

PAGAMENTO POR DESEMPENHO, FINANCIAMENTO E O ACESSO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: *SCOPING REVIEW*

PAYMENT FOR PERFORMANCE, FINANCING AND ACCESS TO HEALTHCARE IN PRIMARY CARE: SCOPING REVIEW

Vitória Ellen Barroso Bomfim¹

Andrea Gomes Linard²

Antônia Carla Gomes da Silva Magalhães³

RESUMO

Objetivo: mapear as evidências científicas nacionais e internacionais sobre a relação entre o pagamento por desempenho, os modelos de financiamento e o acesso à atenção primária à saúde. **Método:** Trata-se de uma *scoping review* com protocolo de estudo registrado na plataforma *Open Science Framework* (10.17605/OSF.IO/Q7CRH). O estudo seguiu as recomendações metodológicas propostas pelo Joanna Briggs Institute e o *Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*. As buscas foram realizadas em maio de 2025 nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed), Scopus, Web of Science, Science Direct, EMBASE, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram considerados elegíveis estudos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa e sem delimitação temporal. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos por dois revisores independentes e de modo cego para identificar artigos selecionáveis, e um terceiro revisor incluído para resolver qualquer conflito. Em seguida, realizou-se leitura dos estudos na íntegra e extraído as informações que caracterizavam os estudos e respondiam à questão de pesquisa. Os resultados foram organizados em quadros e figuras com a apresentação dos achados, por meio de uma síntese narrativa dos dados. **Resultados:** A busca por estudos resultou em 728 arquivos, destes 17 foram incluídos na pesquisa por se enquadrarem no eixo temático e responderem a pergunta norteadora. A pesquisa contemplou 10 países que referiram o uso de pagamento por desempenho para o fornecimento de assistência na APS e distintas interpretações de acesso. **Conclusão:** Evidenciaram-se avanços pontuais em indicadores específicos como controle de doenças crônicas e saúde materno-infantil em experiências como o Quality and Outcomes Framework (Reino Unido), PMAQ-AB (Brasil) e modelos apoiados por organismos multilaterais na África Subsaariana. Contudo, observaram-se limitações estruturais que comprometem a integralidade do cuidado, manifestadas pela priorização de metas quantificáveis em detrimento de dimensões como a longitudinalidade, a coordenação e o vínculo terapêutico.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pagamento por desempenho; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to map national and international scientific evidence on the relationship between pay-for-performance, financing models, and access to primary health care. **Method:** This is a

¹Estudante de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

scoping review with a study protocol registered on the Open Science Framework platform (10.17605/OSF.IO/Q7CRH). The study followed the methodological recommendations proposed by the Joanna Briggs Institute and the Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews. Searches were conducted in May 2025 in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/Pubmed), Scopus, Web of Science, Science Direct, EMBASE, and Virtual Health Library (VHL) databases. Studies available in full, published in English, Spanish, and Portuguese, and without a time limit, were considered eligible. Titles and abstracts were read by two independent reviewers in a blinded manner to identify selectable articles, and a third reviewer was included to resolve any conflicts. The studies were then read in full and the information that characterized the studies and answered the research question was extracted. The results were organized into tables and figures presenting the findings through a narrative synthesis of the data. **Results:** The search for studies resulted in 728 files, of which 17 were included in the research because they fit the thematic axis and answered the guiding question. The research covered 10 countries that reported the use of pay-for-performance for providing assistance in PHC and different interpretations of access. **Conclusion:** Specific advances were made in specific indicators such as chronic disease control and maternal and child health in experiences such as the Quality and Outcomes Framework (United Kingdom), PMAQ-AB (Brazil) and models supported by multilateral organizations in Sub-Saharan Africa. However, structural limitations were observed, with adverse effects on the comprehensiveness of care, manifested through the prioritization of quantifiable goals to the detriment of dimensions such as longitudinality, coordination and therapeutic bond.

Key words: Primary Health Care; Health Financing; Reimbursement Incentive; Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um dos maiores sistemas de saúde do mundo, sendo o primeiro ponto de contato do cidadão com o sistema de saúde, em diversos cenários. Além disso, seu valor estratégico é fortalecido por evidências que mostram sua habilidade de resolutividade para problemáticas cruciais acerca da saúde da população, contribuindo diretamente para a eficácia, eficiência e competência dos sistemas de saúde (Sellera et al., 2020).

