

# Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade

List of patients: reflections for the practice of family and community medicine

*Lista de pacientes: reflexiones para la práctica de la medicina familiar y comunitaria*

Armando Henrique Norman<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC.

## Resumo

Este artigo discute o tema da lista de pacientes como modelo de vinculação da população às equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** evidenciar as características da lista de pacientes enquanto modelo de pagamento. **Método:** ensaio teórico sobre modelos de pagamento que analisa o piloto de lista de pacientes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis-SC. Para fundamentar os princípios da lista de pacientes apresenta-se sua aplicação em dois contextos diferentes: (a) em sistemas fechados de saúde, como nas *Health Maintenance Organizations (HMO)* nos Estados Unidos; e (b) em sistemas universais de saúde, utilizando o sistema de saúde britânico como modelo. **Discussão:** o projeto piloto de lista de pacientes da SMS/Florianópolis enfrenta dois problemas estruturais: (a) o sistema de saúde universal que caracteriza a APS brasileira; e (b) o modelo de pagamento salarial. Esses dois componentes impõem o desafio de se estabelecer um teto real para as listas de pacientes. Sem um limite no número de pacientes não é possível adequar a carga de trabalho dos profissionais de saúde. Adicionalmente, uma lista de pacientes construída com base na utilização repetida e no atendimento de casos agudos não fidelizados tende a aumentar a carga de trabalho dos profissionais com o passar do tempo. Entretanto, a proposta da lista de pacientes confere maior visibilidade da carga de trabalho para a gestão, facilitando o monitoramento da pressão assistencial e a redistribuição interna dos usuários entre as equipes de saúde da APS. Permite também justificar a expansão das equipes de ESF de acordo com dados mais fidedignos da realidade dos serviços e implementar programas de melhoria de qualidade. **Conclusão:** a implantação da modalidade de vinculação flexível em Florianópolis não traz impactos positivos diretos na carga de trabalho das equipes, mas talvez de forma indireta por meio de uma gestão inteligente da rede da APS.

**Palavras-chave:** Medicina de Família e Comunidade; Estratégia Saúde da Família; Mecanismo de Reembolso; Contratos; Carga de Trabalho.

### Autor correspondente:

Armando Henrique Norman.

E-mail: ahnorman@hotmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 10/01/2021.

Aprovado em: 25/03/2021..

**Como citar:** Norman AH. Lista de pacientes: reflexões para a prática da medicina de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2856. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2856](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2856)



## Abstract

This article discusses the theme of patient list as a model for registering the population to the Primary Health Care (PHC) teams. **Objective:** to highlight the characteristics of patient list as a payment model. **Method:** theoretical essay on payment models that analyses the pilot of patient list of the Municipal Health Secretariat (MHS) of Florianópolis. To support the principles of the patient list, its application is presented in two different contexts: (a) in closed health systems, as in the Health Maintenance Organizations (HMO) in the United States; and (b) in universal health systems, using the British health system as a model. **Discussion:** the Florianópolis MHS patient list pilot-project faces two structural problems: (a) the universal health system that characterises Brazilian PHC; and (b) the salary payment model. These two components pose the challenge of establishing a real cap for patient lists. Without a limit on the number of patients, it is not possible to adjust health professionals' workload. Additionally, a list of patients based on repeated use and on the care of out-of-list acute cases tend to increase the workload of professionals over time. Nonetheless, the proposed list of patients provides greater visibility of the workload facilitating both management and monitoring of care pressure and the internal redistribution of patients among the PHC health teams. It also makes it possible to justify the expansion of Family Health Strategy (FHS) teams according to more reliable data on the reality of services and to implement quality improvement programmes. **Conclusion:** the implementation of the flexible registering modality in Florianópolis does not have direct positive impacts on the workload of health teams, but perhaps it does indirectly through intelligent management of its PHC system.

