



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

GABRIELA MAIA ROCHA

**PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**BRASÍLIA- DF
2024**

GABRIELA MAIA ROCHA

**PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ODONTOLOGIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade de Brasília/ Hospital Universitário de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Co-Orientador: Prof. Dr. Fábio Carneiro Martins

BRASÍLIA-DF

2024

RESUMO

Objetivo: O estudo tem como objetivo descrever a utilização dos modelos de Pagamento por Desempenho (PPD) na odontologia e no contexto da Atenção Primária à saúde (APS), destacar seus impactos, desafios e oportunidades, e discutir o uso desse modelo de pagamento no Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura. As bases de dados utilizadas para seleção dos estudos foram PubMed e BVS. Os critérios de inclusão foram: estudos sobre APS, ou sobre o PPD, metas e incentivos financeiros. Os critérios de exclusão: estudos fora do contexto da APS ou que não contemplassem aspectos específicos de incentivos financeiros, metas e PPD. **Resultados:** Dos 706 resultados identificados, 24 foram excluídos por duplicidade. Uma análise dos títulos e resumos resultou na exclusão de 570 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão, e 97 foram descartados baseando-se nos critérios de exclusão. A busca manual nas referências dos artigos selecionados adicionou mais 2 estudos, totalizando 17 estudos para análise completa. Os estudos destacaram a adoção global de modelos variados de PPD por países buscando cobertura universal de saúde, incluindo o PMAQ no Brasil e o QOF na Inglaterra, além de sistemas na Armênia, Dinamarca, Indonésia, Nova Zelândia e Nigéria. Esses modelos, embora variem em complexidade e foco, compartilham a base de pagamento vinculada ao desempenho, com ênfase em indicadores de qualidade e incentivos financeiros para o cumprimento de metas. Em relação à avaliação do impacto do modelo de PPD, dos 17 estudos incluídos, apenas três avaliaram o impacto do respectivo modelo implementado de forma quantitativa e, embora os resultados variem, apontaram para uma melhoria no cuidado prestado. **Conclusões:** O impacto do PPD é contextual, dependendo de adaptações locais para maximizar os benefícios e superar desafios. Sugere-se a necessidade de mais pesquisas para otimizar a implementação do PPD e avaliar seu impacto quantitativo e qualitativo.

Palavras - Chave: Atenção Primária à Saúde, Incentivos de Saúde, Odontologia, Pagamento por Desempenho, Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: The study aims to describe the use of Pay for Performance (P4P) models in dentistry within the context of Primary Health Care (PHC), highlight their impacts, challenges, and opportunities, and discuss the use of this payment model in the Unified Health System (SUS). **Method:** A narrative literature review was conducted. The databases used for the selection of studies were PubMed and BVS. The inclusion criteria were: studies on PHC, or on P4P, goals, and financial incentives. The exclusion criteria: studies outside the context of PHC or that did not contemplate specific aspects of financial incentives, goals, and P4P. **Results:** Of the 706 results identified, 24 were excluded due to duplication. An analysis of the titles and abstracts resulted in the exclusion of 570 studies for not meeting the inclusion criteria, and 97 were discarded based on the exclusion criteria. A manual search in the references of the selected articles added 2 more studies, totaling 17 studies for complete analysis. The studies highlighted the global adoption of varied models of P4P by countries seeking universal health coverage, including the PMAQ in Brazil and the QOF in England, as well as systems in Armenia, Denmark, Indonesia, New Zealand, and Nigeria. These models, although varying in complexity and focus, generally share the basis of payment linked to performance, with an emphasis on quality indicators and financial incentives for meeting goals. Regarding the evaluation of the impact of the P4P model, of the 17 studies included, only three evaluated the impact of the respective implemented model quantitatively. Although the results vary, it pointed to an improvement in the care provided. **Conclusions:** The effectiveness of PPD is contextual, depending on local adaptations to maximize benefits and overcome challenges. More research is suggested to optimize the implementation of PPD and evaluate its quantitative and qualitative impact.

Keywords: Dentistry, Health Policy, Health Incentive, Primary Health Care, Pay for Performance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	9
2.1 Critérios de elegibilidade e fontes de informação	9
2.2 Estratégias de busca	9
2.3 Seleção de estudos	10
2.4 Extração de dados	10
2.5 Risco de viés	11
3 RESULTADOS	12
3.1 Seleção e características gerais dos estudos	12
3.2 Principais achados	13
3.3 Facilitadores e barreiras de implementação	15
4 DISCUSSÃO	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6 REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS), segundo Barbara Starfield (2002), representa o primeiro nível de um sistema de saúde, sendo a parte central na estrutura de um sistema de saúde eficiente. Ela é caracterizada por atributos essenciais, como o primeiro contato, que estabelece a APS como a porta de entrada no sistema de saúde; a longitudinalidade, garantindo acompanhamento contínuo ao longo da vida do indivíduo; a integralidade, abordando as necessidades de saúde em todas as dimensões; e a coordenação, assegurando a integração do cuidado em todos os níveis do sistema. Além disso, a APS enfatiza o seu foco na família e na orientação comunitária, promovendo saúde e bem-estar de forma coletiva. Dessa forma, a importância da APS está na capacidade de melhorar a saúde da população, reduzir custos, aumentar a satisfação dos usuários e promover equidade no acesso à saúde, estabelecendo-se assim como uma abordagem holística centrada no indivíduo, na família e na comunidade para um atendimento de saúde de qualidade, integral e contínuo.

