

# AD MI NIS TRA ÇÃO:

2

Estudos organizacionais e sociedade

Elói Martins Senhoras  
(Organizador)

  
Atena  
Editora  
Ano 2021

# AD MI NIS TRA ÇÃO:

# 2

Estudos organizacionais e sociedade

Elói Martins Senhoras  
(Organizador)

  
Atena  
Editora  
Ano 2021

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso  
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

## Administração: estudos organizacionais e sociedade 2

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Bruno Oliveira  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Elói Martins Senhoras

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A238 Administração: estudos organizacionais e sociedade 2 /  
Organizador Elói Martins Senhoras. – Ponta Grossa -  
PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-433-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.334211709>

1. Administração. I. Senhoras, Elói Martins  
(Organizador). II. Título.

CDD 658

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

A construção do campo de estudos em Administração tem passado por uma crescente produção incremental de pesquisas em diferentes partes do mundo em razão das rápidas transformações da realidade social, razão pela qual o presente livro surge para ampliar os debates temáticos com um enfoque pluralístico e fundamentado na riqueza empírica da realidade de um conjunto de estudos de caso.

Esta obra, intitulada “Administração: Estudos organizacionais e sociedade 2”, apresenta uma rica agenda de análises que valorizam a riqueza empírica da realidade administrativa em sua concretude, valorizando no trabalho de campo a construção de reflexões e novos conhecimentos que podem eventualmente corroborar para o avanço das fronteiras científicas, sem um necessário comprometimento com paradigmas ou teorias de *mainstream*.

O objetivo da presente obra é analisar a realidade empírica das organizações e do desenvolvimento organizacional por meio de uma triangulação metodológica de levantamentos bibliográficos com estudos de casos que é funcional para despertar a replicação de uma reflexão crítica sobre a construção do conhecimento científico em Administração com base na análise da realidade.

Caracterizado por uma natureza exploratória, descritiva e explicativa quanto aos fins e uma abordagem quali-quantitativa, este livro foi estruturado pela conjugação de uma lógica convergente no uso do método dedutivo a fim de possibilitar divergentes abordagens teórico-conceituais para abordar a realidade empírica dos relatos de experiência e dos estudos de caso, assim resultando em uma pluralidade de debates.

Os 18 capítulos apresentados neste livro são oriundos de uma reflexão empírica construída por um conjunto de profissionais oriundos de distintas Instituições de Ensino Superior do Brasil e do exterior, corroborando assim para a expansão das fronteiras do conhecimento com base em um trabalho construído coletivamente com várias mãos e buscando difundir a pluralidade de pensamento.

Em nome de todos os pesquisadoras e pesquisadores envolvidos neste livro, comprometidos com o desenvolvimento científico dos estudos administrativos, convidamos você leitor(a) para explorar conosco, neste rico campo epistemológico, toda a riqueza empírica da nossa realidade organizacional contemporânea, pois urge a necessidade de avançarmos com análises mais abertas ao debate e à pluralidade teórico-metodológica.

Excelente leitura!

Elói Martins Senhoras



## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### ORGANISATIONAL DEVELOPMENT. A GENERAL OVERVIEW

Tulio Barrios

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117091>

### **CAPÍTULO 2..... 17**

#### CONSULTORIA EMPRESARIAL E MOTIVAÇÃO COMO FERRAMENTAS DE DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL

Diego Felipe Borges Aragão

Francisco Lucas de Sousa

Francisco Antônio Gonçalves de Carvalho

Ana Maria Soares de Sousa

Marcelo Araujo de Sousa

José Santana da Rocha

Neila Pio de Moraes


Neilany Araújo de Sousa

Luzia Rodrigues de Macedo

Maysa Mayanne Moraes de Moura

Thaíla Dália de Sousa Lacerda

Davir Rodrigues dos Santos Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117092>

### **CAPÍTULO 3..... 28**


#### POLÍTICAS SOCIAIS E DIFERENCIAIS NO DESENVOLVIMENTO: MUNICÍPIOS DE FRONTEIRA E NÃO FRONTEIRIÇOS

Edemar Rotta

Ivann Carlos Lago

Daniela Moraes de Lima

Neusa Rossini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117093>

### **CAPÍTULO 4..... 44**


#### SOCIEDADES COOPERATIVAS PRODUCTORAS Y SU FUNCIÓN EN LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ana Luz Ramos-Soto

Igor Rivera

Denise Díaz de León

Jovany Arley Sepúlveda Aguirre

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117094>


### **CAPÍTULO 5..... 56**

#### PRODUCTIVIDAD DE LAS TIC Y DISPARIDAD DEL DESARROLLO ECONÓMICO LOCAL EN LAS MUNICIPALIDADES PERUANAS, 2015-2019

Teófilo Lauracio Ticona

Jarol Teófilo Ramos Rojas


José Luis Morales Rocha  
Mario Aurelio Coyla Zela  
Solime Olga Carrión Fredes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117095>

**CAPÍTULO 6..... 75**

**O EFEITO “LAVA JATO” NO MERCADO DE CAPITAIS E NA TAXA DE CÂMBIO**


Vanessa Martins Valcanover  
Paulo Sérgio Ceretta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117096>

**CAPÍTULO 7..... 87**

**CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO: CONTRIBUIÇÕES E AÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO REGIONAL DE MARINGÁ - PR**


Cibele Mantovanni  
Luciano Ferreira de Lima  
Juliane Sachser Angnes  
Marcos Roberto Kuhl

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117097>

**CAPÍTULO 8..... 100**

**REFLEXOS DO COVID - 19 NA RECEITA TRIBUTÁRIA DOS MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS DO ESTADO DO PIAUÍ**


Francinildo Carneiro Benicio  
Anderson Lopes Nascimento  
Augusta da Rocha Loures Ferraz  
Cristiana Aragão Marques Correia Lima  
Júlio da Silva Oliveira  
Kelsen Arcângelo Ferreira e Silva  
Gisele Leite Padilha  
Ana Luiza Carvalho Medeiros Ferreira  
Antônio Vinícius Oliveira Ferreira  
Lennilton Viana Leal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117098>

**CAPÍTULO 9..... 134**

**DESENVOLVIMENTO RENDAS PETROLIFERAS: OS DESAFIOS DO PLANEJAMENTO NA ESCALA LOCAL**


Irenice Aparecida Nunes de Sousa Deodato  
Valdir Júnio dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3342117099>

**CAPÍTULO 10..... 148**

**SOCIEDADE EM REDE: UM ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE OS MEIS DO MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS**

Raquel Prediger Anjos  
Cleonice Alexandre Le Bourlegat

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170910>

**CAPÍTULO 11..... 163**

A EMPRESA JÚNIOR COMO GRANDE LABORATÓRIO PRÁTICO DO CONHECIMENTO E DA GESTÃO EMPRESARIAL NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Brenda Avany Gomes Braga

Leandro Reis Santana

Venicius Lucas dos Santos

Willias Santos da Silva

Meire Ane Pitta da Costa


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170911>

**CAPÍTULO 12..... 171**

CONOCIMIENTO DE LA DIMENSIÓN SOCIOAMBIENTAL Y CONFLICTOS EN LA GESTIÓN DEL ESPACIO UNIVERSITARIO

Aloisio Ruscheinsky

Josep Trenc Esplugas


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170912>

**CAPÍTULO 13..... 181**

LA EDUCACIÓN EN ACADEMIAS COMERCIALES EN ZACATECAS, MÉXICO: TESTIMONIOS DE SU IMPORTANCIA COMO MEDIO DE INSERCIÓN LABORAL Y MOVILIDAD SOCIAL PARA LAS MUJERES

José Roberto González Hernández

Yolanda Guadalupe González Carrillo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170913>