**Keywords:** Family Practice; Family Health Strategy; Reimbursement Mechanisms; Contracts; Workload.

## Resumen

Este artículo analiza el tema de la lista de pacientes como modelo para vincular a la población con los equipos de Atención Primaria de Salud (APS). **Objetivo:** destacar las características de la lista de pacientes como modelo de pago. **Método:** ensayo teórico sobre modelos de pago que analiza el piloto de lista de pacientes de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) de Florianópolis. Para fundamentar los principios de la lista de pacientes, su aplicación se presenta en dos contextos diferentes: (a) en el sistema de salud cerrado, como en las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) en los Estados Unidos; y (b) en el sistema de salud universal, utilizando el sistema de salud británico como modelo. **Discusión:** el proyecto piloto de lista de pacientes de la SMS de Florianópolis enfrenta dos problemas estructurales: (a) el sistema de salud universal que caracteriza a la APS brasileña; y (b) el modelo de pago de salarios. Estos dos componentes plantean el desafío de establecer un límite real para las listas de pacientes. Sin límite en el número de pacientes, no es posible ajustar la carga de trabajo de los profesionales de la salud. Adicionalmente, una lista de pacientes basada en el uso repetido y el atendimento de casos de agudeza fuera de la lista tiende a incrementar la carga de trabajo de los profesionales con el tiempo. No obstante, la lista de pacientes propuesta proporciona una mayor visibilidad de la carga de trabajo facilitando tanto la gestión como el seguimiento de la presión asistencial y la redistribución interna de los pacientes entre los equipos de salud de la APS. También permite justificar la ampliación de los equipos de la Estrategia Salud de Familia (ESF) según datos más fiables sobre la realidad de los servicios e implementar programas de mejora de la calidad. **Conclusión:** la implementación de la modalidad de vinculación flexible en Florianópolis no tiene impactos positivos directos en la carga de trabajo de los equipos de salud, pero quizás sí de manera indirecta a través de la gestión inteligente de su sistema de APS.

**Palabras clave:** Medicina Familiar y Comunitaria; Estrategia de Salud Familiar; Mecanismo de Reembolso; Contratos; Carga de Trabajo.

## Introdução

A atenção primária à saúde (APS) se caracteriza por vários atributos: acesso (primeiro contato), longitudinalidade, coordenação e abrangência dos cuidados ofertados, orientação cultural, familiar e comunitária<sup>1</sup>. O acesso é o atributo fundamental, visto que se os pacientes não conseguem acesso aos serviços quando necessitam de assistência, os demais atributos se fragilizam. O acesso na APS também organiza a entrada para os outros níveis de atenção do sistema de saúde<sup>2</sup>. Para que esse acesso ocorra de forma efetiva, várias barreiras necessitam ser transpostas: geográficas, sociais, processos de trabalho (horário, tipo de agenda, etc.), econômicas, étnicas, de gênero, etc. Um ponto central na efetivação do acesso é a relação entre equipe de saúde e população coberta.<sup>3</sup> No Brasil, o mecanismo historicamente adotado pelo Ministério da Saúde (MS) foi estabelecer uma base territorial e uma população que varia de três a quatro mil pessoas/equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF). Para financiar esse modelo, o MS repassava aos municípios (fundo a fundo) recursos advindos de dois mecanismos: (a) capitação - denominado Piso de Atenção Básica (PAB) fixo; e (b) por resultado - implementação de cada equipe de ESF, também conhecido como PAB variável<sup>4</sup>. Nesse modelo, a unidade de contrato é o município, responsável por organizar sua rede de APS e empregar profissionais para prestarem os serviços de saúde. O modo de

contratação desses profissionais fica a cargo dos municípios. Em 2017, o MS, por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) modificou o modelo de financiamento. A nova proposta teve dois componentes: (a) pagamento por capitação ponderada, estimado a partir do número de pessoas cadastradas no centro de saúde; e (b) pagamento por desempenho, que substituiria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>5</sup>. Esse contexto tem impulsionado debates e tentativas de inovação dos processos de trabalho da APS em alguns municípios. Florianópolis, por exemplo, pretende mudar o modelo de vínculo populacional com base no território para um modelo de “lista de pacientes”.<sup>6</sup> A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sugere que “o credenciamento dos usuários (adscrição flexível) não [ocorra] mais exclusivamente por região de residência, mas também por escolha (podendo trocar duas vezes/ano, como no NHS inglês” - p.6)<sup>7</sup>. Este artigo discute o tema da lista de pacientes que está em processo de construção na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis-SC. Metodologicamente, se fundamenta a partir da análise dos princípios que alicerçam a lista de pacientes em dois contextos distintos: (a) nos sistemas fechados de saúde, tendo como protótipo a *Health Maintenance Organization* (HMO) nos Estados Unidos; e (b) nos sistemas de saúde universais, tendo como modelo o sistema de saúde Britânico. A proposta é discutir algumas peculiaridades dos modelos de pagamento, bem como as implicações para a ESF com base no que vem sendo desenvolvido em Florianópolis.

