, um conjunto de ferramentas denominadas de Governança Clínica (GC), que tem sido levado a cabo a partir da Reforma do *National Health Service* (NHS), considerado o padrão-ouro no que se refere a sistemas universais públicos de saúde. Observa-se que estas medidas têm influenciado os sistemas de saúde em todo o mundo, inclusive, o Brasil.[3]

Corrobora-se a tese na qual mudanças mais efetivas no modelo de gestão, incluindo a avaliação, necessitam de um novo enfoque cultural e comportamental dos profissionais de saúde. Salienta-se que ações devem ser dirigidas a incentivar uma nova concepção dos mesmos a respeito da sua prática, incluindo a avaliação crítico-teórica do seu saber-fazer.[4-5]

Verifica-se que a avaliação do desempenho, sempre presente nestas iniciativas, é uma prática complexa, quer porque a existência de vários modelos de análise leva à adoção de pontos de vistas restritos e fragmentados, quer porque a avaliação de desempenho é multidimensional e dependente dos valores de referência de cada grupo de interesse presente no processo avaliativo. Consideram-se, assim, os limites destas práticas avaliativas, uma vez que estão sempre muito ligadas ao cumprimento de processos de trabalho restritos a determinados programas prioritários e, quando muito, voltadas para alguns resultados positivos para a saúde de determinados grupos da população.[4-

Observa-se que, na maioria dos serviços de saúde, a remuneração dos profissionais de desempenho excelente ainda é similar à dos demais profissionais e não premia quem exerce um melhor desempenho. Compreende-se que, no pagamento fixo, pode ser gerado um tempo ocioso, sem a preferência pela demanda assistencial, fazendo com que o profissional não dê a necessária atenção aos usuários que não comparecem ao serviço. Relaciona-se a sua remuneração mais ao tempo contratado do que com a cobertura e a qualidade da atenção prestada, incentivando o desenvolvimento da organização centrada no profissional e não no usuário. Entende-se que a falta de estímulo tem como consequência a diminuição do esforço de trabalho e a tendência é para a prestação de serviços abaixo do desejado.[5-6]

Entende-se que o pagamento por desempenho, termo utilizado em português, ou do inglês *Pay for Performance* (P4P), corresponde a um dos modelos de remuneração na saúde, podendo ser definido como transferência de recursos a serviços de saúde condicionada a resultados alcançados em face de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas. Consolida-se como processo avaliativo em saúde, visando à melhoria da qualidade, e pode ser útil para promover o alcance de objetivos em sistemas de saúde. Observa-se, entretanto, que os resultados dos estudos envolvendo ações e contextos mais complexos ainda apontam que o P4P deve ser utilizado com cautela e sua aplicação precedida pelo planejamento rigoroso do modelo a ser implantado.[7]

Enfatizam-se, no âmbito do P4P, três medidas de desempenho clínico: a qualidade clínica, a eficiência e a satisfação do doente. Aponta-se que, a despeito de questionamentos sobre a evidência de efetividade do P4P, recentes revisões sistemáticas concluíram que os contratos P4P afetam o comportamento dos profissionais e aumentam a oferta de serviços em Atenção Primária à Saúde (APS), ainda que de forma limitada. Entendem-se, como fatores para este efeito, idade e o sexo dos profissionais, a experiência prévia com o recebimento de incentivos, a existência de educação continuada, o método de pagamento, o tipo e abrangência das metas, o volume de atividades e o tipo de organização envolvida.[7]

Exemplificam-se, no Brasil, alguns municípios como Curitiba, Florianópolis, Janaúba e Rio de Janeiro, que criaram seus próprios mecanismos de incentivos, via pagamento por desempenho aos profissionais, visando à qualidade. Destacam-se, entre as diversas medidas tomadas em consonância com a Governança Clínica, a proposta de pagamento por desempenho (PD) das equipes de saúde da família, que foi implantada no Município do Rio de Janeiro (MRJ), e o enfoque na formação profissional da sua rede de APS, a partir de 2009, com a reforma realizada. Propôs-se, no MRJ, um novo modelo de atenção à saúde nos moldes da Missão para os Cuidados de Saúde Primários em Saúde de Portugal que, por sua vez, era baseada nas reformas do NHS. Têm-se verificado, a partir dessa experiência portuguesa, conclusões positivas na aplicação desta estratégia, apresentando uma

melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.[8-9]

Desenvolveu-se, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), baseado nesta experiência, um modelo de pagamento por desempenho, associando indicadores quantitativos e qualitativos ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) de acordo com o trabalho apresentado pelas equipes.[9]

Considera-se como foco deste estudo o incentivo financeiro ou material às equipes de saúde. Apresentam-se experiências relacionadas a estímulo de desempenho como bons exemplos na melhoria de alguns objetivos fundamentais da APS, que contribuem para o alcance de melhores resultados.