O conceito de APS se conecta intimamente com o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a atenção primária o ponto central e centro da comunicação das RAS, promovendo a integração dos serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade. As redes de atenção à saúde são definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, e se caracterizam por cinco princípios fundamentais: integralidade, equidade, continuidade, coordenação e corresponsabilidade (MENDES, 2010). Essa forma de organização visa a promoção da continuidade da assistência, coordenada ao longo da trajetória de cuidado do indivíduo.

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) implementada em 2004, representou um marco na integração dos cuidados odontológicos na atenção primária à saúde. A inclusão da saúde bucal representou um avanço significativo, pois reconhece a importância da odontologia no cuidado integral da saúde, desde o primeiro nível de atenção. Os serviços odontológicos na APS não se restringem à realização de procedimentos, mas também abrangem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais.

Nos últimos anos, o modelo de Pagamento por Desempenho (PPD) emergiu como instrumento na atenção primária à saúde como parte de uma estratégia de melhoria da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados em diversos países (DANTAS GURGEL et al., 2023). Essa abordagem, que vincula a remuneração dos profissionais (enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos e, mais recentemente, equipe de saúde bucal) a indicadores de desempenho, tem sido implementada globalmente tanto em nações de

alta renda como no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, França, Dinamarca e Nova Zelândia, quanto em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, Nigéria e Líbano.

Segundo Kovacs et al. (2020), a crescente incorporação do PPD como estratégia em países de baixa e média renda, almeja não apenas a melhoria da qualidade do atendimento, mas também o aumento da adesão aos serviços de saúde. Com diferentes modelos implementados ao redor do mundo, embora compartilhem o objetivo comum de melhorar a qualidade dos cuidados, se diferenciam significativamente em sua abordagem e estrutura, e variam significativamente em termos de design, abordagem e resultados.

Em países como o Brasil, por exemplo, a implementação do maior esquema de PPD do mundo, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), representa uma tentativa de otimizar os serviços de saúde primária, com ênfase na qualidade do atendimento (DANTAS GURGEL et al., 2023). Alguns programas, como o Quality and Outcomes Framework (QOF) no Reino Unido, concentram-se em resultados mensuráveis e metas específicas de desempenho (CAMPBELL; SIBBALD, 2009).

Embora a implementação de modelos de PPD na APS tenha sido discutida ao longo dos anos pela literatura como estratégia que visa a eficiência dos serviços, existem lacunas significativas no entendimento de seus impactos, desafios e oportunidades em diversos contextos, especialmente no da APS, que tem características específicas de oferta do cuidado, de forma ampliada, com foco nos determinantes sociais do território e seu contexto local. Neste sentido, a imposição de metas específicas pode direcionar a padronização do processo de trabalho, indo na contramão das necessidades da população e características da APS, especialmente no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção de agravos.

O desencadeador central da temática desta revisão se deve a recente promulgação da Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023, que institui o pagamento por desempenho específico para a Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal. Portanto, esta revisão de literatura teve como objetivo descrever a utilização dos modelos de PPD na odontologia no contexto da APS, destacar seus impactos, desafios e oportunidades, e discutir o uso desse modelo de pagamento no contexto brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a perspectiva da odontologia.

2 METODOLOGIA

2.1 Critérios de elegibilidade e fontes de informação

O presente trabalho foi realizado através de uma revisão narrativa sobre o Pagamento por Desempenho (PPD) na Atenção Primária à Saúde, a partir de uma pergunta de pesquisa ampla: Qual é o cenário global, descrito na literatura científica, sobre PPD na Atenção Primária à Saúde, incluindo a perspectiva da odontologia?

O levantamento bibliográfico foi realizado através de buscas por trabalhos publicados em revistas indexadas nas bases de dados PubMed e BVS. Com relação ao idioma, foram avaliados apenas os textos em português, inglês e espanhol, selecionando exclusivamente estudos com texto completo disponível. Não houve critério de temporalidade de inscrição da publicação, sem restrição quanto à data de publicação.

Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados estudos sobre Atenção Primária à Saúde (APS), ou sobre PPD, metas e incentivos financeiros. Quanto aos critérios de exclusão, não foram selecionados estudos fora do contexto da APS ou que não contemplassem aspectos específicos de incentivos financeiros, metas e PPD. A última busca foi realizada em 27 de Outubro de 2023.

2.2 Estratégias de busca

Os detalhes da estratégia de busca foram apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Estratégia de Busca

Base de Dados	Estratégia de Busca	Número de estudos identificados
PubMed	(((((("dentistry"[Title/Abstract]) OR ("oral health"[Title/Abstract])) AND ("Indicators"[Title/Abstract])) OR ("Financial incentives"[Title/Abstract])) OR ("Pay-for-performance"[Title/Abstract])) AND ("Primary Health Care"[Title/Abstract]))	153
BVS	(Odontologia) OR ("Saúde Bucal") AND ("Indicadores") OR ("Pagamento por desempenho") OR ("Metas") AND ("Atenção Primária à Saúde") OR ("Sistema Único de Saúde")	553
Total:		706

2.3 Seleção de estudos

A seleção ocorreu em três etapas distintas:

1. Calibração

Os títulos e resumos dos artigos selecionados na busca eletrônica foram exportados das bases de dados e organizados em planilhas do Microsoft Excel 365. Dois revisores (GMR e BGC) participaram de duas sessões de calibração, abrangendo 20% do total da amostra da busca (n= 142), 10% em cada etapa. Na primeira sessão, a concordância foi insuficiente. Na segunda calibração, foi obtido o coeficiente Kappa de Cohen de 0,76, indicando uma concordância substancial.