**CAPÍTULO 14..... 196**

POLÍTICAS PÚBLICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS COMO FERRAMENTA PARA A REDUÇÃO DA DESIGUALDADE SOCIAL: UM DIAGNÓSTICO NO IFMA CAMPUS SANTA INÊS

Genilton Luis Freitas Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170914>

**CAPÍTULO 15..... 212**

“BATEU, LEVOU!”: ESTUDO SOBRE A VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Cledinaldo Aparecido Dias

Vilma Oneide Dias

Kever Bruno Paradelo Gomes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170915>

**CAPÍTULO 16..... 226**

INCLUSÃO SOCIAL ATRAVÉS DA INTEGRAÇÃO DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO DAS CONTRIBUIÇÕES DO GERENCIAMENTO DE PROJETOS NA EDUCAÇÃO INFANTIL E ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLAS PÚBLICAS SITUADAS

EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Michel Lopes França Chaves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170916>


**CAPÍTULO 17.....236**

IMPLANTAÇÃO DE RASTREABILIDADE EM UM HOSPITAL GERAL, AVALIAÇÃO A PARTIR DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Lucicleide Maria de Azevedo Campelo

Theo Duarte da Costa

Rodrigo d'Avila Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170917>


**CAPÍTULO 18.....249**

MODALIDADES DE REMUNERAÇÃO MÉDICA EM AMBIENTE HOSPITALAR: NA BUSCA POR UM MODELO SUSTENTÁVEL

Eric Ettinger de Menezes Junior

Daniel Souza Ferreira Magalhães

Emerson Flamarion Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.33421170918>

**SOBRE O ORGANIZADOR.....266**

**ÍNDICE REMISSIVO.....267**

## MODALIDADES DE REMUNERAÇÃO MÉDICA EM AMBIENTE HOSPITALAR: NA BUSCA POR UM MODELO SUSTENTÁVEL

*Data de aceite: 01/09/2021*

*Data de submissão: 09/07/2021*

### **Eric Ettinger de Menezes Junior**

Universidade Brasil  
Itabuna, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/9462756867216625>

### **Daniel Souza Ferreira Magalhães**

Universidade Brasil  
São Paulo, SP  
<http://lattes.cnpq.br/3128414187778755>

### **Emerson Flamarion Cruz**

Faculdade do Centro Oeste Paulista (FACOP)  
Bauru, SP  
<http://lattes.cnpq.br/3087128809514969>

**RESUMO:** Os gastos com a saúde em nosso país, estão crescendo significativamente, gerando uma preocupação generalizada sobre o seu financiamento, tanto no setor público quanto no privado. A despeito desses gastos elevados, os atores envolvidos no processo, hospitais, médicos, gestores e usuários, estão insatisfeitos com a remuneração e custos envolvidos. Na literatura encontra-se inúmeros modelos de pagamento ou remuneração médica. Todos eles com seus prós e contras e características peculiares. O mais comum é o fee-for-service (remuneração por procedimento) que apesar de seu amplo emprego recebe críticas devido a sua insustentabilidade econômica. O pagamento por performance vem sendo tratado como uma opção sustentável a ser implementada para a

remuneração médica, levando a uma melhor aplicabilidade do recurso com relação com qualidade e meritocracia. Apesar do sentimento de ser necessário uma mudança pelos elos envolvidos, não observa-se na prática de larga escala pois não é simples de ocorrer, nem rápida de ser alcançada. O objetivo deste capítulo é debater a realidade dos métodos de pagamento tanto mundialmente, como local.

**PALAVRAS-CHAVE:** Remuneração, gestão em saúde, administração hospitalar, gastos em saúde.

### **MEDICAL PAYMENT METHODS IN HOSPITAL ENVIRONMENT: THE SEARCH FOR A SUSTAINABLE MODEL**

**ABSTRACT:** Health spending in our country is growing significantly, generating widespread concern about its financing, both in the public and private sectors. Despite these high expenses, the actors involved in the process, hospitals, doctors, managers and users, are unsatisfied with the remuneration and costs involved. There are numerous models of payment or medical remuneration in the literature. All of them with their pros and cons and peculiar characteristics. The most common is the fee-for-service (pay per procedure) which, despite its wide use, receives criticism due to its economic unsustainability. Payment for performance has been treated as a sustainable option to be implemented for medical compensation, leading to a better applicability of the resource in relation to quality and meritocracy. Despite the feeling that a change is needed by the links involved, it is not observed in large-scale practice as it is neither simple to occur nor quick

to be achieved. The purpose of this chapter is to discuss the reality of payment methods both globally and locally.

**KEYWORDS:** Remuneration, health management, hospital administration, health expenditures.

A saúde pública e privada no país está à beira do caos. Vivemos em um período onde a cada dia a medicina se torna mais cara, através da incorporação de tecnologia, o problema da judicialização, o envelhecimento da população, a questão da remuneração médica, tanto do SUS (Sistema Único de Saúde) quanto da saúde complementar, estando o orçamento mais comprometido, podendo entrar em colapso. Associado a esse cenário, soma-se a grave crise econômico-financeira que vivemos. Isso gera um gargalo na assistência em ambos os sistemas, onde é necessário reduzir, ou se adequar, os custos sem que isso impacte na falta de qualidade dos serviços prestados.

Um agravador desta crise é a inflação médica (variação do custo médio hospitalar), que se agrava desde a década de 1960, e é sistematicamente maior que a inflação geral, batendo em 2016 um recorde histórico no Brasil de 20,4%, em 2018 foi de 16,90 %, enquanto a inflação oficial em 2018 foi de 3,45%. Outro dado alarmante é que no período entre 2003 a 2009, houve um crescimento de 126% nas despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde segundo a Agência Nacional da Saúde. [1]

O grande desafio do gestor atual é buscar o equilíbrio entre a adequada utilização dos recursos financeiros e a qualidade da prestação de serviços em saúde, tanto no sistema de saúde público ou privado, mas isso depende, em grande parte, da forma como estão organizados o modelo assistencial e como são remunerados e como estão contratados. Além disso, é necessário entender o funcionamento da economia do setor de saúde, ou seja, das relações sociais que se estabelecem entre os agentes que nele interagem nos seus mais diversos níveis, dos pacientes (consumidores) até a indústria de medicamentos e equipamentos. [2]

Paradoxalmente este alto custo da saúde, infelizmente, não representa qualidade de assistência prestada. Alguns trabalhos americanos mostram, que mesmo com os recursos empregados ocorriam falhas frequentes, não se percebiam benefícios e existia um abismo entre a qualidade da atenção à saúde encontrada e o que poderia ser proporcionado, ou seja, os pacientes estavam sem receber cuidados efetivos, preventivos e baseados em evidência científica. [1, 3, 4, 5]

Uma análise do mercado dos serviços de saúde mostra uma peculiaridade que é fundamental na busca pelo equilíbrio financeiro, o consumo de serviços de saúde, sua intensidade e combinação passam necessariamente pela indicação do médico que, assim, age em nome do paciente. As ações destes têm influência direta sobre os custos e a qualidade da atenção, por isso grande parte das estratégias de controle recaem sobre estes profissionais, incluindo nestas mudanças nas formas de remuneração médica, pois

acredita-se que este, da forma como é feita atualmente, através do modelo *fee-for-service*, tem papel relevante para esse colapso na qual nos encontramos.