Tornou-se imprescindível, diante dessas experiências e da necessidade de estudo científico sobre o tema no cenário nacional, avaliar e discutir tais indicadores sob forma de análise do alcance das metas das equipes de saúde da família.

OBJETIVO

Analisar a evolução de desempenho de indicadores da variável 3 das equipes de Saúde da Família, na Área Programática 3.1

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, desenvolvido com informações do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), modelo PRIME, utilizado nas equipes de saúde da família da Coordenação de Área Programática (CAP) em saúde 3.1, localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro. Divide-se o território do município do Rio de Janeiro em dez áreas programáticas de saúde com a finalidade de organização da rede.

Compôs-se a população da pesquisa por todas as Unidades de Saúde de Atenção Primária com equipes de saúde da família da referida CAP, sendo, no primeiro período de análise, final de 2013, 125 o número de equipes, e, no início de 2016, 139.

Consideraram-se, como critério de inclusão na pesquisa, todas as Unidades de Saúde (US) da CAP 3.1 e, de exclusão, duas unidades que utilizavam outro modelo de PEP, pois, nesse caso, o sistema diferente pode apresentar atualizações distintas e interferir no resultado dos indicadores.

Realizou-se a coleta de dados no período de 2013.4 a 2016.1, por meio de informações extraídas do PEP, no primeiro trimestre de 2017. Buscou-se um consolidado composto por dados secundários em base de informações de uso restrito da SMS/RJ. Considera-se, para o sistema de informação do PEP, a divisão de um ano em quatro períodos trimestrais. Selecionou-se este período devido à mudança de indicadores no sistema PRIME (PEP), a partir de 2013/4, até a nova atualização que

aconteceu após 2016/1. Optou-se, também, iniciar por 2013/4 porque, a partir deste período, as equipes estavam mais integradas com o sistema de informação.

Dividiram-se os indicadores do pagamento por desempenho da SMS/RJ em três componentes chamados de variáveis: variável 1 (V1) - gestão; variável 2 (V2) - clínica da família; variável 3 (V3) - equipe de saúde da família (Figura 1). Pactuaram-se dez indicadores considerados prioritários (Figura 1) no contrato de gestão de saúde do município, que permitiram avaliar a qualidade do cuidado na APS e levaram em consideração as especificidades locais, uma vez que foi facultado, ao profissional, a composição do resultado do conjunto de indicadores alcançado.[9]

Configura-se o recebimento de um recurso extra e proporcional ao salário base de cada profissional, o alcance pela equipe de Unidades Contábeis (UC), por usuário que se enquadra em cada indicador (Figura 1). Vinculava-se ao alcance proporcional de UCs, não existindo o mínimo e considerando, como máximo, 300 UCS por trimestre, totalizando, em um ano, o décimo quarto salário do profissional de saúde.[9]

Coluna 1	**Coluna 2**	**Coluna 3**
Grupo	Descrição	Unidades Contábeis
G1	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano.	1
G2	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura.	3
G3	Acompanhamento de uma gravidez.	8
G4	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano.	7
G5	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano.	3
G6	Acompanhamento de uma pessoa diabética por ano.	4
G7	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa por ano.	2
G8	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose.	8
G9	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase.	10
G10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras Drogas.	4

Figura 1. Indicadores de desempenho das equipes de saúde da família. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Consideravam-se os pesos das UCs dadas a cada grupo de indicadores de forma diferente, considerando o grau de dificuldade de cada tipo de atenção que deveria ser prestada. Agregavam-se itens a cada indicador de desempenho, que precisavam ser atingidos concomitantemente para cada usuário que se enquadraria nessa performance (exemplo: criança com vacina em dia para os

indicadores de menores de dois anos e exame anual do pé para usuários com registro de Diabetes Mellitus).[9]

Realizou-se, como primeira etapa do processo de análise, a exportação dos dados em planilha no modelo *Excel*. Analisou-se a evolução do número de usuários por equipe com cumprimento dos indicadores e realizou-se a análise estatística multivariada no recorte do período de 2016.1 por meio de regressão linear utilizando as seguintes variáveis independentes: equipe com residência de Enfermagem em Saúde da Família; equipe com residência em Medicina de Família e Comunidade; número de usuários por equipe; equipe cuja unidade possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), identificando a representatividade das mesmas com relação à variável dependente. Usou-se, como base para a avaliação do desfecho nas variáveis independentes, o número de UCs.