2. Inclusão

A leitura dos títulos e resumos aconteceu de forma independente e, nos casos de discordância, houve consenso, não tendo sido necessária a participação de um terceiro avaliador.

3. Exclusão

A leitura dos resumos e textos completos aconteceu de forma independente. Em um único caso houve a necessidade de participação de um terceiro avaliador (FCM).

2.4 Extração de dados

A extração dos dados de interesse foi realizada por um dos autores e organizada em planilhas com o programa Microsoft Excel 365, a partir dos seguintes tópicos:

1. Título
2. Autores
3. Ano
4. País
5. Resumo e palavras-chave
6. Tipo de Estudo
7. Objetivo e Hipóteses
8. Principais resultados
9. Fortalezas
10. Limitações/Barreiras

11. Avaliação do impacto
12. Modelo de Pagamento

2.5 Risco de viés

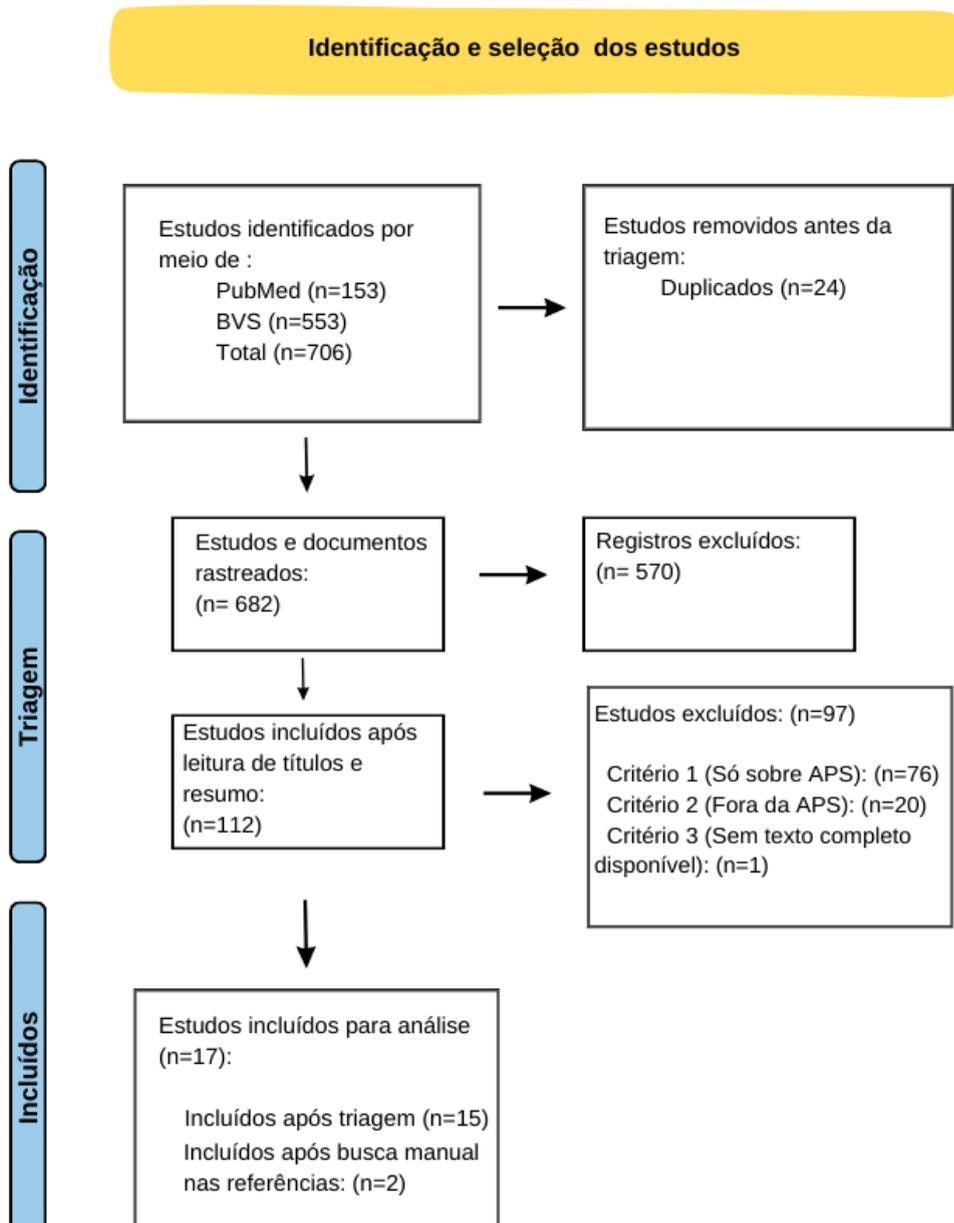
Nenhuma análise de risco de viés foi realizada, pois o foco desta revisão foi disponibilizar uma visão global sobre o assunto de interesse e não analisar a qualidade dos estudos incluídos.

3 RESULTADOS

3.1 Seleção e características gerais dos estudos

Foram identificados 706 estudos após a busca em ambas as bases de dados, dos quais 24 foram removidos por serem duplicados, 570 não atenderam aos critérios de inclusão após leitura de títulos e resumos e 97 aos critérios de exclusão. Além disso, 2 estudos foram incluídos após busca manual nas referências dos artigos já selecionados, tendo sido selecionados 17 estudos. O fluxograma de seleção dos artigos está representado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos, baseado no modelo PRISMA



Fonte: Autora

Quanto ao ano de publicação, foram selecionados estudos de 2008 a 2023. Todos os estudos incluídos, que relatam experiências de diversos países (Armênia, Brasil, Dinamarca, França, Indonésia, Inglaterra, Líbano, Nigéria, Nova Zelândia e Portugal), foram publicados em inglês.