Apesar de historicamente, a medicina ter adotado o valor que: o primeiro e principal dever do médico é cuidar do paciente, e que todo profissional de saúde tenha testemunhado pacientes que recebem cuidados excelentes, independentemente dos incentivos financeiros, os métodos de pagamento afetam claramente se, como e quanto cuidado é fornecido. [6]

Um sistema de pagamento ou remuneração é um conjunto de princípios, critérios e procedimentos que são utilizados de forma articulada pela gestão organizacional para pagamento do trabalho e comporta formas variáveis, buscando sempre maximizar os resultados dos serviços e um comportamento eficiente da organização. [7] A diferença essencial entre os métodos é a unidade de pagamento, que divide o risco financeiro entre o pagador e o fornecedor. [6]

## **VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NA COMPOSIÇÃO OU DEFINIÇÃO DE UM MODELO PADRÃO DE PAGAMENTO**

Apesar de ser um tema amplo e complexo, existem bases a serem levadas em consideração quando se fala de remuneração médica, a fim de que o modelo seja sustentável. A literatura sobre o tema admite, crescentemente, que questões como produtividade, acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, sejam sempre envolvidas.

### **Qualidade**

Para Donabedian [8], médico estudioso sobre o tema, qualidade em saúde é a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos (custos) para os pacientes, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Os pilares da qualidade por Donabedian são: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimalidade, Aceitabilidade, Legitimidade, Equidade. Depois dessa definição, vários autores e instituições aprimoraram esse conceito, mas o fundamental é considerar que a qualidade é multidimensional, e que sempre devem ser levados em conta a estrutura, os processos e os resultados dos serviços prestados. [9]

Segundo Bessa [10], preconiza-se que os serviços de saúde devam se preocupar com as seguintes dimensões de qualidade: segurança, eficácia, acesso oportuno e eficiência com foco no cliente, provendo um cuidado atencioso e sensível às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e garantindo que esses valores sejam um guia para todas as decisões clínicas tomadas.

### **Indicadores de desempenho para acompanhamento**

Na literatura se defende que os indicadores para se avaliar um serviço prestado,

sejam relacionados com: estrutura, eficiência técnica, efetividade do cuidado e satisfação do cliente [9]. Uma vez definidos os indicadores, seria possível medir, quão bom é aquele serviço, e partir daí ser utilizada para comparação com outros serviços, para acompanhamento a longo prazo ou até mesmo para quantificar diferenças de remuneração baseada nesses critérios. É fundamental que haja esses indicadores e que estes sejam bem claros e difundidos entre os envolvidos.

### **Aderência no médico**

Fator principal na modalidade de pagamento é a aceitação e, por conseguinte, aderência do médico. Vetor fundamental deste processo, o médico detém o conhecimento específico, além de ter o contato direto e de confiança com o paciente. Segundo a experiência norte-americana, é impossível iniciar qualquer movimento pela qualidade sem o envolvimento dos médicos.

O movimento que se observa hoje, devido ao modelo mais comumente aplicado, é de uma desestimulação do profissional, que vê seus honorários serem definidos por tabelas, das quais muitas vezes ele não tem a oportunidade de opinar, ocorrendo ainda um nivelamento por baixo perante seus colegas. Ou seja, o valor pago pelo procedimento ou serviço é igual para todos, tenha o médico 5, 10 ou 20 anos de formado, treinamento, mestrado, especializações, etc., ou seja, um recém-saído da residência médica. [1] [10]

Há muita crítica sobre o trabalho médico no modelo atual de remuneração (*fee-for-service*). Os relatos são de atendimentos a vários pacientes por hora para compensar a baixa remuneração e solicitação de exames em excesso, seja por não dedicar tempo a uma análise clínica aprofundada do paciente, seja por falta de segurança, ou ainda numa tentativa de se proteger de um eventual processo judicial. Esta forma como são contratados desestimula-os a desenvolver dedicação à instituição; eles são executores, e não gestores de saúde preocupados com todo o ciclo de tratamento dispensado aos pacientes.

Para complicar mais um pouco, a classe médica tradicionalmente não está acostumada a ser avaliada. Um serviço tão nobre e tão individualizado é difícil de ser estandardizado. Mas, esse caminho parece ser sem volta, então há uma necessidade de que isso ocorra de maneira clara, transparente, onde eles discutam abertamente os indicadores de desempenho e entendam a forma como serão avaliados, talvez assim, essa realidade se modifique.

### **Cultura organizacional**

Outra variável importante neste cenário são os hospitais. Estes hoje, na sua maioria em nosso país, também são remunerados no modelo por procedimento.” Então, quando um paciente adentra o hospital, é como se a instituição recebesse um cheque em branco”. A utilização de órteses e próteses, dietas industriais, antibióticos de última geração, são a principal parte da margem lucrativa. Quanto mais antibiótico se utilize, ou mais materiais



tenham em uma cirurgia, mais lucrativo é o paciente. É dessa forma que os hospitais hoje sobrevivem, através dessas margens de comercialização desses produtos, que são tabelados de forma oficial, em detrimento de valores de diárias hospitalares muito baixas.

É necessário, portanto, que os hospitais também tenham interesse na mudança. Como não há dinheiro novo, muito pelo contrário, há escassez de recursos, impera-se encontrar uma fórmula entre as fontes pagadoras e receptoras para se adequar essa questão.

## **MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA**

A contratação ou vinculação de médicos às unidades hospitalares, na prática, se dá das mais variadas formas. Desde médicos assalariados à autônomos prestadores de serviço eventuais ou não, sob contratos pontuais ou de exclusividade, seja por pessoa física ou jurídica.

Da integração vertical - a condição de pessoa física empregada assalariada pelo hospital em contratos de tempo indeterminado - à condição de autônomo prestador eventual de serviços, sob contratos pontuais, passando por formas intermediárias, mais ou menos “frouxas”, de vinculação dos médicos como pessoas físicas ou jurídicas, sob contratos mais ou menos longos, com ou sem exclusividade, os arranjos de integração médico-hospital possíveis são múltiplos. [11]

Na remuneração por Resultado os ganhos variam segundo o tipo, quantidade e qualidade dos serviços realizados. Já no sistema de Remuneração por Tempo o ganho é em função do tempo em que o trabalhador está à disposição de seu empregador, sem haver relação entre remuneração e produção.

### **Salário (contratação por tempo)**

É um sistema encontrado predominantemente no SUS e em alguns modelos de Medicina de grupo. Basicamente combina-se um valor fixo por mês, e em troca o profissional oferece um determinado número de horas trabalho.

Como desvantagem, apresenta um evento nocivo, pois a remuneração é a mesma, trabalhe muito ou pouco, ocorre um fenômeno chamado de armadilha da eficiência, onde o profissional mais resolutivo é premiado com mais serviço [9]. Não há estímulo à qualidade.

Outro fator negativo é a possível discordância de quanto é oferecido ao profissional e quanto ele imagina que seja o valor justo que ele deveria receber. Se esse valor antes de começar o primeiro dia de trabalho já for destoante, a chance de o profissional não realizar um atendimento compatível com o melhor que ele poderia oferecer é grande.

A falta de reajuste de acordo com o mercado, também é visto como problema. Pois, esse reajuste pode depender de políticas públicas, no caso de um emprego público, ou da política de cargos salários do empregador. Caso esse reajuste também se torne impactante

ao longo do tempo a satisfação com o trabalho diminui e conseqüentemente o serviço prestado é impactado de forma negativa.

### Pagamento por serviço (fee-for-service)

Este modelo foi criado nos Estados Unidos na década de 1930, e se caracteriza pela “conta aberta”. O *fee-for-service*, ou pagamento por serviços, rege mais de 90% dos contratos entre planos de saúde e provedores de atendimento no Brasil, como hospitais, clínicas, laboratórios e médicos. A remuneração ocorre por produção, ou seja, quanto mais se produz, mais se ganha. Cada procedimento realizado é remunerado. E pode trazer conseqüências que não afetam apenas as finanças das operadoras, mas também a saúde dos pacientes.

A principal crítica ao modelo é a sua potencialidade para gerar um estímulo à sobreprestação de serviços. Um dos pontos negativos mais fortes está no não incentivo à qualidade, pois a produção que é estimulada. Por exemplo, como sua remuneração depende da quantidade de procedimentos e materiais utilizados, os hospitais não são estimulados a buscar a eficiência no tratamento de um paciente, pelo contrário, esse mecanismo pode acabar induzindo a estadia prolongada de internações e a adoção de medicamentos e exames muitas vezes desnecessários.