### Sistemas de saúde fechados

Mark Murray et al. (p.45)<sup>8</sup> afirmam que a construção de uma lista de pacientes é mais factível em sistemas “fechados”, como em algumas HMOs existentes nos Estados Unidos. Por meio de um sistema de informação robusto se pode empregar os dados de inscrição para vincular pacientes a provedores individuais, visto que as HMOs prestam serviços a determinados estratos populacionais. Os seguros de planos privados de saúde podem operar nesta mesma lógica de fidelização dos seus assegurados. Esse processo também é extensível para sistemas de saúde universais do tipo Bismarckianos, nos quais existem múltiplos provedores (diferentes organizações) e/ou contratualização público-privada para a prestação dos serviços<sup>8</sup>. Alguns desses provedores podem criar arranjos semelhantes às HMOs para seus assegurados, vinculando os pacientes a provedores individuais. O fato de ter uma população elegível facilita a criação de um painel (lista) de usuários formalmente vinculados aos médicos de família<sup>8</sup>. É nesse cenário de sistemas fechados que Murray et al.<sup>9</sup> discutem a importância da lista de pacientes:

Ter um painel [lista] de pacientes de um tamanho manejável promove cuidados de maior qualidade, permitindo que médicos atendam seus pacientes em tempo hábil, sem inevitavelmente transferi-los para outros provedores, o que pode reduzir a satisfação, aumentar custos, reduzir receitas e afetar negativamente o atendimento clínico. (p.29)

Claramente, a lista de pacientes para Murray et al.<sup>9</sup> tem relação com uma modalidade de pagamento, pois a transferência de pacientes para outro provedor implica em reduzir receitas. Mais adiante, reafirmam que “os melhores ambientes [de trabalho] não contam com salários fixos e permitem que os médicos escolham seu próprio tamanho de lista” (p.30). O contexto de salário fixo é desafiador porque as listas de pacientes precisam ter tamanhos equivalentes para que a carga de trabalho seja igualmente distribuída entre as equipes de saúde. Isso tem implicações para profissionais com estilo de consulta mais longo. Nesse caso, o risco é que a dimensão da lista passe a “ser um exercício subjetivo com base na preferência [no estilo de consulta do profissional], não com base na carga de trabalho equitativa” (p.30)<sup>9</sup>. Outro fator é

que a sazonalidade de casos agudos pode desequilibrar essa lista nos ambientes assalariados. Por outro lado, nos modelos de renda variável “os casos agudos representam aumento da carga de trabalho e se refletem em unidades de valor relativo mais alto por consulta” (p.31)<sup>9</sup>. Ou seja, relações de contrato em que o pagamento é por capitação favorecem maior flexibilização de modo a acomodar ganhos e estilos de clinica de cada profissional. Nesses cenários, em que somente os assegurados têm direito aos serviços de saúde, fica fácil fazer cálculos e prever variações por agudização e complexidade para determinar o tamanho da lista<sup>10</sup>. Assim, é possível estabelecer o tamanho da lista com base na retrospectiva do padrão de utilização dos usuários assegurados nos últimos 12 a 18 meses e mais algumas variáveis. Por exemplo, um médico que trabalha oito horas/dia e fornece 24 consultas/dia (consultas de 20 min.), durante 220 dias por ano, e tem em média duas e meia (2,5) consultas/paciente/ano, teria um tamanho ideal de lista de 2.112 pessoas<sup>10</sup>. Entretanto, Weber e Murray<sup>10</sup>, apontam a necessidade de computar atividades “não clínicas” na carga de trabalho dos médicos, e.g., ações burocráticas (atestados diversos), revisão de exames laboratoriais, renovação de receitas, comunicação assíncrona com pacientes (e-mail, Whatsapp), gestão de cuidados crônicos, etc. Se utilizar duas horas diárias de trabalho para essas atividades, a lista de pacientes passaria a ser de 1584 pessoas<sup>10</sup>.

