

Indicadores de monitorização e desempenho nas unidades de saúde familiar e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável na saúde (ODS 3): uma análise comparada em Portugal no período de 2013-2018

Monitoring and performance indicators in family health units and the objectives of Sustainable Development Goals (SDG 3) in health: a comparative analysis in Portugal in the 2013-2018 period

Baltazar Ricardo Monteiro (<https://orcid.org/0000-0002-7752-1571>)¹

Abstract *The scale of transformation required to achieve all Sustainable Development Goals (SDGs) is considerable. The third SDG (SDG3) is explicitly health-related to ensure healthy lives and well-being for all, at all ages. Primary care (PHC), in this context, is the backbone of a health system that can improve people's health, reduce spending and inequalities. A robust system orientation towards PHC must be temporally stable since its reformulation. This analysis uses an instrumental case study. This type of case study provides the opportunity to learn about events. We analyzed and debated 13 indicators, comparing over time, the results obtained by the type of Portuguese health units: USF-A, USF-B, UCSP, UCSP-M. The results show some discrepancies when comparing USFs and UCSPs and may contribute to the deterioration of access inequalities. This is a problem related to clinical governance and not the health unit model. Empowering coordination and improving the effectiveness of middle management is crucial.*

Key words *Primary health care, Monitoring, Pay for performance, Portugal*

Resumo *É considerável a escala da transformação necessária para alcançar todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O terceiro ODS (ODS3), explicitamente, está relacionado com a saúde, visando assegurar vidas saudáveis e bem-estar para todos, em todas as idades. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), neste contexto, constituem a espinha dorsal de um sistema de saúde que pode melhorar a saúde das pessoas, reduzir a despesa e diminuir as desigualdades. Uma forte orientação do sistema para os CSP deve ser temporalmente estável, desde a sua reformulação. Esta análise utiliza o estudo de caso instrumental. Este tipo de estudo de caso oferece a oportunidade de aprender sobre os acontecimentos. Analisamos e debatemos 13 indicadores, comparando ao longo do tempo, os resultados obtidos pela tipologia de unidades de saúde existentes em Portugal: USF-A, USF-B, UCSP, UCSP-M. Os resultados demonstrados são discrepantes, quando se comparam as USF e as UCSP e podem contribuir para o aprofundamento das desigualdades de acesso. Este é um problema que se relaciona com a governação clínica e não com o modelo de unidade de saúde. O empoderamento das coordenações e a melhoria de eficácia da gestão intermédia é aqui fundamental.*

Palavras-chave *Cuidados de saúde primários, Monitorização, Pagamento por desempenho, Portugal*

¹ Assessoria ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Av. Estados Unidos da América 77, 1700-179 Lisboa. ricardo.monteiro.baltazar@gmail.com

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e os Cuidados de Saúde Primários (CSP)

A escala da transformação necessária para alcançar todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é considerável. Para se compreender a dimensão das mudanças e as novas formas de trabalho recomendadas, deve perceber-se o que ocorreu com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), numa perspetiva estratégica. Historicamente, os principais atores do desenvolvimento internacional assumiram os compromissos e as respetivas ações de desenvolvimento, atendendo à especificidade de cada um dos objetivos. Isto levou a um trabalho cometido a setores específicos e muito pouco colaborativo. Ao contrário, os ODS evoluíram para uma abordagem sistémica da sociedade que visa reduzir as desigualdades dentro e entre países e estabelecer maiores oportunidades para mudanças abrangentes. Por essa razão a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma série de atividades multissetoriais explicitamente para o ODS relacionado com saúde.

É nesse contexto que a promoção da saúde tem um papel fundamental a desempenhar na realização de toda a agenda. Ao contrário dos ODM, a agenda 2030 destaca a saúde como um componente de todos os ODS e um elemento crítico do processo de desenvolvimento futuro, dado que estabelece uma relação direta e indireta da saúde com todos os 17 ODS, que destaca tanto o papel complexo e a importância da promoção da saúde para alcançar a equidade, como a sua importância para capacitar comunidades e pessoas e proteger os direitos humanos.

O ODS3, visando assegurar vidas saudáveis e bem-estar para todos, em todas as idades, engloba 13 objetivos: três relacionados com a saúde reprodutiva e saúde das crianças; três relacionados com doenças transmissíveis, doenças crónicas e comportamentos aditivos; dois relacionados com saúde ambiental; um relacionado com Cobertura Universal de Saúde (UHC) e quatro relacionados com uso de tabaco, vacinas e medicamentos e a preparação para fazer face aos riscos globais de saúde.

Se os indicadores do ODS3 forem agrupados em Inputs, Outputs/Outcomes e Impactos do sistema de saúde¹, de acordo com a teoria dos sistemas de saúde, ou seja, que os outputs/outcomes se refiram aos resultados das atividades ou mudanças ao nível populacional, os inputs devem relacionar-se com os esforços feitos, tendo em

vista os desejados outputs, outcomes ou impactos. Nesta perspetiva, conclui-se que são poucos os indicadores existentes no ODS3 que permitem avaliar os contributos dos CSP para a UHC, pois não existe ali uma abordagem compreensiva sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção de doenças e os indicadores em vigor não permitem avaliar impactos ao nível da proteção dos riscos financeiros e da satisfação dos cidadãos com os serviços de saúde. Pressupõe-se aqui que este quadro conceptual é fundamental para orientar as políticas de saúde pública e analisar a participação de todos as entidades envolvidas e que, em matéria do ODS3, a obtenção de mudanças sustentáveis por meio da ação multissetorial pode ser difícil de demonstrar, ou mesmo de implementar, no curto prazo. Decorre daí que em qualquer avaliação de curto prazo deva recorrer-se a indicadores de processo como forma de avaliação de sucesso² mais apropriada.