Categorizaram-se, como variáveis, Dummy (não = 0 e sim = 1), a residência de Enfermagem e Medicina e o NASF. Realizou-se a regressão linear múltipla com as quatro variáveis independentes do estudo. Considerou-se, como tendência significativa na regressão, o p inferior a 0,05, realizando, também, a análise de resíduo.

Aplicou-se o modelo de regressão linear múltiplo, com variáveis Dummy, diante da seguinte equação: Y = b 0 + b1.x1 + b2.x2 + b3.x3 + b4.x4;- y = UCS; - b0 = é igual ao valor que y assume quando x for zero; - b1 = população; - b2 = residência médica; - b3 = residência de enfermagem; - b4 = NASF.

Atenderam-se, pela pesquisa, às determinações e normas estipuladas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 2012. Submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, aprovando-o sob o número 62693916 3 0000 5238.

RESULTADOS

Avaliaram-se, pelo estudo, dez indicadores de desempenho da CAP 3.1, no período de 2013.4 a 2016.1, e apenas dois apresentaram evolução correspondente a um processo de crescimento (Figura 2). Destaca-se a residência de Enfermagem como componente positivo para que as equipes apresentassem sucesso e melhoria dos indicadores em relação às variáveis independentes.

Verifica-se, na análise global, que um grupo de indicadores (G9) não contabilizou nenhum usuário e outros três (G4, G8 e G10) atingiram menos que 1% dos usuários e, portanto, este não foi contabilizado no gráfico de evolução (Figura 2). Constatam-se, nos trimestres seis e sete, quedas abruptas dos indicadores G1, G2 e G7. Observa-se que G3 e G5, acompanhamento de uma gravidez e acompanhamento de uma criança no segundo ano de vida, respectivamente, atingiram crescimentos lineares. Destaca-se que os grupos oito, nove e dez não obtiveram dados consistentes para uma análise de sua evolução. Nota-se, por exemplo, no indicador acompanhamento de uma pessoa em

alta por cura de tuberculose (G8), que apenas três equipes completaram um usuário com todos os itens alcançados no primeiro trimestre de 2016, tendo alcançado um total de 232 usuários neste indicador, na AP 3.1, ao longo de todo o período analisado.