Murray et al.,<sup>8</sup> ressaltam cinco razões para estabelecer uma lista de pacientes: (1) Melhora a satisfação dos usuários; (2) Define a carga de trabalho; (3) Prediz demandas adicionais geradas pelos pacientes (burocracias, exames, referência para nível secundário, vigilância em saúde, etc.); (4) Evidencia a performance da equipe de saúde; e (5) Auxilia na melhoria dos resultados. Uma lista adequada de carga de trabalho do médico visa garantir simultaneamente acesso e continuidade personalizada de cuidado.

## Sistemas Universais de Saúde

Historicamente, o *National Health Service* (NHS) inaugura o modelo universal de saúde, também conhecido como Beveridgiano, após a Segunda Guerra Mundial<sup>11</sup>. Alguns acontecimentos prévios ajudaram nesse processo: o *National Insurance Act* de 1911 e o Relatório Dawson de 1920. O primeiro concedia o direito aos trabalhadores britânicos de terem acesso a alguns serviços de saúde. O segundo estabeleceu o desenho organizativo do que viria a ser o NHS, cunhando pela primeira vez o termo atenção primária à saúde<sup>12</sup>. Também em 1911, o modelo de pagamento por capitação foi introduzido na medicina do Reino Unido por Lloyd George<sup>13</sup>. A capitação é um princípio de pagamento por pacientes registrados a um prestador específico, ancorado na unidade de tempo, i.e., número de consultas e período de funcionamento do serviço<sup>13</sup>. Na sua base está uma relação de demanda e oferta<sup>9</sup>. Desde seu início, portanto, a lista de pacientes reflete um mecanismo de pagamento. Na criação do NHS, o governo - para conseguir o apoio dos *General Practitioners* (GPs) - teve que manter seu *status* de contratantes independentes. Na disputa política em torno do NHS, a condição de contratantes independentes dos GPs e o modelo de capitação funcionaram como uma alavanca para expandir a cobertura populacional. Por meio de campanhas publicitárias o governo britânico lançou o *Choose Your Doctor Now!*<sup>12</sup>Essa campanha veiculada também na TV fez com que no nascimento do NHS 90% da população estivesse vinculada a um GP<sup>14</sup>.

Certamente não foi um início perfeito e as condições de trabalho não eram as melhores. O pico da insatisfação resultou em uma revisão do contrato em 1966. Esse contrato foi o que impulsionou os GPs enquanto especialidade no Reino Unido. Foi nessa data que se estabeleceu um ponto de corte máximo

de 2000 pessoas/GP, além de melhorias nas condições de trabalho<sup>14</sup>. Esse número provavelmente reflete o estudo de White et al.,<sup>15</sup> que observou que de uma coorte de 1000 pessoas, 250 demandaram por atendimento médico em um mês<sup>3</sup>. Isso significa que aproximadamente 500 pessoas em uma coorte de 2000 devem procurar por atendimento em um mês, algo por volta de 25 consultas/dia se considerarmos 20 dias úteis no mês. Esses números não espelham toda a carga de trabalho dos GPs, visto que exercem várias outras atividades por serem contratantes independentes. Ou seja, eles precisam administrar o próprio negócio, que envolve contratação de pessoal e o próprio gerenciamento da clínica. Provavelmente, esse é um dos fatores que contribuem para que as consultas tenham uma duração de aproximadamente 10 minutos no modelo britânico<sup>12</sup>.

O número de pacientes em uma lista por si só não expressa a carga de trabalho dos GPs. Fatores geográficos e sociais resultam em cargas de trabalho diferentes<sup>10</sup>. Ao longo do tempo, diversas fórmulas procuraram calibrar o valor atribuído a cada paciente no modelo de capitação britânico. Em 2004, passou a se utilizar a fórmula desenvolvida pelo professor Roy Carr-Hill da Universidade de York, que emprega um fator multiplicador (FM) dependendo de algumas variáveis: (a) idade e sexo (e.g., meninos abaixo de 4 anos têm um FM de 3.97; em idosos homens acima de 75 anos o FM é 5.18); (b) pessoas em casas de longa permanência (FM 1.4); e (c) alta rotatividade de pacientes (FM de 1.46 para novos inscritos)<sup>16</sup>. A fórmula de Carr-Hill também inclui outras variáveis como ruralidade, pessoas com necessidades especiais e custo de pessoal atribuído à força de mercado. É importante destacar que essas fórmulas procuram alocar maiores recursos financeiros de acordo com o perfil populacional, de modo a privilegiar quem mais precisa. No NHS, a média de pacientes nas listas dos GPs é de 1800 pessoas<sup>12</sup>. Cerca de 97% da população britânica está registrada com um GP. Geralmente, os pacientes se registram em uma clínica de sua escolha, em seu bairro e, comumente, toda a família se registra na mesma clínica. Uma vez cadastradas, o tempo médio de permanência na mesma clínica é de 12 anos<sup>16</sup>.