É assim que se propõe neste artigo o recurso aos indicadores contratualizados, tomados como indicadores de processo (com referência ao quadro conceptual de Donabedian), os quais permitem avaliar o desempenho das unidades de saúde de CSP em Portugal. De facto, os CSP, neste contexto, constituem a espinha dorsal de um sistema de saúde que pode melhorar a saúde das pessoas, reduzir a despesa e diminuir as desigualdades³. Uma forte orientação do sistema para os CSP (muitas vezes descritos como os de primeiro contato, compreensivos, contínuos e abrangentes)⁴ deve ser temporalmente estável⁵, desde a sua reformulação⁶. As louváveis intenções em torno deste foco não são suficientes, pois acreditamos que a hora de mudar o debate e a ação é agora, sobretudo em termos de indicadores de desempenho que permitem alcançar as metas do ODS3.

Embora haja diferenças entre os modelos organizativos dos CSP em cada país, bem como dos recursos disponíveis, muitos dos desafios de desenvolvimento sustentável avaliados no ODS3, podem ser alcançados através de políticas de saúde centradas nos cidadãos e de abordagens de base populacional, sobretudo no que diz respeito às doenças crónicas. A vacinação e o acesso aos medicamentos carecem de CSP organizados e próximos dos cidadãos. O acesso aos cuidados de saúde urgentes e à UHC está intimamente relacionado com o funcionamento dos cuidados de saúde primários.

Mais de 40 anos após a Declaração de Alma-Ata, mantém-se a ausência de referências ao papel dos CSP para que sejam alcançados os ODS. Duas conclusões podem ser daí retiradas: em pri-

meio lugar, que os cuidados de saúde primários são dispensáveis ou periféricos face aos ODS; ou que o seu papel é tão importante para alcançar os ODS que dar relevância isolada ao seu papel num ou noutra dos ODS acabaria por apagar a sua relevância transversal.

Material e Métodos

Esta análise utiliza o estudo de caso instrumental definido por Miils et al.⁷, na medida em que se propõe a ir além do caso em estudo. Este tipo de estudo de caso oferece a oportunidade de aprender sobre os acontecimentos que estão relacionados com o caso, propondo modelos de análise em trabalhos futuros.

Na procura de evidência do contributo dos CSP para alcançar o ODS3, mas também para debater a evolução da contratualização nos últimos seis anos, partiu-se do seguinte pressuposto: se conseguimos monitorizar o desempenho dos CSP através dos indicadores de contratualização, então poderemos recorrer a um conjunto de informação proveniente desses indicadores, o que nos permita conhecer de que modo este nível de cuidados, no seu todo e nas unidades que o estruturam, está a concorrer para os resultados que são apresentados, quer pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), quer pelas instâncias internacionais⁸.

Na senda do primeiro objetivo procedeu-se ao agrupamento dos indicadores contratualizados de acordo com as metas e os indicadores do ODS3. Encontrou-se correspondência dos indicadores contratualizados com os seguintes indicadores do ODS3: indicador 3.1.1; indicador 3.1.2; indicador 3.2.1; indicador 3.3.1; indicador 3.4.1; indicador 3.4.2; indicador 3.7.1; indicador 3.8.2; indicador 3.a.1; indicador 3.b.1. A correspondência foi estabelecida com base nos critérios de descrição dos indicadores contratualizados (designação, objetivo, descrição do indicador, regras de cálculo e observações gerais) constante do Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização⁹.

A metodologia de contratualização desenvolvida para as Unidades de Saúde Familiar (USF), em funcionamento desde 2006, previa a existência de incentivos institucionais de acordo com o seu nível de desempenho. Posteriormente vieram a ser regulados os critérios para a atribuição de incentivos institucionais às USF e incentivos financeiros aos enfermeiros e assistentes técnicos que integram as USF modelo B.

Mais recentemente procedeu-se a revisão dos critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais às USF, introduzindo, por um lado, um Índice Global de Desempenho (IDG), que consistia na soma do grau de cumprimento ajustado de cada indicador, ponderado pelo respetivo peso relativo e, por outro, um conjunto de novos indicadores de contratualização e de monitorização da atividade das USF, com o intuito de abranger outras áreas e patologias, como as doenças respiratórias e de saúde mental, além de reforçar o número de indicadores de resultado.

Pretendia-se com isto a atribuição de incentivos que premiassem o desempenho relativo, ao invés do desempenho absoluto, a facilidade de avaliação, o respeito por uma ponderação estipulada para cada indicador, possibilitando a adequação das medidas e metas às necessidades regionais e locais da população assim assumidas como grandes vantagens, em relação ao modelo anterior. Apresentava como problemas, aqueles que já foram identificados em países com experiências de incentivos idênticas, nomeadamente: que os profissionais se focassem nos objetivos de curto prazo e no cumprimento das métricas sujeitas a avaliação¹⁰, a que se juntava uma evidente tendência à normalização de ganhos por desempenho e de resultados das métricas avaliadas. Para além disso, a maioria dos indicadores concentram-se na acurácia dos registos clínicos, dificultando a avaliação dos ganhos em saúde, ou o seu impacto na saúde os cidadãos.

Em 2017, o modelo de contratualização nos CSP foi reformulado, passando a assentar num novo modelo conceptual baseado em áreas e dimensões, com o objetivo de retirar o foco da negociação de metas de indicadores pré-estabelecidos. Pretendeu-se desse modo a prossecução de resultados desejáveis num contexto de governação clínica, boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, assim como no desempenho das organizações.

Nesta conformidade, e ao invés da negociação de indicadores e suas metas, passou a proceder-se à sua monitorização e avaliação contínuas, com enfoque no percurso evolutivo da unidade de observação. A principal utilidade do indicador é a demonstração da sua evolução e a contribuição para um score que contribui para a formação de um valor de Índice de Desempenho setorial a que o indicador pertence. Deste modo, a negociação da contratualização interna passou a reforçar a discussão do Plano de Ação para três anos, com a definição de resultados esperados anuais, sendo a avaliação operacionalizada por uma matriz

multidimensional da atividade destas unidades, tendo como referência o Índice de Desempenho Global (IDG)¹¹ e Índices de Desempenho Setoriais (IDS), que se pretendem alcançar e melhorar continuamente. Este modelo de contratualização realiza-se anualmente com as USF e com as Unidades Personalizadas de Cuidados de Saúde Primários (UCSP).