Quanto aos tipos de estudo, foram incluídas revisões de literatura, estudos de abordagem qualitativa e de abordagem quantitativa, conforme descrito pelo Quadro 2.

Quadro 2 - Tipos de Estudo

Tipos de Estudo	Quantidade n (%)
Revisão	8 (47,2)
Estudos Qualitativos	6 (35,2)
Estudos Quantitativos	3 (17,6)

3.2 Principais achados

Não foram identificados estudos na literatura científica que abordassem especificamente o Pagamento por Desempenho (PPD) na área da odontologia dentro da Atenção Primária à Saúde (APS). Os achados se concentram predominantemente nas equipes de saúde da família, focando principalmente nos profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Em consequência, a abrangência da revisão se expandiu para descrever o panorama geral desse modelo de pagamento na APS, deslocando o foco inicialmente previsto para a odontologia.

Quase todos os países que buscam uma cobertura universal de saúde estão desenvolvendo ou se baseando em seus sistemas estratégicos de pagamento a provedores na busca de melhoria da qualidade (RAFIEI; VATANKHAH; KABIR, 2022). Os principais achados dos estudos selecionados revelam uma variedade de modelos de PPD implementados globalmente, incluindo o PMAQ no Brasil, o QOF na Inglaterra, além de abordar sistemas na Armênia, Dinamarca, Indonésia, Nova Zelândia e Nigéria.

Os assuntos abordados nos estudos variam desde melhorias na qualidade do atendimento até desafios na implementação e percepções variadas dos profissionais de saúde e pacientes sobre os modelos de PPD. A análise dos modelos de PPD na atenção primária em países dos estudos selecionados revela uma estrutura diversificada, embora compartilhem aspectos comuns, como o pagamento baseado em captação (exceto o PMAQ), o foco em indicadores de desempenho e incentivos financeiros para o cumprimento de metas.

Embora existam similaridades, as diferenças estruturais destacam a singularidade de cada modelo. O PMAQ do Brasil adotava um modelo misto, com um componente fixo e outro variável atrelado ao desempenho (podendo este ser significativo, impactando a renda das equipes). Na Inglaterra, o QOF emprega um sistema de pontuação detalhada, baseado em uma ampla gama de indicadores, abrangendo qualidade clínica, experiência do paciente e eficiência organizacional. Caracterizado por sua complexidade e centralização, é considerado de difícil entendimento pelos profissionais. Países como a Armênia e a Nigéria focam em áreas específicas, como saúde materna e infantil, utilizando sistemas mais diretos com pagamento fixo e bônus por alcançar metas específicas, refletindo prioridades nacionais. A Dinamarca, por outro lado, utiliza um sistema de captação ponderada que incentiva a qualidade de vida e a redução de internações, além da eficiência, através de bônus por desempenho. A Indonésia e Nova Zelândia implementam modelos que enfatizam resultados em saúde e prevenção, com sistemas adaptáveis às necessidades locais.

Os indicadores de desempenho variam significativamente, desde o foco em serviços básicos e saúde pública no PMAQ até uma avaliação mais abrangente no QOF. Essa diversidade indica a tentativa de cada país em medir e incentivar aspectos do cuidado que mais se alinham com suas necessidades de saúde pública e objetivos sistêmicos. A complexidade dos modelos também varia, com o QOF apresentando um alto grau de complexidade devido ao seu vasto número de indicadores e regras, enquanto modelos como o da Armênia e da Nigéria são mais simplificados, concentrando-se em objetivos específicos e claros.

Com relação à avaliação do impacto do modelo de PPD, dos 17 estudos incluídos, apenas três avaliaram o impacto do respectivo modelo implementado. Os três estudos concluíram que houve uma melhoria da qualidade do cuidado prestado, embora os resultados variem (CAMPBELL; SIBBALD, 2009; FARDOUSI et al., 2022; SAMBODO et al., 2023). O estudo mais antigo, publicado em 2009, avaliou o impacto do PPD na qualidade da APS na Inglaterra. Mais especificamente, foi avaliado o impacto na qualidade do cuidado em relação a pacientes com asma, diabetes e doença cardíaca coronariana, bem como nas percepções dos pacientes sobre acesso ao cuidado, continuidade do cuidado e aspectos interpessoais (CAMPBELL; SIBBALD, 2009). Os resultados apontaram que, para a asma, diabetes e doença cardíaca coronariana, a qualidade de cuidado já crescia antes da introdução do modelo de PPD. Após a implementação do modelo, tanto para a diabetes, como para a asma, a taxa de melhoria acelerou acima das tendências pré-existentes. No entanto, essa aceleração não foi mantida a longo prazo e retornou para níveis pré-introdutórios do modelo de PPD. Em relação às percepções dos pacientes sobre acesso ao cuidado e aspectos interpessoais, o artigo aponta que não houve mudanças significativas após a introdução do pagamento por desempenho. No entanto, a continuidade do cuidado sofreu redução imediata após a introdução do modelo de PPD, que

continuou ao longo do tempo, sem sinais de melhoria significativa (CAMPBELL; SIBBALD, 2009).