Ao se falar em financiamento da APS, observa-se uma disparidade de modelos implementados no mundo, os quais refletem as singularidades políticas, históricas e econômicas de cada país. Nesse ensejo, alguns modelos possuem papel resolutivo na qualidade, organização e na equidade dos serviços ofertados. Entre os sistemas mais debatidos internacionalmente destaca-se o Pagamento Por Desempenho (P4P), que consiste na oferta de estímulos financeiros vinculados ao cumprimento de metas e indicadores previamente estabelecidos (Khan *et al.*, 2020).

Ademais, esse sistema é originalmente implementado em países desenvolvidos

como os Estados Unidos e Reino Unido, o P4P passou a ser usado também em países em desenvolvimento que buscam melhorias na qualidade da atenção e tem sido utilizado como mecanismo para espalhar a cobertura e o acesso aos serviços (Murray *et al.*, 2020). Tal ampliação reflete uma tendência global de implementar instrumentos econômicos como forma de direcionar incentivos e fortalecer a assistência em saúde acerca das necessidades da comunidade.

Com a popularização do uso desses esquemas de pagamento, muitos estudos foram realizados com o fito de categorizar os benefícios e processos que envolvem a implementação destes modelos na atenção primária, contudo esse uso frequente trouxe consigo um impasse em relação a um grande número de evidências fragmentadas, visto que, diversas revisões sistemáticas foram realizadas com amostras muito específicas (exemplifica-se pela inclusão de estudos experimentais, com enfoque em serviços preventivos, restringir para os efeitos potenciais do P4P além do impacto no desempenho incentivado, entre outros.) e, portanto, trazendo sempre conclusões distintas (Slawomirski *et al.*, 2024).

Por seguinte, a utilização do modelo de P4P como ferramenta de ampliação do acesso aos serviços de saúde é merecedor de atenção. Estudos apontam que o modelo P4P melhoram a qualidade do serviço, proporcionam acessibilidade e ampliam programas como da saúde materna e infantil e a vacinação na APS (Alves *et al.*, 2024; Li *et al.*, 2024; Cassidy *et al.*, 2021). Em contrapartida, os resultados benéficos dessa aplicação são geralmente mais pronunciados para serviços que estão enquadrados dentro de indicadores estabelecidos, enquanto melhorias abrangentes na acessibilidade à APS como uma entidade coletiva exibem um menor grau de consistência (Diaconu *et al.*, 2021).

De acordo com os os fatos supracitados, esta revisão do tipo *scoping review* se mostra fundamental para mapear o conhecimento existente, apontar lacunas na literatura e identificar a relação do P4P, na esfera do financiamento, com acesso à APS.

Nesse contexto, a revisão proposta justifica-se pela necessidade de reunir e organizar as evidências disponíveis sobre o assunto, trazendo de forma sistematizada e clara para pesquisadores, gestores e instâncias decisórias que almejam compreender de forma substancial ou desenvolver estratégias para um financiamento mais equitativo e eficiente, que amplie os níveis de acesso e qualidade de serviço na APS.

Desse modo, o estudo apresenta por objetivo mapear as evidências científicas nacionais e internacionais sobre a relação entre o pagamento por desempenho, os modelos de financiamento e o acesso à APS.

MÉTODOS

Trata-se de uma *scoping review* com protocolo de estudo registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), sob *Digital Object Identifier* (DOI) [10.17605/OSF.IO/Q7CRH](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q7CRH). O estudo seguiu as recomendações metodológicas propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e o *Checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Esse tipo de estudo é recomendado para proporcionar a elaboração de um relatório que contribua para o exame de extensão, alcance e natureza das evidências disponíveis (Pollock *et al.*, 2024).

Adotou-se as seguintes etapas a saber: 1) Definição do objetivo e elaboração da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento dos critérios de elegibilidade em conformidade ao objetivo e questão de pesquisa; 3) Formulação das estratégias de busca, descrição da seleção, extração e apresentação dos dados; 4) Identificação de estudos, relevantes mediante buscas nas bases de dados; 5) seleção e mapeamento dos estudos; 6) extração de dados dos estudos; 7) Análise dos dados; 8) Apresentação dos resultados; e 9) Resumo, síntese e interpretação dos dados (Peters *et al.*, 2017).