Análise e discussão de resultados

Pretendeu-se debater se os indicadores contratualizados permitem mensurar os contributos dos CSP para os resultados obtidos em alguns dos indicadores do ODS3, utilizando os resultados obtidos entre 2013 e 2018 e comparar os resultados obtidos pelas USF de modelo A (USFA) e de modelo B (USFB), com os das UCSP nos mesmos indicadores contratualizados, no intervalo temporal de 2009 a 2018, refletindo sobre o processo de contratualização nesse intervalo temporal. A designação UCSP-M que irá ser utilizada no texto refere-se à parte das UCSP cujos utentes estão inseridos em listas com médico de família atribuído.

Cabe aqui explicar que a Reforma dos CSP, que foi implementada em 2006¹², previa a constituição de equipas (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo) que se voluntariavam para constituírem uma USF, cujo primeiro patamar é a USF de modelo A, ou seja, aquelas que correspondem, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Depois de estabilizado este primeiro patamar as equipas podem requerer uma avaliação organizacional que lhes permita aceder a uma USF de modelo B, ou seja, aquelas em que as equipas já demonstram mais maturidade organizacional, onde o trabalho de equipa é já uma realidade efetiva, disponível para aceitar um nível de contratualização com patamares de desempenho mais exigentes.

As UCSP são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, assentadas em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, desenvolvendo a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde. O painel de indicadores de monitorização de desempenho das UCSP é comum às USF, dada a coincidência

das respetivas missões assistenciais, porém, as metas são mais modestas.

Deste modo, trabalharam-se 183 indicadores que se entenderam adequados às respetivas metas de desenvolvimento sustentável, sendo que a maioria deles 111 (60,6%) foram organizados sob o Indicador 3.4.1 (Taxa de mortalidade atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças respiratórias Crónicas), enquanto que os restantes estavam dispersos pelos outros indicadores do ODS3. Entre todos estes indicadores, apenas 13 (7,1%) foram considerados elegíveis para o estudo (Tabela 1). O critério de elegibilidade utilizado foi o de se tratar de um indicador complexo que resultasse de uma equação em que o numerador e o respetivo denominador fossem um escore de atividade médica nos CSP (e não apenas de registo).

Os 13 indicadores isolados para o estudo ficaram agrupados deste modo: dois no “Indicador 3.1.1 Taxa de mortalidade materna”; cinco no “Indicador 3.2.1. Taxa de mortalidade antes dos 5 anos”; quatro no “Indicador Taxa de mortalidade atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças respiratórias crónicas”; dois no “Indicador 3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos de planeamento familiar modernos”. Para facilitar a leitura pelos gestores dos CSP, optamos por manter a numeração original dos indicadores adotadas pelo Ministério da Saúde de Portugal e didaticamente numeramos de 1 a 13 aqueles que foram selecionados para esse estudo (Tabela 1).

Os indicadores contratualizados e o contributo dos CSP para o ODS3

Em Portugal continental existiam, à data deste levantamento, 357 UCSP, 300 USFA e 254 USFB, cujas listas de inscritos incluíam 10.244.711 utentes (Tabela 2). Segundo as estimativas do INE (2018), a população residente em Portugal continental totalizava 9.779.826 habitantes.

Nas unidades de CSP de Portugal Continental havia 9.591.832 usuários com médico de família atribuído e 629.026 cidadãos que ainda aguardavam a atribuição deste. As USF (modelos A e B) absorviam 62,8% do total de utentes inscritos nos CSP, embora individualmente as UCSP tivessem mais utentes do que qualquer das outras tipologias de CSP.

A leitura da Tabela 2 permite também compreender que existem dois problemas concretos que se arrastam desde a fundação do Serviço

Tabela 1. Correspondência entre os Indicador 3.1.1 e 3.7.1 (ODS3) e os indicadores contratualizados e respetiva análise evolutiva de resultados (Portugal Continental – 2013-2018).

Indicador 3.1.1 Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos-vivos								
Indicador contratualizado	Tipologia de UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dif. 2018 para 2013
051 - Proporção de grávidas, com acompanhamento adequado	Média ARS Continente	9,52	14,22	21,64	24,97	25,54	30,45	20,93
	USF-B	31,39	38,02	50,87	52,66	52,88	58,95	27,56
	USF-A	11,77	22,30	34,32	36,59	38,27	42,65	30,88
	UCSP	3,33	6,89	11,53	12,08	13,94	17,28	13,95
	UCSP-M	3,61	7,28	12,32	12,23	14,49	18,13	14,52
270 - Índice de acompanhamento adequado em saúde materna	Média ARS Continente	0,51	0,54	0,61	0,65	0,65	0,68	0,17
	USF-B	0,71	0,62	0,83	0,85	0,85	0,87	0,16
	USF-A	0,57	0,57	0,71	0,74	0,75	0,77	0,20
	UCSP	0,44	0,46	0,51	0,53	0,55	0,58	0,15
	UCSP-M	0,43	0,47	0,53	0,54	0,56	0,59	0,16
Indicador 3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos de planeamento familiar modernos								
Indicador contratualizado	Tipologia de UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dif. 2018 para 2013
052 - Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento adequado na área do planeamento familiar	Média ARS Continente	25,04	29,22	33,23	34,69	36,00	36,49	11,45
	USF-B	53,78	57,73	61,21	59,85	60,50	59,01	5,23
	USF-A	37,03	43,06	39,84	39,67	44,04	41,57	4,54
	UCSP	17,88	20,89	21,25	23,46	24,97	25,44	7,57
	UCSP-M	18,96	22,73	23,59	25,06	26,65	27,25	8,29
267 - Índice de acompanhamento adequado na área do planeamento familiar nas mulheres em idade fértil	Média ARS Continente	0,47	0,49	0,53	0,55	0,56	0,56	0,10
	USF-B	0,74	0,63	0,78	0,78	0,78	0,77	0,02
	USF-A	0,59	0,57	0,59	0,60	0,63	0,61	0,02
	UCSP	0,39	0,41	0,42	0,45	0,47	0,47	0,08
	UCSP-M	0,41	0,44	0,45	0,47	0,49	0,50	0,09

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde. Sistema de Dados Mestre. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=270&fonte=DW_ACSS. Acedido a 07/10/2019.