## Discussão

A modalidade de pagamento por salário tem sido a tradição da APS brasileira, que contrata médicos por 40 horas/semana. O tempo é a moeda de troca nesse modelo de pagamento<sup>17</sup>. Esse tipo de contrato se alicerça na ética profissional, visto que consultar mais ou menos pacientes, realizar este ou aquele procedimento não interfere no seu ganho. O ócio no local de trabalho é a forma comumente encontrada para aliviar a carga de trabalho<sup>18</sup>. Conseqüentemente, o problema da baixa produtividade costuma estar associado ao pagamento por salário<sup>19</sup>. A estabilidade no emprego, como no caso dos funcionários públicos, adiciona mais desafios a esse modelo. Pode ser mais difícil implementar mudanças no processo de trabalho, pois a função do profissional é tacitamente contratualizada. Não está amarrada a uma carteira de serviços que explicita o escopo da atividade do profissional. Isso pode gerar tensões entre gestores e servidores públicos.

Assim, a tendência mundial é combinar os principais tipos de modalidade de pagamento para compensar suas imperfeições: um componente principal (capitação) e componentes complementares, i.e. serviços adicionais (*fee-for-service*) e performance (resultado)<sup>12,20,21</sup>. Tanto Murray et al.<sup>8,9</sup> como Gusso et al.<sup>22</sup> sugerem introduzir um componente de pagamento por capitação nos modelos assalariados. Isso ajudaria a balizar a carga de trabalho de forma mais equitativa entre as equipes da ESF, visto que a capitação estaria vinculada à carga de trabalho. O profissional é responsável por cuidar de uma coorte de pessoas, o que está alinhado com a visão holística do médico de família. O médico opta por esse modelo porque dentro de sua lista de pacientes existem pessoas

que não irão consultar, mesmo assim, ele(a) recebe por elas. A contrapartida é que o profissional deve atender às necessidades em saúde das pessoas como um todo, sem cobrar cada procedimento em particular.

Na Inglaterra, o contrato explicita os serviços que os GPs devem ofertar<sup>16</sup>. A capitação também deixa claro quem é o responsável pelo cuidado dos pacientes. O vínculo é formalizado e tem implicações financeiras. Na elaboração da lista de pacientes há o risco dos profissionais desejarem selecionar um perfil de pacientes mais saudáveis para reduzir sua carga de trabalho, pois estes tendem a consultar menos<sup>18,19</sup>. Nos sistemas universais isso é mais difícil porque todos os cidadãos têm direito a serem assistidos. O profissional pode diminuir a carga de trabalho encaminhando mais pacientes à especialistas focais.<sup>18,20</sup> A criação da fórmula de alocação de recursos globais, ou fórmula de Carr-Hill, visa premiar os profissionais (sua carga de trabalho) com base no perfil de pacientes em sua lista<sup>23</sup>.

A lista de pacientes vinculada à capitação requer um sistema de informação integrado de controle e auditoria. O registro de um paciente em um centro de saúde deve informar ao contratante que ele não está vinculado a outro centro de saúde dentro da rede de atenção. Caso contrário, haverá duplicidade assistencial e/ou de pagamento. O sistema de informação deveria eliminar da lista pacientes “fantasmas”, aqueles que por qualquer motivo deixaram de utilizar os serviços do município.

O sistema de informação é fundamental para que se possa fazer vigilância em saúde. Permite também implementar programas de qualidade mais sofisticados<sup>17</sup>. Nem o atual modelo com base territorial, nem a lista de pacientes por si só garantem a vigilância em saúde. A informação acessível à dados confiáveis sobre a população coberta se faz necessária para que se possa planejar as ações de vigilância em saúde no território. A lista de pacientes e o sistema de vigilância em saúde não deveriam ser construídos em paralelo ao sistema de informação vinculado ao prontuário eletrônico do paciente. Isso produz um aumento do trabalho burocrático e exemplifica como os sistemas de informação ainda são precários.