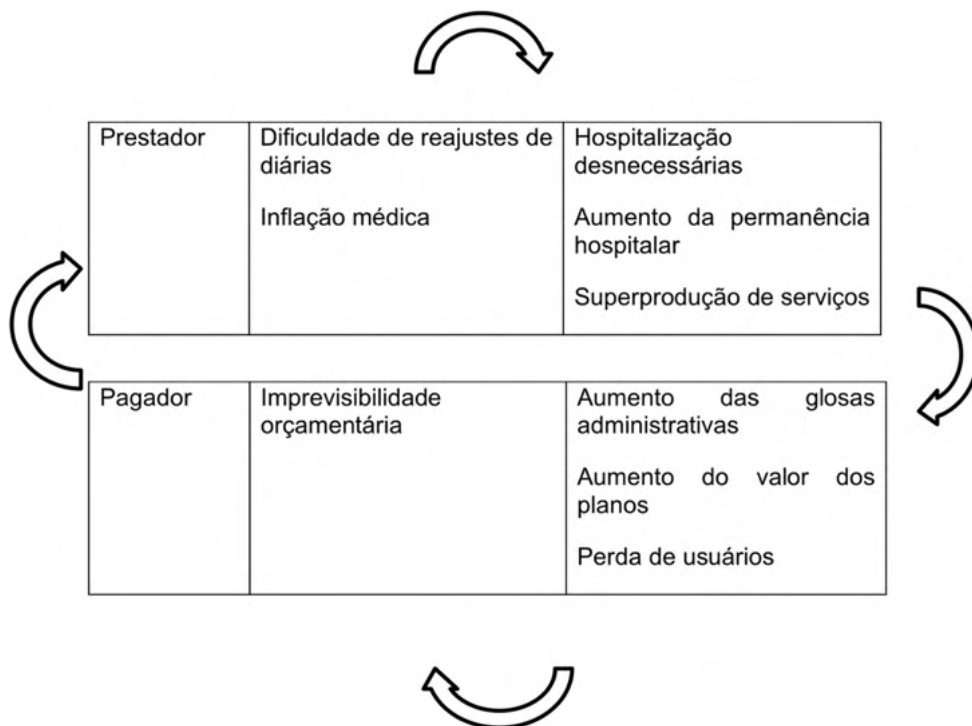


Figura 1: Ciclo vicioso do modelo *fee-for-service*.

Fonte: [12]

## **Pagamento por Capitação (Capitation)**

Neste modelo, o profissional recebe um valor fixo por paciente, ou usuário, para prover serviços de saúde por um período de tempo. O objetivo desse modelo é o motivar os prestadores a controlar os custos e realizar serviços custo-efetivos. Começa a se dividir os riscos do tratamento, do ponto de vista financeiro, com o profissional.

Segundo alguns autores aumenta-se o risco para subtratamento e seleção de casos pois os médicos podem não trabalhar de forma adequada, ou evitar pacientes complexos, como se fosse criado incentivos para prestar o mínimo de cuidado possível [13].

## **Pagamento por Pacotes, bundles ou DRG (Diagnosis related group)**

Nestas modalidades, ocorre um pagamento fixo seja para um determinado procedimento (pacotes) seja para um internamento clínico de determinada patologia (DRG). Todos os eventos ocorridos durante o procedimento ou o internamento estão contemplados no valor inicial. Deixa de existir o “cheque em branco”.

Para o DRG funcionar é necessário um tempo de estudo dos pacientes de determinado hospital ou convênio, para que se possa criar os parâmetros comparativos para se compor o valor.

O DRG cria fortes incentivos para a eficiência hospitalar, mas precisa ser combinado com medidas de desfecho de cuidados para garantir que as economias de custos não comprometam.

## **Pagamento por performance (pay for performance, P4P): Pagamento baseado em valor**

Conceitualmente, o valor pode ser determinado como a relação entre os resultados obtidos pelos clientes que adquirem os produtos e serviços e os custos econômicos da entrega que realmente importam ao paciente, ou seja, melhores desfechos, evitando-se desperdícios e considerando-se todo o ciclo de cuidado.

De acordo com Abicalaffe [9], esse modelo permite repensar a lógica da remuneração, pois paga por resultado ao invés de volume e complexidade. Tem o propósito estimular os médicos a oferecerem um cuidado diferenciado a seus pacientes. A ideia é que a saúde do indivíduo seja colocada na centralidade. Priorizar a qualidade em detrimento da quantidade. Busca transferir parte risco pelo impacto financeiro para o prestador e, ao mesmo tempo, aumentar a responsabilização pelo cuidado. Obrigatoriamente deve engajar o paciente no processo, pois a sua experiência deve ser um fator importante no processo de avaliação.

É necessária uma mudança cultural de como se tratar os pacientes. Os hospitais terão de reorganizar os padrões de assistência, avaliando, inclusive, desempenhos das equipes médicas.

Reforçando, neste modelo, a remuneração ocorre associada a um estímulo positivo. Deve ser um valor atribuído a critérios como produção global, divisão de sobras, participação

nos resultados, ou ainda a distribuição de um orçamento preestabelecido. Há um incentivo para os profissionais com os melhores indicadores/resultados.

Para sua implementação, é fundamental que os hospitais comecem a medir seus resultados. Sem que os hospitais estejam preparados para coletar e analisar seus resultados de maneira confiável, não é possível pensar em pagamento por *performance*, pois não se saberá se houve melhora ou não.

Com a coleta dos dados assistenciais, pode-se ainda permitir que haja a divulgação pública desses resultados, comparando os hospitais com as mesmas características, semelhante às iniciativas americanas do *Leapfrog Group* e do *Hospital Quality Alliance*. A publicação de tais dados já é considerada uma forma efetiva de busca por melhoria da qualidade assistencial.

Essa modalidade demonstra como os sistemas de saúde precisam de mudanças profundas, e suas ações visam oferecer uma saúde de ótima qualidade ao paciente com menores custos, melhores desfechos e menores riscos. Assim, necessitamos de lideranças de alto impacto, com ações conjuntas entre os diversos *stakeholders*, para transformar os modelos baseados em volume para modelos baseados em valor.

## REALIDADE DE OUTROS PAÍSES

### Estados Unidos

Os médicos são remunerados sob diversas formas, combinando-se métodos retrospectivos (*fee-for-service*) e prospectivos (capitação e assalariamento) em função de fatores de mercado, da especialidade e do ambiente de prática médica – prática isolada ou em grupo, em áreas de alta ou baixa concentração planos de cuidados administrados (*managed care*) etc.

O sistema de pagamento por serviço prestado (*fee-for-service*), contudo, é predominante embora hospitais públicos especializados, hospitais gerais de HMOs (*health maintenance organizations*), hospitais psiquiátricos e hospitais ligados à escolas médicas deterem com frequência corpos clínicos “fechados” com assalariamento dos médicos.