Legenda: ARS = Administração Regional de Saúde, USFA = Unidade de Saúde Familiar de modelo A, USFB = Unidade de Saúde Familiar de modelo B, UCSP-M = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, cujos utentes estão inseridos em listas com médico de família atribuído.

Nota: As USF-B são aquelas unidades em que os profissionais auferem um pagamento por desempenho vinculado às metas de resultados clínicos e de saúde pública.

Nacional de Saúde (SNS), em 1979, e da Reforma dos CSP, em 2006. Em primeiro lugar, desde a sua fundação o SNS tem tido dificuldades em cumprir o ambicioso papel que lhe tem sido atribuído¹³, já que não tem conseguido articular universalidade, generalidade e gratuidade. Os problemas não são específicos de uma dada governação, já que acompanham quatro décadas de evolução do SNS. Duas posições antagónicas debatem as soluções necessárias: aqueles que escondem a cabeça na areia e argumentam que se trata de atirar dinheiro para cima do problema e outros que vão agora defendendo que a solu-

ção para a sustentabilidade do SNS passará pela limitação da universalidade e da generalidade dos cuidados, quer pela indução das preferências dos profissionais (obrigatoriedade de permanência dos médicos no SNS após a formação, regime de exclusividade), quer dos utilizadores (onde preferem ser tratados), em contexto de mercado.

O outro problema está relacionado com a dificuldade (desde 2006) de atribuir médico de família a todos os portugueses (apesar dos sucessivos regimes de incentivos e modelos de governação clínica), ao qual se soma a diferenciação assistencial (entre UCSP e USF) que ainda se mantém.

Tabela 2. Tipologia e quantidade de unidades funcionais em Portugal Continental (*) e respetivos utentes, em número e percentagem, Portugal Continental – 2019.

Tipologia (nº de unidades)/ médico atribuído	Utentes	
	Nº	(% do total)
UCSP (357)	3.809.468	37,20
Com médico(**)	3.228.418	31,53
Sem Médico(***)	560.851	5,47
Sem Médico por opção(****)	20.199	0,19
USF-A (300)	3.030.563	29,60
Com médico	2.983.815	29,14
Sem Médico	52.858	0,51
Sem Médico por opção	1.694	0,01
USF-B (254)	3.396.876	33,20
Com médico	3.379.599	33,01
Sem Médico	15.317	0,14
Sem Médico por opção	1.960	0,01
Total Geral (911)	10.236.907	100,00
Com médico	9.591.832	93,70
Sem Médico	629.026	6,15
Sem Médico por opção	23.853	0,25

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, 17/10/2019
 (*) Portugal Continental é a denominação atribuída apenas a Portugal enquanto território único, sem considerar os arquipélagos atlânticos dos Açores e da Madeira. Compreende 278 dos 308 concelhos, 4.050 das 4.260 freguesias (que seriam chamadas de “bairros” no Brasil), 89.015 km² dos 92.145 km² do território nacional (96,6%) e cerca de 95% da população portuguesa. (**) Utente com médico – todo o utilizador da unidade que está incluído numa lista médica. (***) Utentes sem médico - aqueles que, tendo solicitado médico de família, ainda não viram o seu pedido satisfeito. (****) Utente sem médico por opção – utentes que (estando inscritos) manifestaram a vontade de não lhes ser atribuído médico de família.

Apesar de tudo o SNS tem alcançado muito bons resultados comparativos¹⁴, entre os quais o 26º lugar do ranking global que mede a *performance* de todos os países nos 17 ODS, com um escore de 76,4, sendo que a média regional é de 77,7 (Dinamarca, o melhor, com 85,2).

Na Tabela 1, faz-se a correspondência entre o Indicador (ODS3) “3.1.1 Taxa de mortalidade materna por 100 mil nados-vivos”, na qualidade de indicador de impacto, com dois indicadores de processo (051 e 270). O INE¹⁵ informou que em 2017 a taxa de mortalidade materna situou-se em 10,4 por 100 mil natos-vivos, valor bastante superior a 2012 (4,5 por 100 mil natos-vivos). Foram aqui considerados dois indicadores contratualizados com as unidades de CSP que exprimem a percentagem de grávidas inscritas que tiveram acompanhamento adequado e o índice de acompanhamento adequado em saúde materna.

Os resultados indicam que existe um potencial de crescimento no acompanhamento adequado de grávidas e em saúde materna e que isso é prioritário, face ao aumento que as estatísticas nacionais registam, contribuindo-se deste modo para que se alcancem melhores resultados no indicador do ODS3.

Quanto ao Indicador (ODS3) “3.7.1 Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos de planeamento familiar modernos”, registe-se que a média de todas as unidades funcionais das ARS do continente era de 36,49% (2018), o que representou um aumento de 11,45% em relação a 2013 e que também aqui se deve registar uma franca possibilidade de crescimento, já que se verifica um aumento discreto ao longo dos seis anos considerados.