É compreensível que profissionais de saúde que trabalham na ESF desejem estabelecer um limite à sua carga de trabalho, o que implica em redimensionar e calibrar o tamanho e perfil da população sob seus cuidados. Quando a população vinculada a cada equipe de ESF for desproporcionalmente alta ela induz a vários problemas: (a) maior tempo de espera por consulta; (b) criação de sistemas de triagem (“acolhimento”, protocolo de Manchester); (c) redundância e retrabalho; (d) aumento no tempo de consulta, porque profissionais de saúde e pacientes não estão familiarizados uns com os outros (prejuízo na longitudinalidade); (e) deslocamento de pacientes para outros pontos de atendimento, e.g., emergências e unidades de pronto-atendimento 24 horas; e (f) efeito deletério na saúde dos profissionais de saúde<sup>9</sup>.

Para responder a esses problemas, o projeto-piloto “Modelo de Vinculação Mista” de Florianópolis prevê a criação concomitante ao território de uma lista de pacientes com um limite entre 2.000 e 2.500 pessoas<sup>6</sup>. Essa lista é construída com base nos atendimentos produzidos por médico/enfermeiro da mesma equipe num período geralmente de dois anos. Pessoas que deixam de frequentar os serviços por um determinado período de tempo seriam originalmente “excluídas” da lista, pois se pretende “uma lista dinâmica, com entradas e saídas mensais de usuários”<sup>6</sup>. Na reunião ampliada do corpo técnico da SMS com o Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis se esclareceu que caso não existam mais vagas nas listas do centro de saúde do território de moradia do usuário - porque se atingiu o teto da relação equipe/número de pacientes - as pessoas poderão continuar sendo atendidas e vinculadas equitativamente entre as equipes de modo a distribuir a carga de trabalho<sup>24</sup>. A dimensão geográfica do acesso representada pela proximidade do serviço em relação ao domicílio do paciente passa a ser preservada no modelo. Isso representa um avanço em relação a proposta anterior,<sup>6</sup> que previa que os pacientes

teriam que se “deslocar” para outro centro de saúde fora do seu território, “caso não [existissem] mais vagas na lista da unidade do seu território de moradia”<sup>6</sup>. A proposta atual não mais apresenta um teto real ou limite no

**Tabela 1.** Pontos fortes no modelo de lista de pacientes de Florianópolis<sup>6,24</sup>.

<b>Vinculação</b>	Permite alguma liberdade de escolha para os usuários.
<b>Território dinâmico</b>	Resolve o problema das fronteiras entre as áreas de abrangência e suas artificialidades (melhora o acesso).
<b>Carga de trabalho</b>	Facilita o monitoramento da pressão assistencial e sua redistribuição interna.
<b>Perfil populacional</b>	Possibilita introduzir fator de correção para dimensionar o tamanho da lista (“Carr-Hill adaptado”).
<b>Indicadores de qualidade</b>	Permite avaliar os processos e resultados dos serviços em saúde.
<b>Visibilidade para a gestão</b>	Favorece a pressão sobre os gestores e políticos para ampliação das equipes e/ou centros de saúde.

número de pacientes na lista de cada equipe de ESF como na primeira versão<sup>24</sup>. A Tabela 1 apresenta os pontos fortes da proposta de lista de pacientes de Florianópolis.

O pioneirismo de Florianópolis encontra alguns desafios frente ao modelo da APS brasileira que se caracteriza como porta de entrada de um sistema de saúde universal<sup>11</sup>. A lista de pacientes é elaborada com base na utilização repetida por diferentes usuários da mesma equipe durante um período, geralmente, de dois anos. Originalmente, esse modelo deveria conter um processo de “exclusão” das pessoas que deixam de utilizar os serviços durante esse período de tempo. A tendência desse esquema seria um aumento da carga de trabalho porque a lista pode ficar “saturada” de pessoas demandantes dos serviços. Adicionalmente, os “atendimentos agudos de usuários do território continuariam sendo realizados pela equipe adstrita”<sup>6</sup>. Isso produz um sistema híbrido que não bloqueia o atendimento de casos agudos das pessoas não fidelizadas à lista do profissional. Florianópolis é um centro turístico com grande aumento sazonal de demanda de casos agudos em boa parte da sua rede de APS. Portanto, a lista com base na utilização repetida associada aos casos agudos não pertencentes ao profissional em questão, tende a aumentar a carga de trabalho das equipes. Como explicado por Murray et al.<sup>8,9</sup> nos sistemas de saúde fechados o profissional atende os casos agudos da sua lista. Quem não está coberto pela HMO não tem direito ao serviço. Isso não é o caso da APS brasileira em que todos os cidadãos têm direito a serem atendidos. A lista de pacientes de Florianópolis, caso “excluísse” os usuários porque deixaram de frequentar os serviços, feriria o princípio dos cuidados continuados (longitudinalidade), um dos pilares da APS. Como mencionado anteriormente, no