Tradicionalmente a norma praticada nos hospitais gerais dos USA era a de deterem corpo clínico “aberto” de médicos remunerados por serviços prestados (*fee-for-service*). Entretanto, a partir de meados dos anos noventa vem se observando uma tendência crescente de contratualização formal de hospitais com médicos e grupos médicos em resposta ao crescimento do sistema de cuidados administrados e às políticas de contenção de gastos. Na virada do milênio cerca de 66% dos hospitais americanos possuíam contratos de longo termo com um ou mais grupos médicos, mais que o dobro do existente em inícios dos anos 90. [4]

O Medicare é um programa federal de seguro de saúde, criado em 1966, que provê seguro médico para cerca de 44 milhões de pessoas (dados de 2007). O orçamento global

para o programa estimado para 2007 foi da ordem de 427 bilhões de dólares. [14] [11]

A remuneração de serviços médicos no MEDICARE corresponde ao pagamento de consultas, procedimentos cirúrgicos e outros serviços de propedêuticos e terapêuticos levados a cabo por médicos em seus consultórios, em hospitais, ambulatorios, serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, domicílios, entre outros arranjos de prática. O Medicare remunera os médicos baseado numa lista de serviços prestados e o pagamento é baseado numa espécie de “tabela de honorários médicos”, chamada *physician fee schedule* (PFS), uma escala de valores relativos que precifica os serviços com base no uso de recursos. [11]

Três componentes dos serviços médicos são levados em conta na determinação do custo unitário de cada serviço: a quantidade de trabalho médico requerida; as despesas relacionadas com a manutenção dos locais de prática, equipamentos, insumos e encargos com a prática médica, inclusive o emprego de pessoal auxiliar e administrativo; e os custos dos seguros de erro profissional.

Devido a piora da crise econômica cresceram as pressões para reformas mais efetivas no sistema de pagamento dos médicos que, além de promoverem objetivos de eficiência e qualidade dos gastos promovam incentivos para a melhoria da qualidade, da coordenação de atividades e do uso mais razoável de recursos. [4]

## **Inglaterra**

O Reino Unido foi onde ocorreu a maior reforma de todos os sistemas, com intervenções mais generalizadas e um amplo painel de indicadores. Estes indicadores servem para medir os resultados e interferem na remuneração. [11]

Do ponto de vista mais geral do financiamento, o sistema se sustenta num sistema tributário baseado em impostos progressivos. Esta “regra de ouro” vem sendo mantida a despeito das inúmeras reformas e crises do sistema e apesar das profundas mudanças de cunho privatizante e do programa de desregulamentação geral da economia levados a cabo pelo governo inglês, sobretudo durante a década de 1980. [11]

Com relação aos médicos, estes trabalham tradicionalmente de duas formas fundamentais: um sistema de atenção primária, no qual os médicos generalistas (*General Practitioners – GPs*) detêm predominantemente contratos independentes (não-assalariados) e são remunerados por capitação e um sistema de atenção secundária, no qual os médicos são contratados para trabalharem como especialistas hospitalares (*hospital consultants*) e são remunerados por salários. Todos os médicos consultantes, independentemente do tipo de contrato, estão vinculados a planos de cargos que consideram, na remuneração final, suas atividades clínicas e não clínicas. O pagamento ou remuneração final leva em conta cinco componentes: salário básico; atividades programadas adicionais; prêmio de excelência clínica/pontos discricionários/prêmios de distinção; suplementos de pronto-pagamento e outras despesas. [4]

## América Latina

A realidade da América latina é pouco encontrada na literatura. Existe uma carência de dados, informação e estudos sobre o tema, que revele, não somente quais as formas de remuneração praticadas, pelas organizações provedoras de serviços de saúde, mas também, que explicita as interrelações entre as formas de pagamento e eventuais mudanças da prática médica [15] [16]. Isso se interpreta como um sintoma de pouca importância dada ao tema nos sistemas de saúde destes países [16]. De forma geral e resumida, a remuneração ocorre através de honorários (setor privado) e salário (setor público e privado).

Na Argentina vem acontecendo uma mudança na forma *fee-for-service* para o *capitation*, principalmente no setor privado, devido ao custo elevado associado ao modelo anterior. No Chile e Colômbia, a mudança tende a ser para o DRG, ou seja, pagamento por diagnóstico. [16]

## REALIDADE BRASILEIRA

No Brasil, como visto em outros países da América Latina, a remuneração médica se faz de formas diferentes no setor público (Sistema Único de Saúde - SUS) e no setor privado.

Como regra geral, a variedade de formas de vínculo costuma ter maior amplitude nas organizações privadas, restringindo-se progressivamente nas organizações públicas, na medida da maior proximidade da organização o Estado e conseqüente submissão à legislação constitucional mais rígida [11].

No SUS, encontramos o assalariamento dos profissionais ou ainda modelos mistos de remuneração como pacotes, pagamento pelo valor médio definido por procedimento (AIH) em 1982, como alternativa ao modelo de remuneração item a item. E mais recentemente, critérios de qualidade associado [1].

No setor privado, costumamos encontrar formas de vinculação bastante peculiares com relação às demais profissões de saúde e para a maior parte das especialidades profissionais médicas, predominam as formas de vínculo não-assalariado, na qual o mais comum é o *fee-for-service*, ou seja, a remuneração por procedimento. Além desta encontramos também *capitation*, e, mais recentemente, a remuneração por pacotes. Como exemplos, na Bahia está em vigor há alguns anos no Planserv (Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais), que tem mais de 500.000 beneficiários, o sistema de pagamento por pacotes para as especialidades cirúrgicas. Nas cooperativas de trabalho médico, como as Unimeds, onde os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviço, encontramos embrionariamente método do *pay for performance* [1].

Na Unimed Belo Horizonte (BH) se definiu como forma de pagamento o modelo misto de *capitation* associado ao por pagamento por performance.

Encontramos na única referência nacional uma metodologia diferente da

encontrada na literatura internacional, adaptada à realidade brasileira, permitindo talvez maior facilidade de operação. Nesse caso, os incentivos foram voltados para os hospitais que buscaram melhorar sua qualidade, por meio da adoção da metodologia proposta pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Nessa fase do programa proposto pela UNIMED-BH, não houve definição de medidas de desempenho ou resultado assistencial. A *performance* medida foi conseguir ou não o selo de acreditação nos níveis propostos pela ONA: 1, 2 ou 3.

País	Modalidade de Remuneração médica	Modelos de incentivos ao desempenho.
Espanha	Assalariado	Incentivo à dedicação exclusiva ao serviço público.
Inglaterra	Atenção primária: captação Especialista: salário e <i>fee-for-service</i> .	Metas de qualidade e de resultado traduzidas em pagamento.
França	<i>Fee-for-service</i> . Em hospitais públicos os especialistas são assalariados.	Não
Estados Unidos	Misto	Sim. Pagamento por performance / valor
Brasil	<i>Fee-for-service</i> no setor privado Assalariado no setor público.	Variável, não há uma política do sistema público e no sistema privado varia conforme cada operadora de plano de saúde.
Argentina	<i>Fee-for-service</i> , com migração para Captation no setor privado Assalariado no setor público.	Não

Tabela 1: Resumo de Modalidades de Remuneração Médica em alguns países.

Fonte: [12].

## No estado da Bahia

Em pesquisa transversal, utilizando um questionário criado para coleta de dados de médicos, gestores de operadora de saúde e diretores de hospital, a fim de esmiuçar o pensamento de cada um e tentar responder a indagação sobre a busca de um modelo sustentável de remuneração médica [12]. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Brasil sob número 4.062.316.

Para comparar se existia diferença no que pensam médicos, diretores de hospitais e gestores de planos de saúde quanto a probabilidade de mudança do modo de remuneração (Figura 2), relação entre a remuneração e a qualidade de serviço prestado (Figura 3) e a satisfação do modelo pagamento *fee-for-service* (Figura 4) foi realizado um teste de hipótese para detectar se existia diferença nas medianas de scores em cada caso. A Figura 2 mostra que as medianas de médicos e diretores de hospitais encontra-se com *score* 7 enquanto as gestoras de plano de saúde possuem uma mediana ligeiramente superior,

com valor 8. É possível perceber também que os médicos se apresentam mais divididos quanto a probabilidade de mudança do modo de remuneração. Entretanto, não foi possível verificar diferença estatística significativamente entre os grupos ( $p=0,27$ ).