Para elaboração da pergunta norteadora, foi aplicada o mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto) sendo P: equipes da atenção primária à saúde; C: pagamento por desempenho, modelos de financiamento e acesso à atenção primária à saúde; e C: atenção primária à saúde. Desse modo, surgiu a seguinte pergunta norteadora: “Qual a relação entre o pagamento por desempenho e financiamento com o acesso à saúde na Atenção Primária à Saúde?”.

Foram considerados elegíveis estudos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa e sem delimitação temporal. Os critérios de exclusão dos estudos foram: estudos que abordassem exclusivamente o nível hospitalar ou especializado de atenção à saúde e estudos que não abordam de forma clara a relação entre o modelo de financiamento/pagamento por desempenho e o acesso à saúde, comentários, editoriais, cartas ao editor, estudos sem texto completo disponível e duplicatas.

Para a busca de informações nas bases de dados, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH). Os descritores utilizados para a construção das estratégias de busca foram cruzados com os operadores booleanos AND e OR na combinação de termos e recursos como parênteses, asterisco e aspas, além do marcador */lim* para direcionar os resultados aos idiomas: inglês, português e espanhol.

Também foram utilizados filtros para a seleção de textos completos, com acesso aberto e nos idiomas inglês, português e espanhol nas bases de dados para otimizar a quantidade de estudos recuperados. Destaca-se que as estratégias de buscas foram ajustadas considerando as especificidades de cada base de dados conforme descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias de busca nas bases de dados e referências recuperadas. Redenção, CE, Brasil, 2025.

Bases de dados	Estratégia de busca	Filtros
MEDLINE/PubMed	(((“Pay-for-performance” OR “Pay for performance” OR “P4P” OR “Reimbursement, Incentive” OR “Incentive Reimbursements” OR “Incentive Reimbursement” OR “Payment for performance”) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “primary health care” OR “primary care”) AND (Availability Health Services Accessibility OR Access OR Accessibilit* OR Delivery- Delivery of Health Care)))	Full text, in English and Spanish
Scopus	(((“Pay-for-performance” OR “Pay for performance” OR “P4P” OR “Reimbursement, Incentive” OR “Incentive Reimbursements” OR “Incentive Reimbursement” OR “Payment for performance”) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “primary health care” OR “primary care”) AND (Availability Health Services Accessibility OR Access OR Accessibilit* OR Delivery of Health Care)))	all fields
Web of Science	(((“Pay-for-performance” OR “Pay for performance” OR “P4P” OR “Reimbursement, Incentive” OR “Incentive Reimbursements” OR “Incentive Reimbursement” OR “Payment for performance”) AND (“Primary Health Care”[Mesh] OR “primary health care” OR “primary care”) AND (Availability Health Services Accessibility OR Access OR Accessibilit* OR Delivery- Delivery of Health Care)))	Open access, in English and Portuguese

BVS	(("Pay for performance" OR "P4P" OR "Reimbursement, Incentive" OR "Incentive Reimbursements" OR "Payment for performance" AND "Primary Health Care" OR "primary care" AND "Availability" OR "Health Services Accessibility" OR "Access" OR "Accessibilit*" OR "Delivery" OR "Delivery of Health Care"))	Full text, in English and Portuguese
EMBASE	('pay-for-performance':ti,ab,kw OR 'pay for performance':ti,ab,kw OR 'reimbursement, incentive':ti,ab,kw OR 'incentive reimbursements':ti,ab,kw OR 'incentive reimbursement':ti,ab,kw OR 'payment for performance':ti,ab,kw) AND ('primary health care':ti,ab,kw OR 'primary healthcare':ti,ab,kw OR 'primary care':ti,ab,kw) AND (availability:ti,ab,kw OR access*:ti,ab,kw OR accessibilit*:ti,ab,kw OR 'health care delivery':ti,ab,kw) AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim)	Language English, Portuguese and Spanish
Science Direct	("pay for performance" OR "incentive reimbursement") AND ("primary health care" OR "primary care") AND ("access" OR "health care delivery")	Open access & Open archive, in English and Portuguese

Fonte: elaborado pela autora (2025).

As buscas foram realizadas em maio de 2025 nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed), *Scopus*, *Web of Science*, *Science Direct*, EMBASE, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) no acesso da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). A escolha das bases de dados visou assegurar uma ampla cobertura de periódicos indexados na área da saúde, ampliando a representatividade e a diversidade das evidências científicas incluídas.