**Tabela 2.** Pontos a serem aprimorados na lista de pacientes de Florianópolis.

<b>Tamanho da lista</b>	Deveria ser em torno de 1500* pacientes visto que: (a) se baseia na utilização repetida; (b) necessita computar atividades não clínicas (reunião de equipe, atividades burocráticas, visitas domiciliares, entre outras); (c) padrão de alta rotatividade da população, que aumenta o tempo de consulta. <sup>8</sup>
<b>Falta de um teto</b>	Permite que os usuários sigam se vinculando às equipes, não estipulando uma carga máxima de trabalho real, ou seja, não tem função de reduzir a carga de trabalho.
<b>Território</b>	Falta de política assertiva de que o local de moradia deva ser ponto de referência para se vincular a um serviço.
<b>Carga de trabalho</b>	Tendência a aumentar por: (1) Selecionar ao longo do tempo pessoas que utilizam mais os serviços; (2) Critério de cálculo com base na utilização repetida e não com base populacional; e (3) Atendimento de casos agudos não fidelizados.
<b>Componente financeiro</b>	Ausência de componente monetário vinculado à lista de pacientes, de modo a criar um componente variável no ganho dos profissionais.
<b>Terceirização</b>	Pode favorecer outras formas de prestação de serviços médicos à população que extrapola o teto das listas.

\* As listas dos GPs no NHS são construídas com base populacional e não no padrão de utilização, vinculadas à modalidade de pagamento, por isso são um pouco maiores.

NHS os pacientes têm em média 12 anos de vínculo com a mesma equipe de APS. A Tabela 2 apresenta os desafios e aspectos a serem aprimorados na proposta de lista de pacientes de Florianópolis.

Para Murray et al.<sup>9</sup> esse processo de quebra de continuidade se assemelha mais ao modelo do especialista focal. Em vez de painel (lista) de pacientes os autores chamam de “*case/load*” (p.31), que poderia ser traduzido como “número de casos ou lista de casos”. Segundo Gérvas,<sup>18</sup> todos os modelos de pagamento têm um “ideal” para maximizar seu ganhos. Por exemplo, o assalariado reduz sua carga de trabalho produzindo menos, pois “não fazer nada é lucro”. No pagamento por capitação, quanto mais pessoas saudáveis, menor a carga de trabalho. No modelo de vinculação mista de Florianópolis, as pessoas quando melhorassem e deixassem de frequentar os serviços seriam “retiradas” da lista. Isso “penalizaria” os profissionais com aumento de carga de trabalho devido à seleção de pacientes mais frequentadores. Portanto, a lista de pacientes não deveria ter função de racionamento, de otimização de recursos humanos e/ou redirecionamento da população para centros de saúde não contíguos com baixa pressão assistencial. Isso seria uma distorção do modelo. Por último, a lista de pacientes de Florianópolis não tem relação com a forma de pagamento, pois não adiciona um componente variável por capitação aos ganhos dos profissionais.

## Conclusão

A iniciativa da SMS de Florianópolis em abrir novas possibilidades de vinculação populacional é bem vinda para o debate sobre a APS/ESF. O ponto forte é que oferece visibilidade à carga de trabalho dos profissionais auxiliando no redimensionamento da rede de APS. Entretanto, não se trata de um modelo novo, mas apenas de uma vinculação flexível que não responde ao problema da carga de trabalho das equipes. Não é possível estabelecer a carga de trabalho dos profissionais de saúde se não for constituído um teto real para as listas de pacientes. Portanto, a implantação da modalidade de vinculação flexível em Florianópolis não traz impactos positivos diretos na carga de trabalho das equipes, mas talvez de forma indireta por meio de uma gestão inteligente da rede da APS.