O estudo de Fardousi et al., 2022 afirma que houve melhoria na qualidade do cuidado após a implementação do pagamento por desempenho com base nos resultados da análise de diferenças em diferenças, que comparou municípios com e sem a adoção do bônus de PPD do PMAQ. Observou-se que os municípios que implementaram o bônus tiveram um aumento médio de 4,6 pontos na pontuação do PMAQ (7,5% de aumento comparado com a média de base do PMAQ) em relação a qualidade do cuidado prestado. Esse aumento foi mensurado por meio do escore do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Além disso, o mesmo estudo apontou que o tamanho do bônus exerceu forte influência no resultado da melhoria do cuidado: os municípios que ofereceram os maiores bônus tiveram um aumento de 8,2 pontos no escore da PMAQ (aumento de 13,4% na qualidade do cuidado prestado em comparação com aqueles que não ofereceram bônus). Ainda foi observado uma correlação direta entre o valor do bônus fornecido diretamente aos profissionais e o aumento da qualidade dos serviços prestados pelas equipes: os municípios que concederam bônus variando de 1 a 20% dos salários observaram um acréscimo de 2,6 pontos no escore do PMAQ, o que equivale a um aumento de cerca de 4,24%. Aqueles que ofereceram bônus de 21 a 50% dos salários viram um crescimento de 6,2 pontos, ou aproximadamente 10,09%. Municípios com bônus acima de 50% dos salários alcançaram um incremento de 7 pontos no escore do PMAQ, refletindo um aumento de cerca de 11,39% (FARDOUSI et al., 2022).

O estudo mais recente se propôs a avaliar o aumento na utilização dos serviços de cuidados primários, especialmente para pacientes portadores de doenças crônicas, e a redução das referências para cuidados hospitalares especializados na Indonésia. Os resultados apontaram para um modesto aumento de 1,15% da utilização dos serviços por pacientes com condições crônicas de saúde, e que não houve efeito estatisticamente significativo na redução da taxa de encaminhamento para cuidados hospitalares especializados nos casos de pacientes em condições de saúde não especializadas (SAMBODO et al., 2023).

3.3 Facilitadores e barreiras de implementação

Diversos facilitadores e barreiras de implementação emergiram como elementos centrais no impacto e implementação dos modelos de PPD, conforme descrito no Quadro 4.

Quadro 4 - Principais facilitadores e barreiras de implementação

Facilitadores	Quantidade n (%)	Estudos
Indução de ação	9 (52,9)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Sambodo, N. P. et al. (2023) Nasser Fardousi et al.(2022) Rafiei N. et al.(2021) Ogundeji, Yewande Kofoworola et al. (2016) Lin YYin SHuang J et al.(2015) Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D et al.(2011) Van Hecker et al.(2010) Campbell e Sibbald (2009)
Transparência de dados	3 (17,6)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Lin YYin SHuang J et al.(2015) Saleh, S. S., et al. (2013)
Padronização dos processos de trabalho	3 (17,6)	Da Luz Pereira, A. et al. (2021) Lin YYin SHuang J et al.(2015) Van Hecker et al. (2010)
Aumento na utilização do serviço	2 (11,7)	Sambodo, N. P. et al. (2023) Petrosyan, V. et al. (2017)
Barreiras	Quantidade n (%)	Estudos
Indução negativa	7 (41,1)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Lin YYin SHuang J et al.(2016) Saint-Lary, O. et al.(2015) Kolozsvari et al.(2014) Campbell e Sibbald (2009) McDonald R, et al.(2008) Buetow, S.(2007)
Falta de precisão do indicador	6 (35,2)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Sambodo, N. P. et al (2022) Da Luz Pereira, A. et al. (2021) Tenbenschel, T., & Burau, V (2017) McDonald R, et al.(2008)

		Buetow, S. (2007)
Comunicação não Efetiva	3 (17,6)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Ogundeji, Yewande Kofoworola et al. (2016) Saint-Lary, O. et al.(2015)
Limitações de recursos (Humanos, insumos, infraestrutura)	3 (17,6)	Sambodo, N. P. et al (2022) Ogundeji, Yewande Kofoworola et al. (2016) Saleh, S. et al. (2013)
Pressão sobre os profissionais	3 (17,6)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Lin YYin SHuang J et al.(2016) McDonald R, et al.(2008)
Não vinculação do repasse	2 (11,7)	Gurgel Junior, Garibaldi Dantas et al. (2023) Buetow, S. (2007)
Atraso no repasse	1 (5,8)	Ogundeji, Yewande Kofoworola et al. (2016)

4 DISCUSSÃO

Ao abordar os resultados encontrados nos estudos sobre o Pagamento por Desempenho (PPD), enfrentamos a limitação de não identificar estudos na área da odontologia, além da complexidade de comparar e sintetizar os achados devido à heterogeneidade dos estudos selecionados, já que os mesmos apresentaram uma ampla variação de contextos, abrangendo diferentes países, culturas e sistemas de saúde, populações-alvo e os diferentes tipos de PPD aplicados. Essa heterogeneidade reflete as diversas variáveis que podem influenciar os resultados de tais iniciativas.

Apesar desses desafios, foi possível discernir padrões e identificar impactos específicos que os modelos de PPD têm sobre a qualidade do cuidado, eficiência dos serviços de saúde e o engajamento dos profissionais de saúde. No entanto, é importante ressaltar que poucos estudos mensuraram esse impacto através de estudos quantitativos.

Nesse contexto, os estudos revisados permitiram a identificação dos impactos que foram mensurados, bem como seus facilitadores e barreiras associados à implementação dos modelos de PPD.