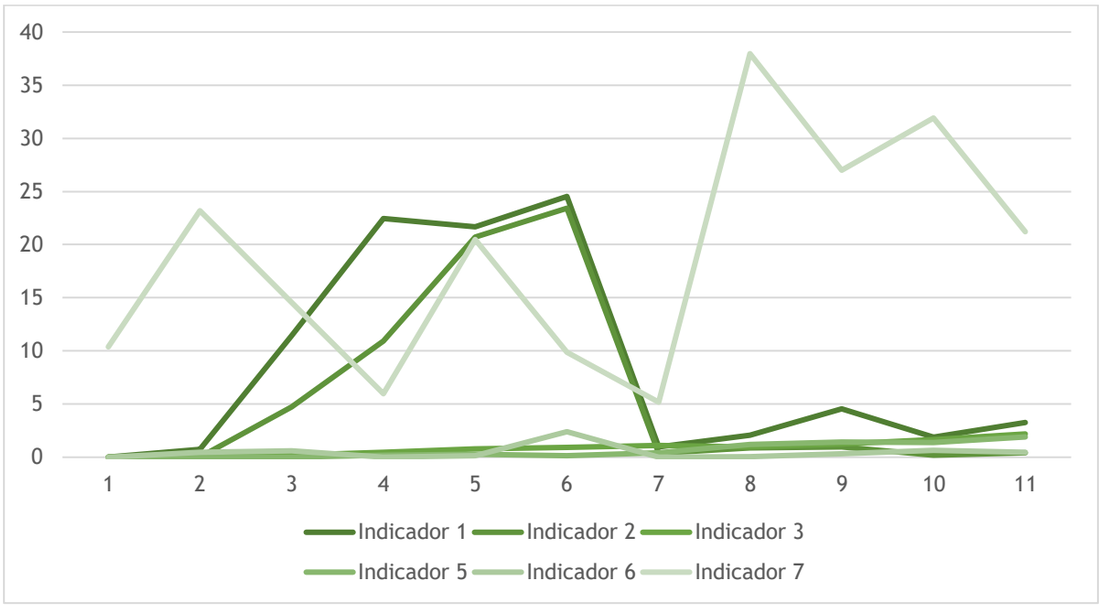

Figura 2. Porcentagem de usuários com meta cumprida acima de 1% nos indicadores de desempenho na Coordenação de Área Programática - 3.1, nos onze trimestres avaliados no período entre 2013 a 2016. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Aponta-se que os indicadores de criança menor de um ano (G4), paciente diabético (G6) e paciente com tuberculose (G8) não representaram crescimento na análise de evolução do período selecionado.

Demonstra-se, na figura 3, na análise da primeira variável independente, população por equipe, que o fator menor número de usuários por equipe não apresentou resultado significativo para o maior alcance das UCs, e ter maior ou menor população cadastrada não representou uma significância para o alcance da variável. Assume-se que o R^2 tem valores entre zero e um; quanto mais próximo de um, mais os pontos estão próximos da reta e mais forte a relação entre as variáveis. Obteve-se, na análise da população x UCS, um R^2=0,0016, ou seja, bem próxima a zero, não apresentando uma significância entre as variáveis. Costuma-se dizer que uma relação entre variáveis é forte quando o R^2 está acima de 0,6.

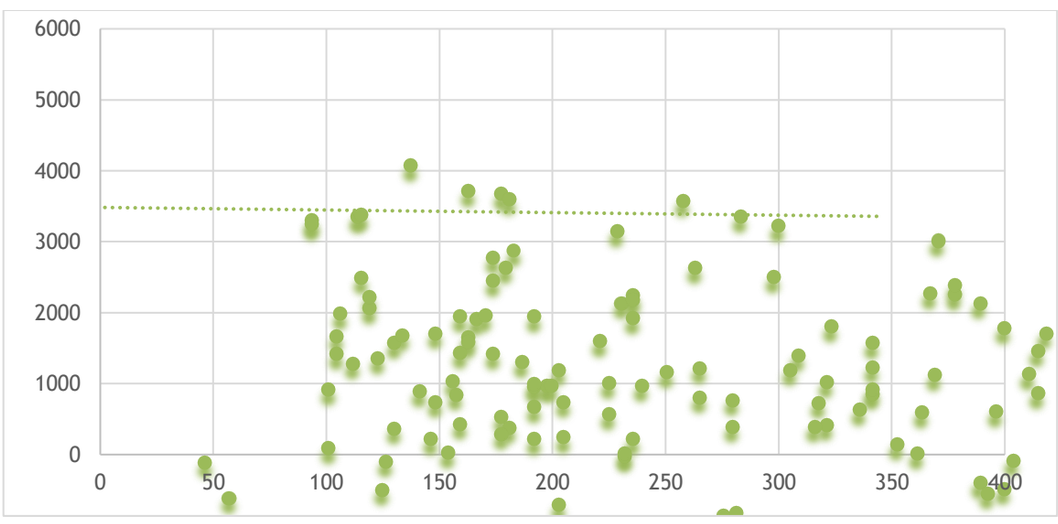

Figura 3. Número de Unidades Contábeis alcançadas por equipe de Saúde da Família de acordo com a população cadastrada no período de 2016.1 na CAP 3.1. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Identifica-se, na análise aplicando a regressão linear (Tabela 2), que as variáveis residência médica e NASF não obtiveram resultados dentro do valor esperado, menor que 0,05. Nota-se, no entanto, que a variável residência de Enfermagem apresentou valor menor que o nível de significância 0,05 (valor de – P), portanto, houve evidência estatística de que a variável interfere no aumento das UCS. Considera-se que, quanto menor o valor – P, maior a evidência de relação entre as variáveis (intervalo de zero a um), e o valor utilizado para a representação de significância pelo – P é um resultado menor que 0,05.[10]

Tabela 2. Análise da regressão multivariada estatística em relação às variáveis independentes comparadas ao alcance dos indicadores de desempenho. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2016.