## Conflitos de Interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

## Agradecimentos

O autor gostaria de agradecer ao professor Charles Tesser pela leitura crítica do manuscrito e a Josane Norman pela revisão da versão final do texto.

## Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
2. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde e Soc*. 2015;24(1):165-179. doi:10.1590/S0104-12902015000100013 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
3. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Soc*. 2014;23(3):869-883. doi:10.1590/S0104-12902014000300011 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>
4. Sampaio, LFR. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. *Ital J Public Health*. 2010;7(4):359-368.

5. Giovanella L, Franco CM, de Almeida PF. National primary health care policy: Where are we headed to? *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(4):1475-1482. doi:10.1590/1413-81232020254.01842020 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
6. Rede APS. Lista de pacientes na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis. <https://redeaps.org.br/2019/07/08/lista-de-pacientes-na-atencao-primaria-a-saude-em-florianopolis/>. Published 2019. Accessed December 31, 2020.
7. ABRASCO. Fortalecer o SUS, em Defesa da Democracia e da Vida. <https://www.abrasco.org.br/site/publicacoes/fortalecer-o-sus-em-defesa-da-democracia-e-da-vida/53604/>. Published 2020. Accessed January 2, 2021.
8. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel Size: How Many Patients Can One Doctor Manage? *Fam Pract Manag*. 2007; 14:44-51. PMID: 17458336
9. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel Size: Answers to physicians' frequently asked questions. *Fam Pract Manag*. 2007;14(10):29-32. PMID: 18046954
10. Weber R, Murray M. The Right-Sized Patient Panel: A Practical Way to Make Adjustments for Acuity and Complexity. *Fam Pract Manag*. 2019; 26: 23-29. PMID: 31714049
11. Serapioni M, Tesser CD. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe5):44-57. doi:10.1590/0103-11042019s504 DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s504>
12. Norman AH. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2019;14(41):1945. doi:10.5712/rbmfc14(41)1945 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945)
13. Beale N. Unequal to the task: Deprivation, health and UK general practice at the millennium. *Br J Gen Pract*. 2001;51(467):478-480+483. PMID: 11407055
14. The King's Fund. Improving the quality of care in general practice. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/improving-quality-care-general-practice>. Published 2011. Accessed December 31, 2020.
15. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care 1961. *Bull New York Acad Med J Urban Heal*. 1996;73(1):187-204. doi:10.1056/nejm196111022651805 DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>
16. Simon C. Overview of the GP contract. *InnovAiT*. 2008;1(2):134-139. doi:10.1093/innovait/inn010 DOI: <https://doi.org/10.1093/innovait/inn010>
17. Norman AH, Russell AJ, Macnaughton J. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):55-67. PMID: 24627013 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149912>
18. Gêrvas J. Formas de pago a médicos generales/de familia - *Acta Sanitaria*. <https://www.actasanitaria.com/formas-de-pago-a-medicos-generales-de-familia/>. Published 2019. Accessed January 1, 2021.
19. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quaterly*. 2001;79(2):149-177. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00202>
20. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21(4):209-213. doi:10.1080/02813430310004155 PMID: 14695070 DOI: <https://doi.org/10.1080/02813430310004155>
21. L'Esperance V, Gravelle H, Schofield P, Ashworth M. Impact of primary care funding on patient satisfaction: a retrospective longitudinal study of English general practice, 2013–2016. *Br J Gen Pract*. 2020;71(702): doi:10.3399/bjgp21x714233 PMID: 33257459 DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp21X714233>
22. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG da, Junior NL, Neto PP. Bases para um Novo Sanitarismo. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015;10(36). doi:10.5712/rbmfc10(36)1056 DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1056](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1056)
23. BMA. Global sum allocation formula. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/funding-and-contracts/global-sum-allocation-formula>. Published 2020. Accessed December 31, 2020.
24. Conselho Municipal de Saúde. Reunião ampliada da câmara técnica - Lista de pacientes (2020-12-11 at 08:58 GMT-8) - Google Drive. [https://drive.google.com/file/d/1A\\_9WOKWNT7E7D2Sf9D3m\\_2py5qD3T3Gk/view](https://drive.google.com/file/d/1A_9WOKWNT7E7D2Sf9D3m_2py5qD3T3Gk/view). Published 2020. Accessed January 6, 2021.