A atividade dos CSP nesta área (promocional, preventiva e de intervenção no acompanhamento de grávidas e no planeamento familiar) lida com problemas complexos. Em primeiro lugar o empoderamento das mulheres, os tabus e os comportamentos maternos durante a gravidez e o nascimento¹⁶ e, em segundo lugar, as questões do acesso aos cuidados, intimamente relacionadas com a igualdade. De fato, a igualdade deverá ser o objetivo da financiamento da saúde em Portugal.

A igualdade perante o Estado e no exercício do direito a viver mais e melhor, bem como de ter os seus problemas resolvidos de forma célere e transparente. Neste particular há uma clara tendência no SNS em relação à equidade, ou seja, de tentar compensar os mais desprotegidos pelas suas dificuldades de acesso ao mercado da saúde que cada vez mais se instala. Porém é a igualdade, mais do que a equidade que promove a coesão social e a estabilidade política, pelo que surge como garantia de universalidade de cuidados.

O indicador de impacto “3.2.1. Taxa de mortalidade antes dos 5 anos, por mil nados-vivos” (Tabela 3) é aqui relacionado com dois indicadores de processo (acompanhamento de crianças com 1 e 2 anos de vida). Nesta matéria, o INE¹⁵ informou que o número de óbitos de crianças com menos de 5 anos em Portugal foi de 4,0 (2018) e 3,2 por mil natos-vivos em 2017. Embora os resultados pareçam indicar um seguimento mais adequado de crianças de 1 e 2 anos a partir de 2016 (após a crise económica de 2010-2014), parece haver uma relação entre o aumento destas taxas de mortalidade e a qualidade do sistema de saúde¹⁷. A evidência obtida pelos estudos demonstra que terá de se reduzir o risco financeiro para as famílias – a despesa *out-of-pocket* das famílias portuguesas era de 28% em 2016¹⁸ -, ao

Tabela 3. Correspondência entre o Indicador 3.2.1 (ODS3) e os indicadores contratualizados e respetiva análise evolutiva de resultados (Portugal Continental – 2013-2018).

Indicador 3.2.1. Taxa de mortalidade antes dos 5 anos, por 1000 nados-vivos								
Indicador contratualizado	Tipologia de UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dif. 2018 para 2013
058 - Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida	Média ARS Continente	28,95	40,18	45,24	50,44	n.d	n.d	21,48
	USF-B	67,94	74,94	74,68	79,97	n.d	n.d	12,04
	USF-A	39,90	51,02	60,84	60,56	n.d	n.d	20,66
	UCSP	16,44	28,62	34,90	38,91	n.d	n.d	22,47
	UCSP-M	17,92	30,54	37,38	40,82	n.d	n.d	22,91
268 - Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 1º ano de vida	Média ARS Continente	0,63	0,70	0,73	0,76	n.d	n.d	0,13
	USF-B	0,84	0,73	0,88	0,91	n.d	n.d	0,07
	USF-A	0,71	0,72	0,81	0,81	n.d	n.d	0,10
	UCSP	0,56	0,64	0,67	0,69	n.d	n.d	0,13
	UCSP-M	0,58	0,67	0,69	0,71	n.d	n.d	0,13
301 - Proporção de crianças com 1 ano de vida com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 1º ano de vida.	Média ARS Continente	n.d	n.d	44,72	49,90	51,54	52,95	8,24
	USF-B	n.d	n.d	74,10	79,47	80,45	79,73	5,63
	USF-A	n.d	n.d	60,60	59,90	66,59	65,03	4,43
	UCSP	n.d	n.d	33,43	37,92	42,10	41,46	8,02
	UCSP-M	n.d	n.d	35,80	39,75	43,97	43,08	7,28
269 - Índice de acompanhamento adequado em saúde infantil, 2º ano de vida	Média ARS Continente	0,59	0,62	0,65	0,70	0,71	0,73	0,14
	USF-B	0,84	0,70	0,86	0,90	0,91	0,91	0,07
	USF-A	0,70	0,64	0,75	0,78	0,80	0,81	0,11
	UCSP	0,54	0,57	0,61	0,63	0,67	0,67	0,14
	UCSP-M	0,56	0,61	0,64	0,66	0,69	0,70	0,14
060 - Proporção de crianças com 2 anos de vida, com acompanhamento adequado na área da saúde infantil durante o 2º ano de vida	Média ARS Continente	33,80	40,56	45,01	52,00	53,37	55,52	21,71
	USF-B	71,47	72,33	74,67	81,59	82,41	81,98	10,51
	USF-A	39,76	47,01	57,52	62,35	65,87	67,14	27,38
	UCSP	23,29	32,18	36,14	41,73	46,06	45,78	22,49
	UCSP-M	25,13	35,60	39,59	44,82	48,08	47,96	22,84

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde. Sistema de Dados Mestre. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=270&fonte=DW_ACSS. Acedido a 07/10/2019

Legenda: ARS = Administração Regional de Saúde, USFA = Unidade de Saúde Familiar de modelo A, USFB = Unidade de Saúde Familiar de modelo B, UCSP-M = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, cujos utentes estão inseridos em listas com médico de família atribuído. n.d. = dado não disponível.

mesmo tempo em que se deve aumentar o acesso aos cuidados de saúde.

No Indicador “3.4.1 Taxa de mortalidade atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças respiratórias crónicas” (Tabela 4) foram selecionados quatro indicadores referentes a duas patologias crónicas: a hipertensão arterial (HTA) e a diabetes mellitus (DM).

O indicador “proporção de utentes com HTA, com acompanhamento adequado”, que monito-

riza o programa de hipertensão e exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento de acordo com as normas da Direção Geral da Saúde, obteve na média de todas as ARS do continente um aumento entre 2013 e 2018 de 24,27%. Foram as UCSP que, no intervalo temporal estudado, atingiram valores mais baixos de acompanhamento de hipertensos. Há tendência para que, nos próximos anos, haja um crescimento dos resultados deste indicador, para USF-B e UCSP, mesmo que o atual regime

Tabela 4. Correspondência entre o Indicador 3.4.1 (ODS3) e os indicadores contratualizados e respetiva análise evolutiva de resultados (Portugal Continental – 2013-2018).