Variáveis	Coeficientes	Erro padrão	Valor-*p*	95% superiores	95% inferiores
Interseção	44,934	25,328	0	44,837	145,032
População	0,0127	0,006	0,068	0	0,026
Residência médica	-8,073	18,513	0,663	-44,692	28,545
Residência de Enfermagem	57,528	20,077	0,004	17,816	97,24
Núcleo de apoio à saúde da família	32,576	16,08	0,044	-64,383	-0,769

DISCUSSÃO

Concebeu-se o pagamento por performance como uma remuneração extra, gratificando profissionais cujas equipes alcançassem metas pré-estabelecidas por meio de indicadores de desempenho, com vinculação ao pagamento pelo alcance de metas a cada trimestre (performance).[9] Promete-se, com estes incentivos, criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir, às equipes, melhorias nas unidades de saúde no contexto físico do seu exercício. Reforçam-se as competências decorrentes da facilitação do acesso a ações de avaliação e ao atribuir, aos profissionais, gratificações associadas ao desempenho.[8-9]

Justifica-se a avaliação da Atenção Primária por meio de instrumentos que incentivem mudanças no processo de trabalho, visando à melhoria da assistência, pela capacidade de construção de novas práticas visando a novos conhecimentos, produzindo uma consciência avaliativa que proporcione novas tecnologias para este modelo de atenção à saúde, incentivando os atores a repensar, gerando novos desfechos e realizando as mudanças necessárias.[11] Produzem-se, com a implementação do processo avaliativo incentivado pelo desempenho, boas oportunidades aos profissionais. Enumeram-se algumas como o aumento da autonomia, o incentivo ao trabalho em equipe, o espaço para diálogo,

o reconhecimento dos indicadores locais e macro, a reflexão sobre o processo de cuidado, a melhoria da qualidade e a possibilidade de melhorar e organizar o acesso dos usuários ao serviço.[11]

Observou-se, na análise deste estudo, que as equipes de saúde da família apresentaram dificuldade no alcance da maioria dos indicadores qualitativos propostos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Apresentou-se, na maior parte do período selecionado para a pesquisa, uma pequena variância no número de equipes de saúde da família, mantendo um padrão de cobertura e supondo que o alcance dos indicadores poderia representar um crescimento linear e crescente, pois as equipes estariam familiarizadas com o sistema. Revelou-se, no entanto, um processo de evolução dos indicadores marcado por acréscimos e decréscimos, revelando uma dificuldade das equipes de manter um desempenho crescente.

Puseram-se, como uma dificuldade apresentada durante a análise dos dados, as alterações sofridas pelo sistema para a melhoria e correções necessárias e, algumas vezes, estas informações são repassadas para os profissionais da assistência tardiamente ou sem maiores especificações técnicas, gerando dúvidas em relação ao funcionamento e uso correto do sistema. Torna-se, desse modo, o alcance satisfatório do desempenho inconstante e, por vezes, inatingível. Considera-se que, neste período, de acordo com a SMS/RJ, o PEP passou por atualização, o que resultou em mudanças de parâmetros para estes indicadores, o que pode justificar a redução verificada. Expôs-se, como outro aspecto, o déficit de análise da CAP em relação à evolução dos indicadores, e a equipe do sistema de informação da área obteve dificuldade de explicar as quedas abruptas do início do ano de 2015.

Refletiram-se esses processos em obstáculos de uma melhor qualidade dos dados informados, apesar das melhorias no sistema serem para atender a demandas das equipes e alcançar melhor qualidade na ferramenta e acabam fragilizando o processo de análise dos indicadores, tornando-a rúptil.

Comprovou-se, em outros estudos, que a implementação de incentivos financeiros na APS pela gestão gerou mudanças no perfil dos profissionais, aumento da motivação e do comprometimento com o trabalho.[1] Apontou-se, em um estudo em Janaúba (MG), onde a secretaria municipal de saúde iniciou um novo modelo de gestão de pagamento aos profissionais vinculado aos resultados, dentre outros processos inovadores, um aumento dos resultados no percentual de crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo. Revela-se, comparando-se com o ano 2000, que esse percentual foi cerca de 40%, dobrando, em 2006, para 83,36%.[13] Entende-se que o aleitamento materno é um importante indicador vinculado ao índice de mortalidade infantil.[14]

Percebeu-se, em relação ao indicador acompanhamento de uma gravidez, um crescimento importante na atenção ao pré-natal observado nos critérios específicos, gerando qualidade por meio dos indicadores alcançados e diminuindo os riscos de intercorrências obstétricas, assim como de

mortalidade materna e neonatal. Pode-se avaliar esta ascensão a partir do aumento da cobertura de ESF no MRJ.[15]

Manteve-se o acompanhamento de uma pessoa hipertensa como o único indicador com altos índices, mas, mesmo sendo o mais alcançável pelas equipes, não se identificou uma evolução constante deste fenômeno, fato possivelmente explicado pelas alterações dos sistemas, como citado anteriormente. Trata-se, no entanto, de uma condição que requer o atendimento continuado, e o aumento do desempenho pelas equipes pode ser verificado, falando a favor da melhoria do acesso e da continuidade do cuidado.