Quanto aos facilitadores, foram identificados a indução de ação, transparência de dados, padronização dos processos de trabalho e o aumento na utilização dos serviços. Primeiramente, a indução de ação se destaca, podendo ser dividida em categorias como: melhoria no desempenho clínico e gestão de doenças, melhoria na qualidade do cuidado, aumento da adesão a algumas atividades e serviços específicos, motivação e engajamento dos profissionais sendo significativamente impulsionados pelo incentivo a atingir metas específicas, assiduidade, foco na qualidade e utilização dos serviços (CAMPBELL; SIBBALD, 2009; DANTAS GURGEL et al., 2023; FARDOUSI et al., 2022; LIN et al., 2016; OGUNDEJI et al., 2016; RAFIEI; VATANKHAH; KABIR, 2022; SAMBODO et al., 2023; SCOTT et al., 2011; VAN HERCK et al., 2010).

Logo em seguida, destacam-se a transparência de dados e a padronização dos processos de trabalho (DA LUZ PEREIRA et al., 2021; DANTAS GURGEL et al., 2023; LIN et al., 2016; SALEH; ALAMEDDINE; NATAFGI, 2013; VAN HERCK et al., 2010), que são estimuladas e facilitadas pelo uso de sistemas de informação em saúde, os quais devem permitir o monitoramento e feedback contínuos sobre o desempenho, além de promover a melhoria na comunicação entre gestores e equipes de saúde. Além disso, a padronização dos processos de trabalho assegura que o cuidado prestado esteja alinhado com as melhores práticas disponíveis, ao seguir diretrizes clínicas baseadas em evidências, o que resulta em um atendimento mais consistente ao paciente.

Em estudo publicado em 2021, (DA LUZ PEREIRA et al., 2021) afirmam que o

comissionamento na performance pode desempenhar um papel na mitigação das diferenças entre os modelos organizacionais das unidades de saúde de cuidados primários, sugerindo que esse modelo pode contribuir para a redução de disparidades entre as unidades de saúde, ao padronizar a qualidade do serviço prestado. No entanto, essa padronização deve ser flexível para se adaptar às particularidades da APS, que deve atender as necessidades de população de seu território de abrangência, de acordo com seus determinantes sociais, singularidades, características sociodemográficas e epidemiológicas.

Por fim, o aumento na utilização dos serviços de saúde também foi observado. Um estudo realizado na Armênia (PETROSYAN et al., 2017) descreveu um aumento significativo nos serviços de atenção primária de um modo geral. Em um estudo publicado em 2023, realizado na Indonésia, Sambodo et al., 2023 citam um modesto aumento na utilização desses serviços, especialmente em cuidados voltados para pacientes crônicos. No entanto, esse modesto aumento ainda manteve a taxa abaixo do limite mínimo estipulado pelo programa.

Em relação às barreiras identificadas nos estudos, foram observadas: a comunicação não efetiva, indução negativa, não vinculação do repasse, atraso no repasse, falta de precisão do indicador, pressão sobre os profissionais, e limitações de recursos (humanos, insumos, infraestrutura).

Para Dantas Gurgel et al. (2023) a comunicação não efetiva surge como uma barreira na implementação de modelos de PPD destacando-se por fórmulas complexas para determinação dos pagamentos e falta de clareza no sistema de recompensas. Essa falta de clareza dificulta a compreensão dos profissionais, gerando incerteza com relação ao pagamento de incentivos e dúvidas sobre o retorno financeiro frente ao esforço despendido. Em um estudo de 2016, Ogundeji et al. destacaram que a compreensão inadequada do esquema de PPD varia significativamente entre gerentes de unidades de saúde de alto desempenho e profissionais de saúde em instalações menos eficazes. Essa discrepância pode ser gerada por diferenças na capacitação e no acesso a informações claras sobre o programa, variações no nível de suporte gerencial e organizacional, e diferenças nas estratégias de implementação e comunicação dentro das unidades de saúde.

Além disso, o estudo francês de Saint-Lary et al. (2015), que avaliou a opinião dos pacientes sobre o PPD na França, destacou que a falta de compreensão quanto ao esquema se estende aos pacientes, onde muitos desconhecem completamente o modelo de pagamento ou possuem apenas uma compreensão vaga, resultando em desapontamento pela insuficiente divulgação de informações, seja diretamente pelos médicos ou por meio de materiais informativos.

A indução negativa foi a barreira que mais se repetiu entre os estudos, como descrito no Quadro 4. Essa barreira revela impactos adversos na qualidade do atendimento, especialmente

em áreas não vinculadas a incentivos, devido ao foco excessivo em indicadores específicos em detrimento de outros aspectos importantes da atenção primária (BUETOW, 2008; CAMPBELL; SIBBALD, 2009; DANTAS GURGEL et al., 2023; KOLOZSVÁRI; OROZCO-BELTRAN; RURIK, 2014). Ao induzir os profissionais a práticas vinculadas a indicadores de desempenho, surge a possibilidade de gerar um impacto negativo na equidade da assistência e gerar uma desigualdade no acesso aos cuidados de saúde (DANTAS GURGEL et al., 2023; LIN et al., 2016). Uma possível prevenção para essa questão envolve a alteração periódica dos indicadores de desempenho (PETROSYAN et al., 2017), além de monitoramento e avaliação de forma contínua. Em 2009, o estudo de Campbell e Sibbald indicou uma redução na continuidade do atendimento após a introdução do esquema de PPD na Inglaterra, possivelmente devido ao foco das práticas em atender as metas de acesso rápido, o que pode ter impactado negativamente a continuidade do cuidado. Além disso, o estudo sugere que os médicos de família podem exibir uma redução na motivação para elevar seus desempenhos e rendimentos após atingirem um determinado patamar financeiro, indicando um possível limite de melhorias sob esse sistema.