O processo de triagem e seleção dos estudos foi realizado pelo *software Rayyan*. O *software* foi desenvolvido especificamente para facilitar a execução de revisões sistemáticas e é amplamente utilizado para a administração de evidências em várias categorias de investigações de revisão de literatura (Ouzanni *et al.*, 2016).

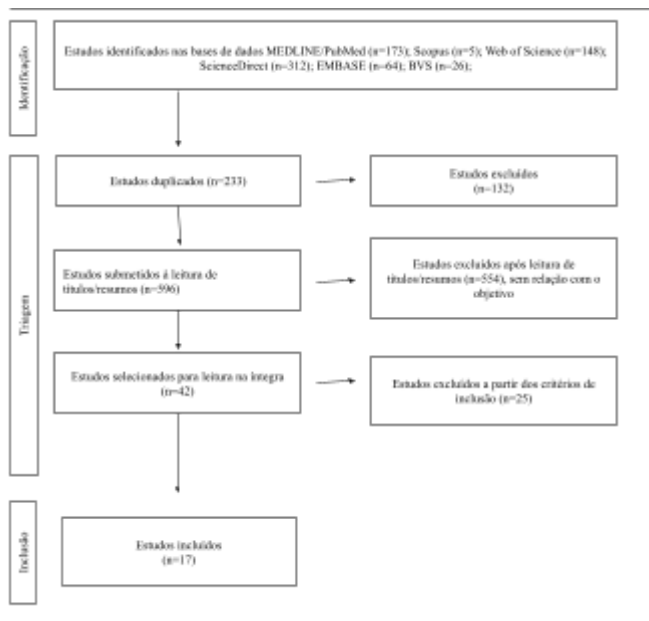
Com os estudos exportados para o *Rayyan* foi realizado a identificação e exclusão das duplicatas, posteriormente procedeu-se a leitura dos títulos e resumos por dois revisores independentes e de modo cego para identificar artigos selecionáveis, e um terceiro revisor foi incluído para resolver situações de incerteza quanto à inclusão ou exclusão do estudo. Em seguida, realizou-se leitura dos estudos na íntegra para a extração das informações que caracterizavam os estudos e respondiam à questão de pesquisa.

Os seguintes elementos foram extraídos dos estudos: título, ano, país, autoria, objetivo, método, pagamento por desempenho, tipo de financiamento, acesso à saúde na APS, relação do pagamento por desempenho, financiamento, principais resultados e conclusões. Os resultados foram organizados em quadros/diagramas/figuras com a apresentação dos achados, por meio de uma síntese narrativa dos dados, a qual foi construída de acordo com categorias temáticas que apareceram com a leitura dos textos selecionados.

RESULTADOS

As buscas nos bancos de dados recuperou 728 artigos, 42 artigos foram lidos na íntegra, 03 foram excluídos por não terem texto completo disponível gratuito, 02 pelo tipo de estudo (monografia, comentário); desses, 17 responderam à questão de pesquisa, e foram incluídos na revisão (Figura 1) dos quais 15 são de periódicos internacionais e 02 nacionais.

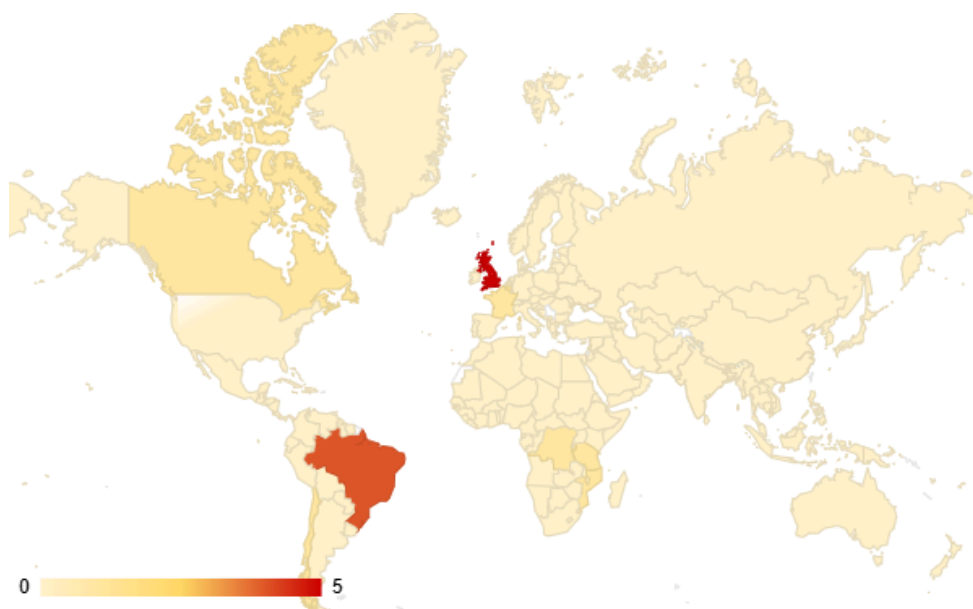
Figura 1 - Diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para o processo de revisão de escopo. Redenção, CE, Brasil, 2025.