Verificou-se, ainda, que a variável população cadastrada por equipe de saúde da família não alterou o indicador para melhor quando esta possui um menor número de usuários. Discute-se continuamente o limite de população por equipe na ESF. Apresenta-se, desde o início da Saúde da Família, uma redução do valor máximo de usuários por equipe para adequar a qualidade do cuidado às equipes mínimas, considerando que a última atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz um limite máximo de 3500 mil usuários e uma orientação de menos usuários para territórios considerados vulneráveis de acordo com o perfil socioeconômico.[16]

Pode-se justificar, quanto às evidências estatísticas, que a variável residência de Enfermagem está relacionada ao aumento das UC pelas equipes e que a Enfermagem possui uma maior formação para as atividades gerenciais e de vigilância em saúde, corroborando a prática de monitoramento e avaliação do trabalho, inclusive, por meio de indicadores de desempenho.[17] Sabe-se que o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família (PRESF), iniciado em 2015 pela SMS/RJ com 24 vagas, tem atualmente 80 vagas/ano e vislumbra a qualidade do cuidado e o desafio da mudança de modelo de saúde.[18]

Demonstra-se um forte potencial de análise do processo de trabalho atrelado a indicadores e vigilância da equipe na formação por meio do modelo de Residência aliado ao alicerce histórico da Enfermagem de gerenciamento e administração. Destaca-se, nesse sentido, que a formação qualificada e específica interfere nos indicadores de saúde e projeta uma melhora no cuidado aos usuários.

Destaca-se, também, o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ), iniciado em 2011 com a abertura de 60 vagas, oferecendo, atualmente, 150 vagas por ano. Tem-se, como uma das características principais do programa, o foco clínico, com capacidade de resolver 90% dos problemas de saúde da população na qual atua.[19] Apresenta-se, no entanto, um déficit de ensino em questões de vigilância do cuidado na formação médica, que historicamente se baseia na clínica.[20]

Verifica-se, além disso, que a variável NASF também não apresentou valor significativo na análise de regressão. Objetivaram-se, com a implantação do NASF em 2008 pelo MS, entre outros, a desmedicalização, a participação na educação permanente das equipes de saúde da família, o aumento do princípio da integralidade e a resolutividade na APS.[21]

Procedem-se, contudo, desde sua criação, dúvidas sobre o processo de trabalho tanto dos profissionais vinculados aos núcleos quanto aos profissionais das equipes de SF. Torna-se um princípio dificultador a falta de entendimento sobre o papel do NASF nas unidades de SF. Representa-se, além disso, como barreira no alcance dos objetivos, o número ainda muito restrito de equipes de NASF, tornando tortuosa a tarefa de apoiar as equipes de SF em suas necessidades interdisciplinares.[21]

Dá-se a adesão ao pagamento por desempenho pelas equipes de acordo com os resultados do processo de trabalho. Expõem-se, didaticamente, dois possíveis fenômenos para o alcance do pagamento: as equipes apropriam-se da ferramenta, buscam informações, discutem os indicadores, definem os mais relevantes para o seu território e organizam-se da melhor forma para promover o alcance das metas e, consequentemente, o retorno financeiro diante de um processo de trabalho organizado e com uma vigilância eficiente e constante dos grupos prioritários e o preenchimento adequado do PEP. Torna-se, nesse exemplo, o pagamento por desempenho um processo genuíno, de alcance natural.

Fomenta-se, ao alcançar uma porcentagem, que as equipes busquem um processo gradual de evolução. Desencadeiam-se, com o processo de avaliação dos indicadores, a percepção de vigilância do processo de trabalho e a rotina de planejamento de acordo com os resultados esperados e os objetivos propostos.[11-2]

Observou-se, como ponto negativo e de dificuldade de aumento das metas nesta análise, a demora no repasse do pagamento às equipes, que pode ocasionar frustração nos profissionais quanto ao trabalho desenvolvido e dificultar a avaliação contínua dos indicadores. Evidenciou-se, também, que poucas equipes conseguiram atingir um desempenho satisfatório que favorecesse o incentivo financeiro. Expôs-se, neste ponto de vista, a fragilidade da vigilância dos indicadores pelas equipes.