Indicador 3.4.1 Taxa de mortalidade atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças respiratórias crónicas								
Indicador contratualizado	Tipologia de UF	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Dif. 2018 para 2013
025- Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado	Média ARS Continente	5,86	21,28	25,27	28,32	28,16	30,13	24,27
	USF-B	21,14	51,74	60,09	62,11	57,38	58,12	36,98
	USF-A	11,39	34,05	34,10	36,45	36,73	35,93	24,54
	UCSP	2,64	12,18	13,84	16,82	17,88	19,13	16,49
	UCSP-M	2,75	13,40	15,19	17,90	18,97	20,12	17,36
272 - Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial	Média ARS Continente	0,51	0,56	0,60	0,62	0,62	0,63	0,13
	USF-B	0,74	0,68	0,85	0,86	0,83	0,83	0,10
	USF-A	0,61	0,62	0,66	0,68	0,68	0,67	0,06
	UCSP	0,42	0,47	0,50	0,53	0,53	0,54	0,13
	UCSP-M	0,43	0,51	0,53	0,55	0,55	0,56	0,13
043 - Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado	Média ARS Continente	23,08	27,76	31,12	33,28	33,04	35,81	12,73
	USF-B	53,56	56,82	61,63	61,81	56,48	57,79	4,23
	USF-A	35,30	41,23	38,92	40,22	40,29	40,01	4,71
	UCSP	13,69	18,32	18,22	21,77	21,98	24,29	10,60
	UCSP-M	14,63	20,35	19,97	23,21	23,40	25,66	11,03
271 - Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus	Média ARS Continente	0,53	0,56	0,59	0,61	0,61	0,63	0,10
	USF-B	0,77	0,66	0,84	0,84	0,81	0,82	0,05
	USF-A	0,65	0,63	0,64	0,66	0,67	0,66	0,00
	UCSP	0,43	0,46	0,45	0,49	0,49	0,52	0,08
	UCSP-M	0,45	0,50	0,48	0,52	0,52	0,54	0,09

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde. Sistema de Dados Mestre. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=270&fonte=DW_ACSS. Acedido a 07/10/2019

Legenda: ARS = Administração Regional de Saúde, USFA = Unidade de Saúde Familiar de modelo A, USFB = Unidade de Saúde Familiar de modelo B, UCSP-M = Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, cujos utentes estão inseridos em listas com médico de família atribuído.

de incentivos e de remodelação ou construção de instalações se mantenha focado para as USF-B.

A proporção média de acompanhamento adequado de utentes com DM era de 35,81% (2018), com um crescimento médio de 12,73% (2013 - 2018), o que corresponde a um valor anual de 2,1%.

O Global Burden of Diseases¹⁹ atribui o aumento de doenças crónicas à prevalência de fatores de risco (obesidade, por exemplo) e ao envelhecimento. Para fazer face ao aumento das doenças crónicas e ao envelhecimento populacional, os sistemas de saúde têm de ser capazes de organizar respostas em torno da prevenção, da intervenção precoce e do tratamento adequado²⁰. Esta orientação requer que os CSP estejam devidamente integrados com os restantes níveis de cuidados de saúde (curativos, reabilitativos,

continuados), na medida em que permite que os doentes sejam referenciados e acompanhados.

A utilização de indicadores de processo pode ajudar, de facto, na mensuração do caminho percorrido em direção ao ODS3. A visibilidade destes contributos passa pela reorganização dos indicadores de contratualização em torno das metas do ODS3, com especial atenção aos que permitam capturar os princípios da igualdade, participação da comunidade, prevenção, tecnologia adequada e gestão intersectorial, também se podendo documentar os elementos do primeiro contacto, continuidade de cuidados, abrangência, coordenação e orientação para a família e a comunidade que a evidência sugere ser onde os CSP são bem-sucedidos. É aqui essencial o modelo de governação clínica e o empoderamento dos dirigentes das unidades de saúde, tendo em vista

a integração de cuidados, no âmbito da UHC, ao mesmo tempo equitativa e custo-efetiva.

Evolução dos indicadores contratualizados ao longo dos últimos seis anos

A análise conjunta das tabelas anteriores (Tabelas 2 a 4) sugere as seguintes constatações, quando se observam dados para o total das unidades contratualizadas:

Os valores indicados para o ano de 2013, para todas as tipologias de unidades funcionais de “Portugal-Continente” é sempre mais baixo que o de 2018, sendo o valor de crescimento do “indicador 025 - Proporção de utentes com HTA, com acompanhamento adequado” o que registou o maior aumento médio em todas as tipologias de unidades de saúde do continente: 24,27%. Poderá significar que independentemente do modelo organizativo e remuneratório houve sempre melhoria de desempenho.

Nos 13 indicadores estudados, o desempenho das USF foi melhor em três (indicadores 051; 025; 043); o desempenho das UCSP foi melhor em nove (indicadores 058; 268; 301; 269; 060; 272; 271; 052; 267). Poderá significar que o modelo remuneratório e organizativo assim como melhores infraestruturas das USFA e USFB não influenciaram os resultados nos anos estudados.

Houve um indicador de evolução positiva de desempenho equivalente (indicador 270) entre USF e UCSP.

Nos 13 indicadores, quando comparados os resultados das USFA e das UCSP há 10 em que os das UCSP supera o das USFA (indicadores 058; 268; 301; 269; 060; 272; 043; 271; 052; 267). Poderá significar que o modelo remuneratório e organizativo assim como melhores infraestruturas das USFA não influenciaram os resultados nos anos estudados.