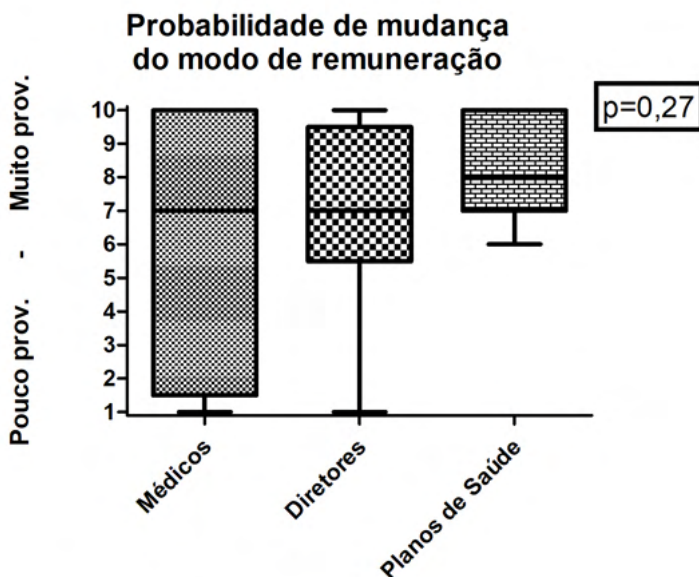


Figura 2: Opinião dos grupos sobre probabilidade na mudança eminente do sistema de remuneração médica. Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos avaliados  $p>0,05$ .

Fonte: [12].

A Figura 3 mostra que as medianas de médicos, diretores de hospitais e gestores de planos de saúde decrescem em 10, 9 e 8 respectivamente. Apesar do número absoluto evidenciar que os médicos que acreditam haver maior relação entre remuneração e qualidade de serviço, não demonstrou ter diferença estatística significativamente entre os grupos ( $p=0,23$ ).



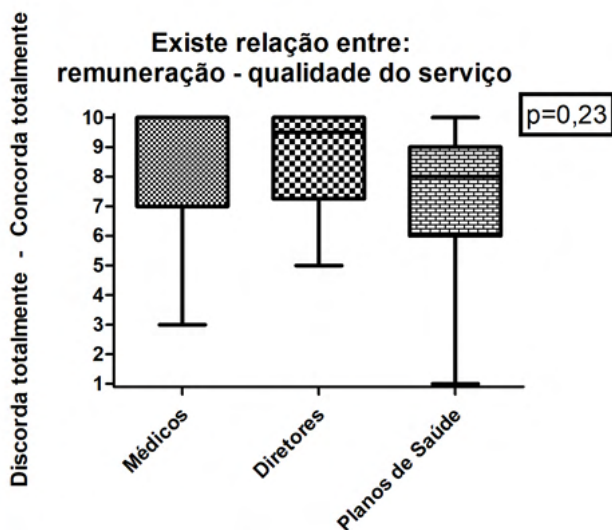


Figura 3: Opinião dos grupos sobre relação entre qualidade de serviço e remuneração médica. Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos avaliados  $p>0,05$ .

Fonte: [12].

A Figura 4 mostra que em números absolutos são os diretores os mais insatisfeitos pelo modelo de pagamento por serviço, seguidos pelos médicos e gestores de planos de saúde, porém mais uma vez não houve diferença estatística ( $p=0,26$ ).

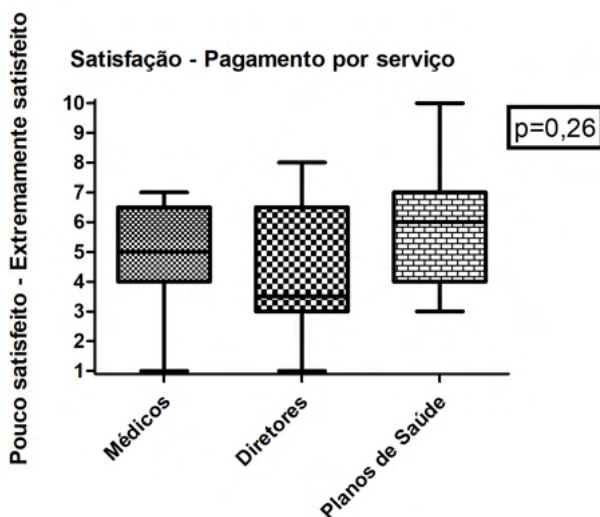


Figura 4: Satisfação dos grupos com a modalidade de pagamento por serviço. Não foi encontrada diferença estatística entre os grupos avaliados  $p>0,05$ .

## DISCUSSÃO DAS MODALIDADES DE REMUNERAÇÃO MÉDICA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Encontramos uma variedade ampla de formas de pagamentos ao médico ao estudar esse tema. Elas variam desde o salário como nas outras profissões, onde o profissional recebe por hora, passando por outras modalidades onde o profissional médico é também gestor da conta do seu recebimento (*captation*, pacotes, DRG) até o modelo mais comum onde o pagamento é feito por cada procedimento realizado (*fee-for-service*). Esses modelos onde o médico tem “risco no negócio” como citado acima, surgiram como forma de controle para o modelo *fee-for-service*. O objetivo é controlar o custo fazendo com que o profissional avalie melhor suas indicações ou seu envolvimento com o tratamento pois isso influenciará na sua remuneração.

Apesar da ampla maioria de aplicabilidade do modelo baseado em procedimento, ou *fee-for-service*, as críticas ao mesmo acontecem na mesma proporção. O que se observa em nossos resultados é que todos os atores envolvidos estão insatisfeitos, dispostos a mudar, porém essa mudança é complexa e influenciará todo o sistema de saúde.

No nosso país as mudanças são pontuais, tímidas e bem específicas. Encontramos operadoras de saúde tentando se reinventar como a Unimed de Belo Horizonte [17]. Novos modelos de negócio como a HapVida [18], e Hospitais com modelos de gerenciamento do corpo clínico onde a remuneração diferenciada faz parte do processo de fidelização.

Na literatura [19] [5] [20], observa-se uma tendência de mudança em outros países, mais fortemente na Inglaterra, onde a reforma foi mais ampla e há um plano de cargos e salários onde não só a atividade médica fim, é levada em consideração na composição da renda. E nos Estados Unidos [19], onde há uma forte pressão para que a qualidade dos serviços prestados bem como a satisfação do usuário seja levada em conta na remuneração, que são alicerces para o pagamento por *performance* [5]. Apesar de na nossa amostragem inicial, a maioria dos 3 grupos pensar que o pagamento por *performance* é o mais sustentável, alguns estudos norte-americanos retrospectivos não mostraram diminuição de custos [21] [22]. Essa crítica é utilizada por alguns para a não mudança. Porém apesar desses relatos, há tendência de mudança para esse modelo é mundial [19] [5] [20].

Falar de cifras, remuneração, modelos de pagamento na saúde, não se trata apenas de economia ou economizar ou ganhar mais, mas sim de se empregar melhor o recurso. Fazer mais com o mesmo valor, oferecer um serviço melhor para a população, onde todos estejam satisfeitos. O modelo que mais se encontra, estimula o gasto, sem ter nenhuma relação com a qualidade do serviço prestado, não havendo uma mensuração de satisfação, mensuração oficial de resultados por exemplo. Os pacientes não são ouvidos e não sabem quais médicos ou hospitais tem os melhores resultados.

Não será fácil a mudança de modelo, mesmo com a grande maioria pensando que

é necessário. Isso mexerá nas bases da saúde do país, onde todos estão acomodados e acostumados a esse *status quo*. Apesar de reclamarem e questionarem como funciona, não há nenhuma atitude proativa dos setores, com raras exceções. O que vemos são atitudes isoladas, no sentido de cada setor pensando isoladamente em como ganhar mais (médico), ou lucrar mais (hospital) ou gastar menos (convênio).