Incentivam-se, contudo, boas práticas, e a premiação por bons resultados dentro de processos qualitativos evidencia a motivação do profissional em obter as metas e organizar o serviço. Escutam-se, algumas vezes, profissionais questionando por que recebem o mesmo salário que o colega que faz a metade do seu trabalho.

Considera-se importante, em um processo de avaliação, formular parâmetros e indicadores que sejam possíveis de alcance e condizentes com a realidade local. Requerem-se, por este processo de avaliação, critérios alcançáveis e adequados para cada realidade. Tornam-se, por isso, fundamentais a prática de monitoramento e a avaliação na APS.

Percebe-se, em muitos aspectos, que o incentivo financeiro é visto como um fator positivo de mudança, considerando o alcance das metas e a qualidade do cuidado. Corresponde-se não apenas a valores materiais, mas, também, a valores intrínsecos de sucesso pessoal e reconhecimento profissional, gerando satisfação e orgulho nas equipes. Entende-se o monitoramento contínuo dos programas de incentivo como fator fundamental para determinar a eficácia dos incentivos financeiros e seus possíveis efeitos não intencionais sobre a qualidade dos cuidados, e é uma sugestão de avaliação para a criação de um Grupo de Trabalho específico, que realize e corrobore a gestão municipal e as equipes.

Compreende-se, por outro lado, que maus hábitos de utilização dos sistemas podem acarretar números não reais pelo desejo da recompensa financeira. Considera-se, no entanto, um ganho a mudança operacional, e o potencial indutor é um resultado alcançado mesmo que não seja um valor pago diretamente. Cria-se a consciência de vigilância e avaliação, de autoimagem, de se enxergar implicado na gestão local, pensando práticas que vislumbrem a qualidade do cuidado, quando se propõe uma análise do processo de trabalho.

CONCLUSÃO

Evidencia-se, nesta pesquisa, que o desempenho dos indicadores da V3 das equipes de Saúde da Família na Coordenação de Área Programática 3.1, no município do Rio de Janeiro, sofreu alterações significativas no período analisado. Avaliou-se, no entanto, que não foi possível afirmar uma evolução regular ao longo do estudo, pois apenas dois dos dez indicadores avaliados obtiveram este perfil. Averiguou-se, ao comparar variáveis que poderiam causar impacto nos indicadores de qualidade, que o fator residência de Enfermagem foi o único que apresentou relevância para o pagamento por desempenho.

Associam-se, como possíveis fatores de limitação no alcance dos objetivos da V3, evidenciada pela análise, a formação dos profissionais, o déficit de treinamento e o acompanhamento da gestão em relação às dificuldades encontradas pelas equipes, indicadores que não são a realidade do território e subitens em alguns momentos inatingíveis.

Apresentam-se, muitas vezes, nesse contexto, características meritocráticas em relação ao pagamento por desempenho, pois nem todos apresentam as mesmas condições de trabalho e formação. Considera-se a formação vista aqui como uma das condições favoráveis ao alcance dos resultados, uma das ferramentas no processo de qualificação do sistema. Necessita-se, ainda, de uma maior discussão dos componentes sociais, motivacionais, pessoais e de atribuições específicas de cada ator, bem como de compreensão dos atributos da APS, que complementam e facilitam o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para a consolidação do SUS.

Avalia-se que discutir novos modelos de remuneração no setor saúde torna-se fundamental diante de um novo perfil epidemiológico e crescentes gastos com a saúde. Compreende-se que a concepção de avaliação e de reconhecimento dos seus usuários, muitas vezes, só possibilitada pelo incentivo financeiro, é um ganho ao sistema, assim, o investimento em saúde requer uma priorização ao seu principal recurso, o humano. Considera-se que o fortalecimento do sistema deve ser fundamentado na relação ensino-serviço, teórico-prática, na certeza de que o conhecimento produzido no e pelo processo de trabalho vai ao encontro da defesa ao direito à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Facchini LA, Tomasi E, Alitéia Santiago Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde Debate. 2018 Sept; 42(1):208 DOI: 10.1590/0103-11042018s114

2. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ in the view of workers Who participated in the program in Region of Health of Paraná. Saúde Debate. 2018 Apr/June; 42(117):408-19. DOI: 10.1590/0103-1104201811705

3. Ferreira MRJ, Mendes NA. Reforms in German, French and British health systems. Rev Bras Promoç Saúde. 2018 Oct/Dec; 31(4):01-10. DOI:10.5020/18061230.2018.8775