A falta de precisão do indicador foi a segunda barreira de maior destaque entre os estudos. O excesso de indicadores, a fragilidade e superficialidade dos mesmos e o estabelecimento de metas irreais foram os aspectos associados à barreira de falta de precisão do indicador (DANTAS GURGEL et al., 2023; MCDONALD; HARRISON; CHECKLAND, 2008; SAMBODO et al., 2023). Além disso, o excesso de indicadores pode levar à dispersão do foco dos profissionais de saúde (MCDONALD; HARRISON; CHECKLAND, 2008), enquanto a fragilidade e superficialidade dos mesmos não capturam adequadamente a complexidade e a qualidade do cuidado prestado (TENBENSEL; BURAU, 2017). Dessa maneira, o estabelecimento de metas irreais, desvinculadas da realidade prática dos serviços de saúde, pode resultar em desmotivação e na percepção de inalcançabilidade, comprometendo a implementação efetiva do PPD. Esses aspectos destacam a importância de desenvolver indicadores precisos, realistas e profundamente alinhados com os objetivos de melhoria da qualidade do cuidado.

Tenbensele e Burau (2017) destacam a importância do equilíbrio entre indicadores de desempenho extrínsecos (metas definidas pelo governo, por exemplo) e indicadores intrínsecos, que permitam que os profissionais definam suas próprias metas, de acordo com suas habilidades e contexto (baseados na motivação, na rede profissional e feedbacks). Um exemplo de boa prática poderia ser a utilização de indicadores mistos: combinar metas de cobertura vacinal (indicador extrínseco) com indicadores de satisfação do paciente (intrínseco).

Em um estudo que se propôs a avaliar o ponto de vista dos pacientes sobre o modelo de PPD, duas preocupações a respeito da indução negativa foram levantadas: prescrição excessiva

de exames e tratamentos médicos desnecessários, motivados pela tentativa de cumprir metas específicas, e a padronização das consultas, com tempo reduzido, focada em critérios de desempenho, negligenciando as preocupações individuais de cada paciente (SAINT-LARY et al., 2015).

As limitações na infraestrutura, recursos humanos e insumos também apareceram como fator dificultador no sucesso do modelo de PPD. Com níveis inadequados de pessoal e problemas de multitarefa dos profissionais, a maioria dos centros de saúde na Indonésia não consegue lidar com o número de visitas domiciliares necessárias para o cumprimento de uma das metas estabelecidas pelo seu programa (SAMBODO et al. 2023). O estudo de Ogundeji et al., 2016 exemplificou como a falta de infraestrutura e recursos humanos adequados limitou a motivação e dificultou as melhorias no desempenho no número de visitas domiciliares, relatando dificuldades com a disponibilidade do transporte para as equipes. Centros de saúde que carecem de Sistemas de informação são menos dispostos a terem sua receita afetada pelo desempenho (SALEH; ALAMEDDINE; NATAFGI, 2013).

Como destacado no estudo de Saleh et al. (2013), a disponibilidade de sistemas de informação foi associada a uma maior disposição dos centros de saúde para terem seu desempenho de qualidade comparado aos de outros centros, e maior disposição para ter a remuneração afetada pelo desempenho das equipes. O sistema de informação se mostra como um componente essencial para o modelo de PPD, já que facilita a coleta e o uso de dados, o feedback aos profissionais e a comunicação entre os gestores.

Atraso do repasse e não vinculação do bônus aos profissionais também são barreiras mencionadas, uma vez que as duas situações levam à incerteza dos profissionais terem seus esforços retribuídos, gerando então a desmotivação para o cumprimento da meta (BUETOW, 2008; DANTAS GURGEL et al., 2023; OGUNDEJI et al., 2016). Em uma revisão realizada em 2010, (VAN HERCK et al., 2010) citam que alguns autores listaram evidências sobre a importância de incentivar os provedores individualmente. A revisão confirma que direcionar o incentivo para o indivíduo geralmente tem efeitos melhores do que não fazê-lo e uma observação semelhante foi feita para incentivos fornecidos para a equipe. Outro estudo realizado no Brasil avaliou o impacto positivo da vinculação direta do bônus aos profissionais de saúde, como descrito por Fardousi et al. (2022). Eles concluíram que vincular o bônus diretamente aos trabalhadores estava associado a um aumento significativo na qualidade do cuidado, e que ainda o tamanho do bônus exerce forte influência, conforme medido pelo escore PMAQ e descrito nos resultados dessa revisão. Em relação às diferenças encontradas na estruturação de cada modelo de PPD, é importante considerar como as particularidades culturais, econômicas e dos sistemas de saúde de cada país influenciam no seu design. Não existe uma abordagem única que se aplique universalmente. Portanto, adaptar os modelos de

PPD às especificidades de cada contexto pode não apenas aumentar seu impacto positivo, mas também promover um sistema de saúde mais equitativo e eficiente, alinhado com as necessidades e expectativas locais.

A implementação de pagamento por desempenho no SUS, especialmente na APS, apresenta diversos desafios, apresentando riscos como o foco em doenças específicas, negligenciando a atenção integral, e de desassistência à populações complexas. A mensuração do desempenho é complexa e pode levar à manipulação de dados. O sistema pode desmotivar equipes, desvalorizar o trabalho preventivo e aumentar a burocracia. Há ainda o risco de aumentar custos e ineficiência.