Na parte médica, ganha cada vez mais força, principalmente no estado da Bahia, a cobrança de honorários médicos via cooperativas de trabalho, onde ocorre uma coalisão de determinada especialidade, para cobrança direta dos valores contra o convênio ou até mesmo contra o paciente. A intenção é apenas pressionar por valores mais elevados, sem nenhuma outra proposta de agregar qualidade, pacotes, performance.

Na parte hospitalar, há uma questão histórica, que são os valores irrisórios de diárias praticadas, então a ideia é aumentar a lucratividade onde dá, que basicamente são nos materiais e medicamentos. Há um sobre preço de valores dos materiais e medicamentos, tudo autorizado através de uma tabela BRASINDICE/SIMPRO, onde produtos chegam a custar até 1000% mais caro que o valor de compra. Logo pro hospital quanto mais se utilizar, melhor. O dito “cheque em branco”, tratado no início desta dissertação. Muitos sem comprometimento com a qualidade, boa parte dos hospitais não fazem levantamento de dados assistenciais, não tratam esse tema tão importante que é a qualidade do serviço prestado.

A parte do convênio, ou melhor dizendo da fonte pagadora, é economizar. Estratégias como glosas, que são cortes financeiros das contas apresentadas, ou limitação de materiais que podem ser utilizadas são as mais comuns. A justiça e a ANS sempre fiscalizam e tentam impedir aberrações que podem prejudicar o paciente.

Como evidenciado por [12], a insatisfação é global como confirma a literatura [23] [3] [20]. Todos os entes estão insatisfeitos e acham que o modelo atual é insustentável. Os médicos e o hospital querem ganhar mais e a fonte pagadora gastar menos. E no meio disso tudo temos os pacientes. Uma reorganização se faz necessário.

O modelo de pagamento por performance, é apresentado pelos entrevistados como uma possível solução. Onde fatores como qualidade do serviço do médico, seja da consulta, da cirurgia, das taxas de complicações, infecção são levados em conta no momento da remuneração. O mesmo ocorre para o hospital. Logo, hospitais e médicos com melhores resultados são mais bem remunerados, diferente do que ocorre hoje. Como dito acima, não necessariamente haverá uma redução de custos a curto prazo, mas uma melhor utilização do dinheiro e a longo prazo, melhores resultados para todos os envolvidos, incluindo os pacientes.

Os resultados de [12] mostraram que o modelo de remuneração médica mais comum é o *fee-for-service* (por procedimento) que apesar de seu amplo emprego recebe críticas devido a sua insustentabilidade econômica. O pagamento por *performance* vem sendo tratado como uma opção sustentável a ser implementada para a remuneração médica,

levando a uma melhor aplicabilidade do recurso com relação com qualidade e meritocracia. Apesar do sentimento de mudança, não observamos na prática de larga escada pois ela não é simples de ocorrer, nem rápida de ser alcançada.

## REFERÊNCIAS

- [1] A. C. D. Takahashi, "Análise do modelo de remuneração hospitalar no mercado de saúde suplementar paulistano," *Dissertação (mestrado)*, 2011.
- [2] M. F. S. Andreazzi, "Formas de remuneração de serviços de saúde," 2003.
- [3] T. H. Lee e M. E. Porter, "The strategy that will fix healthcare," *Harvard Business Review*, 2013.
- [4] R. Milstein e J. A. Schreyoegg, "A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries," *HCHE Research Paper*, 2015.
- [5] R. A. Berenson e E. C. Rich, "US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care," *J Gen Intern Med*, vol. 25, nº 6, pp. 613-8, 2010.
- [6] K. Quinn, "The 8 basic payment methods in health care," *Annals of internal medicine*, vol. 163, nº n. 4, pp. 300-306, 2015.
- [7] C. S. Gomes, "Remuneração médica: uso de incentivos financeiros explícitos como indutor da mudança do cuidado na saúde suplementar," *Dissertação de Mestrado*, 2010.
- [8] A. Donabedian, "The quality of care: how can it be assessed?," *Archives of pathology & laboratory medicine*, vol. 121, nº 11, p. 1145, 1997.
- [9] C. L. Abicalaffe, "Pagamento por performance - o desafio de avaliar o desempenho em Saúde," *DOC Content*, nº 1a ed., p. 232, 2015.
- [10] R. O. Bessa, "Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro," *Dissertação de Mestrado*, 2011.
- [11] S. N. Girardi, C. L. Carvalho e L. G. Girardi, "Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais," *Organização Pan-Americana da Saúde, PWR-Brasil*, 2007.
- [12] E. E. Menezes Junior, "Modalidades de remuneração médica em ambiente hospitalar: na busca por um modelo sustentável," *Dissertação de Mestrado*, p. 77, 2020.
- [13] M. e. a. Chawla, "Paying the Physician: Review of different methods," *Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health*, pp. 1-24, 1997.
- [14] G. M. Hachbarth, "Options to improve Medicare's Payments to Physicians," *Testimony Prepared for the House Ways and Means Subcommittee on Health*, 10 05 2007.

- [15] M. L. Cherchiglia, "Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidências empíricas," *Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidências empíricas*, 2002.
- [16] B. Álvarez, L. Pellise e F. Lobo, "Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE," 2000.
- [17] Unimed, "Portal Unimed - Belo Horizonte," Unimed, 2020. [Online]. Available: <https://portal.unimedbh.com.br/>. [Acesso em 20 10 2020].
- [18] Hapvida, "Hapvida - Plano de Saúde," Hapvida, 2020. [Online]. Available: <https://www.hapvida.com.br/>. [Acesso em 20 10 2020].
- [19] S. T. Edwards, A. Bitton, J. Hong e B. E. Landon, "Patient-centered medical home initiatives expanded in 2009-13: providers, patients, and payment incentives increased," *Health Aff (Millwood)*, vol. 33, n° 10, pp. 1823-31, 2014.
- [20] C. S. Lesser, H. V. Fineberg e C. K. Cassel, "Physician payment reform: principles that should shape it," *Health Aff (Millwood)*, vol. 29, n° 5, pp. 948-52, 2010.
- [21] A. M. Ryan, S. Krinsky, K. A. Maurer e J. B. Dimick, "Changes in hospital quality associated with hospital value-based purchasing," *New England Journal of Medicine*, vol. 376, n° 24, pp. 2358-2366, 2017.
- [22] M. L. Barnett, A. Wilcock, M. J. McWilliams, A. M. Epstein, K. E. J. Maddox, J. Orav, D. C. Grabowski e A. Mehrotra, "Two-Year Evaluation of Mandatory Bundled Payments for Joint Replacement," *New England Journal of Medicine*, vol. 380, n° 3, pp. 252-262, 2019.
- [23] D. A. Conrad, D. Grembowski, S. E. Hernandez, B. Lau e M. Marcus-Smith, "Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: balancing collaboration and disruptive innovation," *Milbank Q*, vol. 92, n° 3, pp. 568-623, 2014.
- [24] M. B. Cunha, "A remuneração dos profissionais no Hospital Israelita Albert Einstein," *Revista Debates GVsaúde*, n° n. 4, pp. 30-34, 2007.
- [25] R. H. Sampieri, C. F. Collado e P. B. Lucio, *Metodologia de pesquisa*, São Paulo: McGraw Hill, 2006.
- [26] E. A. McGlynn, "Choosing and evaluating clinical performance measures," *The Joint Commission journal on quality improvement*, vol. 24, n° 9, pp. 470-479, 1998.