4. Barreto JOM. Pay-for-performance in health care services: a review of the best evidence available. Ciênc Saúde Coletiva. 2015 May; 20(5):1497-1514. DOI:10.1590/1413-81232015205.01652014

5. Peterson GM, Russell G, Radford JG, Zwar N, Mazza D, Eckermann S, et al. Effectiveness of quality incentive payments in general practice (EQuIP-GP): a study protocol for a cluster-randomised trial of na outcomes-based funding model in Australian general practice to improve patient care. BMC Health Serv Res. 2019 July; 19(529): 1-14. DOI: 10.1186/s12913-019-4336-2

6. Talevi FP, Guimarães ATB. Performance payment model for medical remuneration in a Health cooperative in the south of brazil. Rev Varia Scientia – Ciênc Saúde [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 12]; (5)1:01-12. Available from: http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/21840/14465

7. Chimhutu V, Tjomsland M, Mrisho M. Experiences of care in the context of payment for performance (P4P) in Tanzania. Global Health. 2019 Oct; 15(59):01-3. DOI: 10.1186/s12992-019-0503-9

8. Soranz D, Pisco LAC. Primary Health Care Reform in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro: context, strategies, results, learning and challenges. Ciênc Saúde Coletiva. 2017 Mar; 22(3):679-86. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33722016

9. Amaral GD, Silva VL, Reis EA. Análise de Regressão Linear no Pacote R. [relatório técnico][internet]. Universidade Federal de Minas Gerais. 2009 [cited 2019 Aug 10]. Available from:http://www.est.ufmg.br/portal/arquivos/rts/RT-SE-2009.pdf

10. Fadlallah R, Bou-Karroum L, El-Jardali F, Hishi L, Al-Akkawi A, Tsolakian IG, et al. Quality, safety and performance management in primary health care: from scoping review to research priority setting and implementation plan in the Eastern Mediterranean Region. BMG Global Health. 2019 Sept; 4(1477):01-13. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001477

11. Polil Neto P, Faoro NT, Prado Júnior JC, Pisco LAC. Variable compensation in Primary Healthcare:a report on the experience in Curitiba, Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon, Portugal. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 May; 21(5):1377-88. DOI: 10.1590/1413-81232015215.02212016

12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. No norte de Minas as melhorias da Atenção Básica se aliam à educação dos profissionais de saúde. Rev Bras Saúde Fam [Internet]. 2007 [cited 2019 Aug 10]; 14:32-41. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia14.pdf

13. Leal MC, Szwarswald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Ciênc Saúde Coletiva. 2018 June; 23(6):1915-28. DOI:10.1590/1413-81232018236.03942018

14. Campos CEA, Cohn A, Brandão, AL. The historical trajectory of the city of Rio de Janeiro's health system:1916-2015. One hundred years of innovations and achievements. Ciênc Saúde Coletiva. 2016 May; 21(5):1351-64. DOI: 10.1590/1413-81232015215.00242016

15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114722-20141105152247portaria-648-de-28-de-marco-de-2006.pdf

16. Santos JC, Feitosa MGGF. Health management: nurses' intrapersonal difficulties in professional Practice. J Nurs UFPE on line. 2015 Feb; 9(2):790-8. DOI: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201503

17. Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família. A residência em enfermagem de família e comunidade dá as boas-vindas [Internet]. Rio de Janeiro: PRESF; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://admpresf.wixsite.com/residenciaenfermagem

18. Residência em Medicina de Família e Comunidade. Características gerais do programa [Internet]. Rio de Janeiro: RMFC-Rio; 2020 [cited 2020 Mar 15]. Available from: http://www.rmfcrio.org/p/caracteristicas-gerais-do-programa_83.html

19. Peixoto MT, Jesus WLA, Carvalho RC, Assis MMA. Medical education in Primary Healthcare: a multiple-approach experience to teaching, service and community integration practices. Interface comum saúde educ. 2019; 23(1):01-4. DOI: 10.1590/interface.170794

20. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Work study in Family Health Support Centers (NASF), São Paulo, Brazil. Rev Bras aúde Ocup. 2015 Jan/June; 40(131):59-74. DOI: 10.1590/0303-7657000078013

Correspondência
Renata Corrêa de Barros
E-mail: renatabarros207@gmail.com

Submissão: 30/05/2020
Aceito: 26/12/2020

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line.
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.