Fonte: elaborado pela autora (2025).

Verificaram-se publicações sobre o objeto da investigação em dez países, a saber: Reino Unido (n= 5, 29,41%), Brasil (n= 4, 23,52%), Bélgica (n= 1, 5,88%), Burundi (n= 1, 5,88%), Chile (n= 1, 5,88%), Moçambique (n= 1, 5,88%), França (n=1, 5,88%), Canadá (n=1, 5,88%), Tanzânia (n=1, 5,88%), República do Congo (n=1, 5,88%), de acordo com a figura 2.

Figura 2 - Distribuição geográfica das publicações por país. Redenção, CE, Brasil, 2025.



Fonte: elaborado pela autora (2025).

Após a fase de seleção e análise, tornou-se viável organizar as características mais relevantes dos estudos que compõem a amostra. Para uma melhor compreensão as informações obtidas foram subdivididas no quadro abaixo em: autores e ano de publicação, revista em que o artigo foi publicado, metodologia utilizada pelo escritor e nível de evidência no qual cada método se enquadra, objetivo geral do estudo e principais resultados obtidos.

Dentro dos estudos selecionados foi evidenciado diferentes delineamentos metodológicos e com isso diferentes níveis de evidências enriquece a análise, possibilitando a compreensão tanto dos efeitos mensuráveis nos indicadores quanto dos elementos contextuais e operacionais dos modelos examinados. Comumente, esses sistemas são organizados de maneira hierárquica, a depender do delineamento de pesquisa, e variam entre os níveis 1 e 6 baseados na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América (Galvão 2006).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos selecionados na amostra final. Redenção, CE, Brasil, 2025.

ID	Autores /Ano	Revista	Método/Nível de evidência	Objetivo do estudo	Principais resultados
E1	MILLETT <i>et al.</i> , 2007	Canadian Medical Association Journal	Estudo longitudinal de base populacional/4	Examinar o impacto de um incentivo de P4P no apoio à cessação do tabagismo e na prevalência do tabagismo entre pessoas com diabetes em uma população multiétnica	O P4P no Reino Unido aumentou a prestação de apoio aos fumantes/diabetes. na APS A prevalência de tabagismo diminuiu embora essas reduções tenham sido menores entre as mulheres do que entre os homens
E2	MILLETT <i>et al.</i> , 2009	Journal of the Royal Society of Medicine	Estudo de coorte retrospectivo/4	Examinar o impacto do QOF introduzido no Reino Unido em 2004, na gestão da diabetes em doentes com e sem comorbilidade.	Pacientes com comorbidades parecem ter se beneficiado mais com a introdução do programa de P4P comparado àqueles sem comorbidades.
E3	CAMPBELL <i>et al.</i> , 2009	The New England Journal of Medicine	Observacional analítico/ 4	Examinar as tendências na qualidade do atendimento clínico de 1998 a 2007, período que abrange a introdução do P4P.	Melhora significativa na qualidade do cuidado para diabetes e asma; efeitos não significativos para doenças cardíacas; Não foram observadas mudanças no acesso e na relação interpessoal vinculada ao atendimento, contudo houve piora na continuidade do cuidado segundo relatos dos pacientes.
E4	HERCK <i>et al.</i> , 2010	BMC Health Services Research	Revisão sistemática/ 1	Fornecer uma visão geral de como o P4P afeta a eficácia clínica, o acesso e equidade, coordenação e continuidade, centralidade no paciente e relação custo-eficácia.	Confirmou descobertas anteriores, crescente apoio a efeitos positivos de equidade e custo-efetividade, variação significativa na eficácia e fornecimento de indicações adicionais sobre como os resultados provavelmente se relacionam com as escolhas de design e com o contexto.