## SOBRE O ORGANIZADOR

**ELÓI MARTINS SENHORAS** - Professor associado e pesquisador do Departamento de Relações Internacionais (DRI), do Programa de Especialização em Segurança Pública e Cidadania (MJ/UFRR), do Programa de MBA em Gestão de Cooperativas (OCB-RR/UFRR), do Programa de Mestrado em Geografia (PPG-GEO), do Programa de Mestrado em Sociedade e Fronteiras (PPG-SOF), do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Amazônia (PPG-DRA) e do Programa de Mestrado em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação (PROFNIT) da Universidade Federal de Roraima (UFRR). Graduado em Economia. Graduado em Política. Especialista pós-graduado em Administração - Gestão e Estratégia de Empresas. Especialista pós-graduado em Gestão Pública. Mestre em Relações Internacionais. Mestre em Geografia - Geoeconomia e Geopolítica. Doutor em Ciências. *Post-Doc* em Ciências Jurídicas. *Visiting scholar* na Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na University of Texas at Austin, na Universidad de Buenos Aires, na Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México e na National Defense University. *Visiting researcher* na Escola de Administração Fazendária (ESAF), na Universidad de Belgrano (UB), na University of British Columbia e na University of California, Los Angeles. Professor do quadro de Elaboradores e Revisores do Banco Nacional de Itens (BNI) do Exame Nacional de Desempenho (ENADE) e avaliador do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASIS) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC). Professor orientador do Programa Agentes Locais de Inovação (ALI) do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE/RR) e pesquisador do Centro de Estudos em Geopolítica e Relações Internacionais (CENEGRI). Organizador das coleções de livros Relações Internacionais e Comunicação & Políticas Públicas pela Editora da Universidade Federal de Roraima (UFRR), bem como colunista do Jornal Roraima em Foco. Membro do conselho editorial da Atena Editora.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Ação social 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97

Ações afirmativas 196, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211

Administração 18, 19, 22, 27, 31, 75, 86, 98, 99, 100, 104, 130, 131, 145, 180, 200, 201, 202, 203, 204, 207, 228, 235, 236, 238, 249, 266

Adolescência 212, 213, 215, 221, 223, 224

Adolescente(s) 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224

Alunos com deficiência 226, 228, 229, 232, 234

Ambiente organizacional 17, 18, 21, 22, 25, 26, 27

### B

Bacia de Campos 134, 138, 139, 141

Brasil 20, 21, 27, 28, 31, 34, 36, 37, 39, 41, 42, 76, 77, 79, 83, 84, 86, 88, 90, 94, 101, 102, 103, 104, 130, 131, 146, 147, 149, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 172, 176, 194, 197, 198, 199, 200, 203, 209, 210, 211, 213, 216, 218, 219, 220, 223, 224, 227, 234, 238, 247, 249, 250, 254, 258, 259, 264

### C

CODEM 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98

Conhecimento 19, 20, 21, 79, 112, 148, 150, 151, 162, 163, 164, 165, 169, 201, 230, 240, 243, 245, 252

Consultoria 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 103, 169

Cooperativas 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 137, 258, 263, 266

Custos 134, 135, 215, 236, 238, 239, 240, 241, 243, 246, 247, 249, 250, 251, 255, 256, 257, 262, 263

### D

Desenvolvimento 1, 17, 20, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 75, 77, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 104, 107, 113, 133, 134, 136, 137, 138, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 154, 155, 159, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 197, 201, 207, 209, 213, 215, 228, 230, 233, 234, 239, 241, 247, 266

Desigualdade social 196, 197, 198, 208, 209, 210

### E

Educação empreendedora 163

Empreendedorismo 152, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169

Empresa de *facilities* 226, 230, 231, 234

Empresa Júnior 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170

Ensino 134, 149, 164, 165, 169, 180, 200, 205, 207, 208, 209, 218, 219, 220, 223, 224, 226, 228, 229, 232, 233

Escola 197, 201, 204, 205, 207, 209, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 231, 232, 233, 266

## **F**

Fronteira 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 98, 131

Fundo público 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42

## **G**

Gestão 19, 21, 22, 27, 43, 89, 96, 100, 101, 104, 134, 136, 137, 163, 165, 169, 170, 180, 201, 204, 208, 226, 229, 231, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 266

## **H**

Hospital 236, 237, 240, 241, 244, 246, 247, 248, 249, 250, 252, 253, 255, 256, 257, 259, 263, 265

## **I**

IBOVESPA 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86

Inclusão social 162, 197, 199, 226, 229, 234

Inovação 95, 96, 148, 150, 151, 152, 155, 159, 166, 180, 226, 229, 266

## **L**

Local 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 89, 94, 99, 113, 120, 134, 137, 138, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 162, 179, 184, 185, 202, 203, 204, 208, 226, 227, 249

## **M**

Médico 190, 203, 250, 251, 252, 253, 256, 257, 258, 262, 263, 264

MEI 148, 149, 150, 153, 158, 160, 161, 162

Mercado 18, 19, 20, 22, 25, 29, 32, 46, 48, 49, 57, 68, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 86, 89, 148, 149, 155, 156, 165, 166, 167, 168, 169, 197, 210, 227, 250, 253, 256, 264

Minas Gerais 42, 134, 212, 213, 214, 216, 218, 219, 220, 222, 226, 228, 229

Motivação 17, 18, 23, 24, 25, 26, 89, 160, 227

Municípios 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 88, 97, 100, 101, 102, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 128, 130, 134, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146



## N

Norte Fluminense 134, 138, 139, 140, 141, 145, 147

## O

Operação Lava Jato 75, 76, 78, 79, 82, 83

Orçamento 31, 32, 104, 109, 135, 143, 145, 146, 250, 256

Organização 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 33, 34, 102, 103, 138, 150, 151, 152, 154, 206, 212, 220, 238, 246, 251, 258, 259, 264

## P

Paciente 236, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 263

Pagamento 79, 103, 106, 139, 140, 144, 145, 249, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 265

Paraná 89

Petróleo 78, 134, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 146, 147

Políticas públicas 31, 33, 40, 41, 88, 95, 97, 98, 104, 134, 135, 136, 138, 146, 147, 150, 154, 180, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 209, 210, 211, 214, 222, 228, 229, 253, 266

Políticas sociais 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 134, 135, 139

Processos 17, 18, 19, 21, 22, 23, 26, 29, 31, 35, 89, 112, 155, 156, 162, 169, 198, 204, 205, 209, 212, 213, 236, 240, 242, 243, 247, 251

## Q

Qualidade 22, 25, 32, 45, 87, 88, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 114, 137, 151, 165, 167, 204, 207, 212, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264

## R

Rastreabilidade 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248

Rede 78, 148, 150, 152, 154, 156, 157, 158, 159, 162, 166, 169, 197, 200, 210, 216, 226, 228, 229, 231, 233

Remuneração 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265

Rendas petrolíferas 135, 141, 142, 143, 144, 145, 146

Rio Grande do Sul 28, 29, 30, 34, 41, 42, 75, 131

*Royalties* 57, 134, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 146

## S

Saúde 28, 29, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 78, 83, 86, 88, 92, 95, 101, 102, 103, 105, 110, 113,

116, 127, 131, 132, 133, 144, 197, 213, 214, 220, 222, 223, 224, 228, 231, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265

Sociedade 1, 29, 31, 33, 41, 42, 44, 76, 87, 88, 89, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 104, 108, 131, 136, 137, 148, 150, 164, 165, 166, 169, 198, 200, 209, 210, 222, 227, 228, 229, 234, 266

## **T**

Taxa de câmbio 75

## **U**

Universidade 17, 28, 75, 86, 87, 99, 130, 134, 164, 169, 196, 210, 211, 212, 216, 223, 224, 226, 249, 259, 266

## **V**

Violência 134, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224

# AD MI NIS TRA ÇÃO:

# 2

Estudos organizacionais e sociedade

🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

📷 @atenaeditora

📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Atena  
Editora  
Ano 2021

# ADMINISTRAÇÃO:

2

**Estudos organizacionais e sociedade**

🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

📷 @atenaeditora

📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Atena  
Editora  
Ano 2021