Uma das lacunas mais significativas identificadas nesta revisão literária sobre o PPD no contexto da APS residiu na ausência de estudos direcionados especificamente à aplicação deste modelo na odontologia. Apesar da rica diversidade de contextos, sistemas de saúde e modelos de PPD explorados nos estudos revisados, a falta de pesquisa focada na odontologia destaca uma importante limitação no corpo atual de conhecimento. Além disso, essa revisão apresenta limitações referentes a heterogeneidade dos dados e contextos dos estudos analisados, limitações na avaliação do impacto com poucos dados quantitativos, e a dificuldade de generalizar os resultados devido às variações culturais, econômicas e dos sistemas de saúde entre diferentes países. Esses fatores podem afetar a aplicabilidade dos achados em contextos distintos e a capacidade de traçar conclusões definitivas sobre a análise do impacto dos modelos de PPD.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto global descrito na literatura científica, sobre PPD na Atenção Primária à Saúde caracteriza-se pela complexidade e a diversidade das implementações do PPD, bem como seus impactos variados na qualidade do cuidado, eficiência dos serviços e engajamento dos profissionais de saúde.

Ao explorar facilitadores e barreiras da implementação desse modelo de pagamento, ressaltamos a importância da indução de ação, transparência dos dados, padronização dos processos de trabalho e a expansão na utilização dos serviços, apontando para a necessidade de estratégias bem definidas e adaptadas ao contexto local.

Os resultados demonstram que o impacto do PPD é fortemente influenciado pelo contexto de sua aplicação, com evidências de melhorias na qualidade do cuidado e na motivação dos profissionais, especialmente quando acompanhadas por bônus significativos e estruturas de incentivo bem planejadas. Os desafios e barreiras à implementação, incluindo questões como a precisão dos indicadores e a comunicação eficaz, destacam a complexidade da adoção de modelos de PPD e a necessidade de adaptações nas estratégias para superação desses obstáculos, como a combinação de indicadores intrínsecos e extrínsecos.

A revisão destacou uma lacuna notável pela falta de estudos sobre esse modelo de pagamento na odontologia dentro da APS, apesar da diversidade de contextos e modelos de PPD já explorados. Isso sinaliza uma área crucial para futuras investigações, com potencial para enriquecer o entendimento sobre o impacto do PPD de maneira mais holística e integrada.

Destacamos a importância de considerar as particularidades locais e a necessidade de estratégias de implementação flexíveis e adaptativas. Enfatizamos a necessidade de mais pesquisas e avaliações rigorosas, de uma abordagem sistêmica e integrada para enfrentar os desafios e assim maximizar os benefícios do PPD. Sua implementação requer cuidado, monitoramento contínuo e ajustes baseados em evidências, para que dessa forma possa fornecer de maneira adequada o seu potencial como uma ferramenta para a promoção de melhorias na saúde pública.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023. Institui o pagamento por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jul. 2023. Seção 1, p. 102-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>

BUETOW, S. Pay-for-performance in New Zealand primary health care. **Journal of Health Organization and Management**, v. 22, n. 1, p. 36–47, 21 mar. 2008.

CAMPBELL, S. M.; SIBBALD, B. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. **n engl j med**, 2009.

DANTAS GURGEL, G. et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: A comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future. **Health Policy**, v. 128, p. 62–68, fev. 2023.

DA LUZ PEREIRA, A. et al. The effect of commissioning on Portuguese Primary Health Care units' performance: A four-year national analysis. **Health Policy**, v. 125, n. 6, p. 709–716, jun. 2021.

FARDOUSI, N. et al. Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis. **PLOS Medicine**, v. 19, n. 7, p. e1004033, 7 jul. 2022.

KOLOZSVÁRI, L. R.; OROZCO-BELTRAN, D.; RURIK, I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. **Atención Primaria**, v. 46, n. 5, p. 261–266, maio 2014.

LIN, Y. et al. Impact of pay for performance on behavior of primary care physicians and patient outcomes. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v. 9, n. 1, p. 8–23, fev. 2016.

MCDONALD, R.; HARRISON, S.; CHECKLAND, K. Incentives and control in primary health care: findings from English pay-for-performance case studies. **Journal of Health Organization and Management**, v. 22, n. 1, p. 48–62, 21 mar. 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

OGUNDEJI, Y. K. et al. Pay for performance in Nigeria: the influence of context and implementation on results. **Health Policy and Planning**, v. 31, n. 8, p. 955–963, out. 2016.

PETROSYAN, V. et al. National Scale-Up of Results-Based Financing in Primary Health Care: The Case of Armenia. **Health Systems & Reform**, v. 3, n. 2, p. 117–128, 3 abr. 2017.

RAFIEI, N.; VATANKHAH, S.; KABIR, M. J. Primary care physician payment mechanisms toward universal health coverage: A study of Iran and selected countries. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 37, n. 1, p. 372–386, jan. 2022.

SAINT-LARY, O. et al. Patients' views on pay for performance in France: a qualitative study in

primary care. **British Journal of General Practice**, v. 65, n. 637, p. e552–e559, ago. 2015.

SALEH, S. S.; ALAMEDDINE, M. S.; NATAFGI, N. M. Acceptability of Quality Reporting and Pay for Performance among Primary Health Centers in Lebanon. **International Journal of Health Services**, v. 43, n. 4, p. 761–777, out. 2013.

SAMBODO, N. P. et al. Effects of performance-based capitation payment on the use of public primary health care services in Indonesia. **Social Science & Medicine**, v. 327, p. 115921, jun. 2023.

SCOTT, A. et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 7 set. 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO, Ministério da Saúde**; 2002.

TENBENSEL, T.; BURAU, V. Contrasting approaches to primary care performance governance in Denmark and New Zealand. **Health Policy**, v. 121, n. 8, p. 853–861, ago. 2017.

VAN HERCK, P. et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, p. 247, dez. 2010.