Nos 13 indicadores, quando comparados os resultados das USFA e USFB, um é exatamente igual (indicador 267) em ambas as tipologias; 7 indicam melhores resultados nas USFA (indicadores 051; 270; 058; 268; 269; 060; 043); cinco indicam melhores resultados nas USFB (indicadores 301; 025; 272; 271; 052). Poderá dizer-se que a vontade de obter resultados que permitam ascender à tipologia seguinte (passar de USFA a USFB) pode influenciar nos resultados obtidos pelas USFA, nos anos estudados.

Estes resultados ilustram que a criação de uma matriz de desempenho multidimensional é uma boa iniciativa no sentido da parcimónia e da flexibilidade, pois inclui um número ajustável de

indicadores organizados num conjunto finito de dimensões e áreas, em que todos os indicadores passam a ter o mesmo peso por dimensão, variando consoante o número de indicadores disponíveis.

A análise da evolução registada nestes últimos seis anos, deve ter em conta que a manutenção de prestação de CSP por unidades de cariz diferenciado (USF e UCSP), tende a agravar as desigualdades de acesso a cuidados de saúde de qualidade²¹. *De per se*, esta afirmação parece suficiente para caracterizar a realidade nacional nesta matéria. Se vista em contexto, verificamos que estamos a enfrentar problemas nos dois extremos do espectro de idades: a taxa de pobreza infantil está acima da média da União Europeia, a nossa população é uma das mais envelhecidas da Europa, está doente e com pouca qualidade de vida nos últimos anos²². Para além disso, pode-se afirmar com alguma segurança que os mais pobres e a população migrante, que está a aumentar, tende a ser atendida nas UCSP. Estas unidades têm ainda infraestruturas desadequadas ao serviço prestado, pessoal que não demonstrou características para ser selecionado para trabalhar nas equipas das USF e amiúde, o serviço é prestado por pessoal contratado, localizam-se nas periferias e nos bairros mais populosos e socialmente pauperizados.

Os CSP têm um papel fundamental na redução das desigualdades e na promoção da justiça social. Historicamente, o crescimento populacional esteve ligado ao saldo natural (total de nascimentos menos o total de óbitos). Porém, desde os anos 1970, o saldo natural começou a diminuir, sendo que agora não existe capacidade de renovação geracional. Com o alargamento da União Europeia, passou a ter importância a relação entre a emigração e a imigração, mas também os movimentos populacionais de uma para outra região. Aliás, esta parece ser a variável mais importante na transição social, resultando num fluxo contínuo de cidadãos para a capital e para as áreas metropolitanas, enquanto que a população das áreas rurais e periféricas continuam a diminuir²³. Será a resposta a estes novos desafios a constituição de USFB em todo o território nacional? Que trabalho temos feito em torno de novos modelos de prestação de cuidados de saúde primários e da governação clínica? Como acolher os migrantes de forma adequada e sustentável nos CSP?

De momento, a oferta privada está a expandir-se e quando se enfrenta o mais acentuado pico de reformas de profissionais médicos, estes procuram emprego no sector privado e no estrangeiro

ro e recusam serviços públicos para não fazerem urgências. As consultas de medicina dentária, os testes de diagnóstico e os medicamentos²⁴ são os serviços mais frequentemente prestados pelo sector privado, o que gera um aumento das despesas a cargo do próprio doente, levando a dificuldades de acesso a cuidados e à continuidade de tratamentos. De acordo com o relatório da OCDE²⁵ esta despesa é significativamente mais elevada do que a média da União Europeia (15%). Outros tratamentos eletivos estão a tornar-se restritos à população que tem possibilidade de financiar o seu próprio tratamento.

No passado recente, consoante à perspectiva do analista, o pagamento por incentivos foi sendo visto como um projeto isolado, um fim em si mesmo, que tanto podia ser uma panaceia, como um inimigo despesista, no conjunto de iniciativas do financiamento da saúde²⁶⁻²⁹. Importa porém que os responsáveis políticos e profissionais debatam de que modo o sistema de incentivos interage com o sistema de saúde, particularmente na área dos resultados em saúde, na centralidade do doente e no sistema remuneratório³⁰⁻³³, conjugando estas questões com a resposta aos desafios da UHC e dos ODS.

O modelo de contratualização nos CSP tem de ser equacionado em contexto do New Public Management (NPM) que serviu de ideologia de base à criação das USE. A visão do NPM de que o utente se constitui como um consumidor “soberano” (direito a escolher médico e unidade de saúde) é atraente tanto para os próprios utentes, como para os políticos e as instituições³⁴, pois contrariam a ideia de um estado omnisciente e de um sistema paternalista. Na prática, no entanto, ser consumidor, implica vários elementos. O primeiro é a escolha com base na qualidade dos serviços e produtos. O segundo é a capacidade do cidadão se envolver, porque a escolha é mais do que apenas definir preferências. No entanto, nem todos os subgrupos populacionais terão o mesmo nível de envolvimento, sendo premente investir na literacia em saúde.

Colocou-se acima a ideia de que, sendo a igualdade, mais do que a equidade, quem promove a coesão social e a estabilidade política, deve ser imperativo do Estado a garantia da universalidade de cuidados. Deste modo, o Estado deve afetar o orçamento do SNS exclusivamente à sua atividade, organizando o financiamento público da prestação privada, evitando a concorrência e a falta de transparência na relação público-privada, reforçando a sua capacidade de regulação, quer sobre a prestação privada coberta pelas se-

guradoras, quer fazendo uso das valências privadas já instaladas no país.

Existe uma clara tendência à normalização de resultados por parte das USE, o que levará a uma quase sobreposição de resultados entre aquelas e as UCSP. Sendo a atual tendência a de aumentar o número de USE, por ser este o modo mais expedito de atribuir médico de família a todos os cidadãos, então o grande desafio é assegurar a regulação pública de práticas e processos, tendo em vista os resultados pretendidos.

Considerações finais

Verifica-se no estudo de caso apresentado que os indicadores contratualizados devem ser criteriosamente selecionados para se produzir uma análise desta natureza. A questão dos critérios de seleção dos indicadores é fundamental, na medida em que a sua maioria está muito dependente do registo clínico. Porém, é evidente a capacidade para uma exploração da relação entre a evolução dos resultados dos indicadores contratualizados e os impactos dos ODS3 a nível nacional. Seriam, por isso, muito interessantes estudos futuros que abordassem esta relação entre os indicadores dos CSP e os ODS3, mas também que fosse possível organizar índices e proporções de resultados em todos os indicadores que cobrem a atividade das unidades de saúde dos CSP, de modo a tornar mais extensa a exploração das relações entre os resultados dos CSP nacionais e as metas e indicadores do ODS3.

Esta seleção de indicadores deve ser ainda mais abrangente e não se limitar apenas à contratualização. Existem muitos trabalhos que se relacionam com os ODS que são produzidos com o apoio das unidades de CSP e que não estão incluídos nos indicadores contratualizados, como é o caso dos rastreios, das consultas de cessação tabágica e outros).

Concluiu-se ainda que os resultados demonstrados são discrepantes, quando se comparam as USE e as UCSP e que podem contribuir para o aprofundamento das desigualdades de acesso. Este é um problema que se relaciona com a governação clínica e não com o modelo de unidade de saúde. O empoderamento das coordenações e a melhoria de eficácia da gestão intermédia é aqui fundamental.

É difícil corrigir trajetórias no meio de um furacão, mas a mudança necessária do sistema de saúde requer mais do que financiamento e debates sobre recursos humanos.

Referências

- Seidman G. Does SDG 3 have an adequate theory of change for improving health systems performance? *J Glob Health* 2017; 7(1):010302.
- Fortune K, Becerra-Posada F, Buss P, Galvão LAC, Contreras A, Murphy M, Rogger C, Keahona GE, Francisco A. Health promotion and the agenda for sustainable development, WHO Region of the Americas. *Bull World Health Organ* 2018; 96(9):621-626.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-1133.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
- Stevens R. *The evolution of healthcare systems in the United States and the United Kingdom Similarities and differences*. London: Open University Press; 1995.
- Mills AJ, Durepos G, Wiebe E, editors. *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage; 2010. [Volumes I and II].
- Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Lafortune G, Fuller G. *Sustainable Development Report 2019*. New York: Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network (SDSN); 2019.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Sistema de Dados Mestre*. [acessado 2019 Out 7]. Disponível em: https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=270&fonte=DW_ACSS
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). *Relatório de Primavera 2019: saúde um Direito Humano*. Lisboa: OPSS; 2019.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. [acessado 2019 out 7]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Monteiro BR, Pisco AMSA, Candoso F, Bastos S, Reis M. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):725-736.
- Correia T. SNS ainda não encontrou forma de garantir a universalidade e a generalidade de cuidados. Mamede RP, Adão e Silva P, coordenadores. *O Estado da Nação e As Políticas Públicas: Menos Reformas, Melhores Políticas*. Lisboa: IPPS-ISCTE; 2019. p. 12-14.
- Gabinete de Estatísticas da União Europeia (EUROSTAT). *Sustainable development in the European Union. Monitoring report on progress towards the SDGs in an EU context*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Indicadores para Portugal 2019*. Lisboa: INE; 2019.
- Bhutta ZA. Community-based primary health care: a core strategy for achieving sustainable development goals for health. *J Glob Health* 2017; 7(1):1-2.
- Kruk ME, Gage AD, Joseph TN, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* 2018; 392(10160):2203-2212.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)/European Union (EU). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2018. [acessado 2019 out 7]. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Institute of Health Metrics and Evaluation. *Global burden of diseases*. Seattle: University of Washington; 2015.
- Yiengprugsawan V, Healy J, Kendig H, Neelamegam M, Karunapema P, Kasemsup V. Reorienting Health Services to People with Chronic Health Conditions: Diabetes and Stroke Services in Malaysia, Sri Lanka and Thailand. *Health Systems & Reform* 2017; 3(3):171-181.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio Caminho Andado. *Relatório de Primavera 2018*; 2018:1-188.
- The Lancet. Serviço nacional de saúde Português: uma nova oportunidade. *Lancet* 2019; 394:1298.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). *Destaque. Informação à imprensa. Rendimento e condições de vida 2018*. Lisboa: INE; 2019.
- European Observatory on Health Systems and Policies. A healthy dose of disruption? Transformative change for health and societal well-being. *Eurohealth* 2019; 25(3):1-56.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing; 2019.
- European Union (EU). *Eurostat regional yearbook 2019*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
- Navarro V, Shi L. The Political Context of Social Inequalities and Health. *International Journal of Health Services*. 2001. [acessado 2019 Out 7]. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/1GY8-V5QN-A1TA-A9KJ>
- Magrath P, Nichter M. Paying for performance and the social relations of health care provision: an anthropological perspective. *Soc Sci Med* 2012; 75(10):1778-1785.
- Engineer C, Dale E, Agarwal A, Agarwal A, Alonge O, Edward A, Gupta S, Schuh HB, Burnham G, Peters DH. Effectiveness of a pay-for-performance intervention to improve maternal and child health services in Afghanistan: a cluster-randomized trial. *Int J Epidemiol* 2016; 45(2):451-459.
- Kalk A, Paul FA, Grabosch E. "Paying for performance" in Rwanda: does it pay off? *Trop Med Int Health* 2010; 15(2):182-190.
- World Bank (WB). *A smarter approach to delivering more and better reproductive, maternal, newborn, and child health services*. Washington: WB; 2014.

32. James J. Health policy brief: Pay-for-performance. *Health Affairs* 11 October 2012. [acessado 2019 Out 7]. Disponível em: http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=78
33. Scott A, Sivey P, Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (9):CD008451.
34. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (2):CD007899.

Artigo apresentado em 25/10/2019

Aprovado em 08/11/2019

Versão final apresentada em 10/11/2019