E5	SERUM AGA <i>et al.</i> , 2011	British Medical Journal	Estudo com série temporais interrompidas/ 3	Avaliar o impacto de um incentivo de P4P na qualidade dos cuidados e resultados entre pacientes do Reino Unido com hipertensão na atenção primária.	A implementação do P4P não teve efeitos imediatamente perceptível, nem sustentado sobre as taxas de monitorização e controle da pressão sanguínea, somado a isso, não encontramos nenhuma mudança estatisticamente significativa na incidência cumulativa de resultados adversos importantes relacionados à hipertensão ou mortalidade após a implementação do pagamento por desempenho para os subgrupos de pacientes com experiência em tratamento e recém-tratados
E6	CORNE JO-OVA LLE <i>et al.</i> , 2015	Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral	Estudo de coorte retrospectivo/ 4	Avaliar o impacto do P4P na eficiência de cuidados primários de saúde bucal no Chile.	Impactou nas taxas de alta odontológica na população chilena de 6 anos. Foi considerado como uma das estratégias para abonar as desigualdades no acesso e uso de serviços odontológicos por pessoas menos desfavorecidas, estimulou maior engajamento e comprometimento de dentistas e municípios rurais, a fim de melhorar o acesso para crianças e obter taxas semelhantes às das áreas urbanas.
E7	FALISS E <i>et al.</i> , 2015	Health Policy and Planning	Estudo de coorte retrospectivo/ 4	Examinar as tendências dos principais indicadores ao longo dos anos em que o PBF foi testado no Burundi (2006-2009) e as hipóteses de que o PBF atrai profissionais de saúde para as unidades de saúde onde é implementado e reforça as unidades de saúde periféricas.	Associação do PBF com o aumento na cobertura de ATV, nos partos institucionais e nas consultas de pré-natal. Crescimento no número de enfermeiros por 10.000 habitantes.
E8	BLACK LOCK <i>et al.</i> , 2016 (citar)	Studies in Family Planning	Revisão sistemática/ 1	Identificar áreas nas quais a base de evidências para o financiamento do planejamento familiar em PBMRs é forte, a partir das quais recomendações podem ser feitas, e identificar lacunas no conhecimento e áreas para pesquisas futuras.	O impacto do P4P na adesão ao planejamento familiar (PF) e nos resultados de saúde associados em contextos de baixa e média renda é inconclusivo. A interpretação dos resultados do estudo é limitada pela variação entre os estudos em relação ao desenho da intervenção, ao desenho do estudo e às medidas de desfecho, além do número limitado de estudos elegíveis.

E9	MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017	J Ambulatory Care Manage	Estudo reflexivo/ 6	Descrever brevemente o sistema de APS no Brasil e sua principal iniciativa, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o PMAQ, e em seguida apresentar uma análise crítica de alguns dos programas recursos, com foco principalmente no processo e indicadores de resultados utilizados na certificação do processo.	Aborda o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e indicadores de estrutura, processo e resultado que são avaliados nas unidades de saúde. O município ao aderir ao PMAQ recebe incentivos financeiros que possibilitam um incremento em infraestrutura, suprimentos e assistência técnica destacando o potencial do pagamento por desempenho para expandir a cobertura da Equipe de Saúde da Família e ampliando o acesso aos serviços da APS.
E10	RAJKOTIA et al., 2017	Health Policy and Planning	Estudo retrospectivo caso-controle/ 4	Avaliar se o PBF é uma alternativa mais eficaz ao financiamento baseado em insumos sozinho, com foco nos serviços de HIV e MCH.	O PBF não teve efeito de transbordamento nos dois serviços não incentivados analisados. Não houve impacto significativo no número de mulheres que completaram a profilaxia da malária nas áreas de intervenção, enquanto as consultas de puericultura para crianças menores de quatro anos desenvolveram tendências crescentes no Norte e permaneceram inalteradas no Sul
E11	Lavergne et al., 2017	Health Policy	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa/ 5	Compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba.	O P4P através de repasse de recursos para os trabalhadores, passou a ser adotado cada vez mais pelos municípios paraibanos. Os resultados apontaram para uma homogeneidade em três opções de respostas (reparos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, processos de educação permanente em saúde e compras de medicamentos, insumos e materiais) nos três ciclos de avaliação. Desta forma, percebe-se que, possivelmente, na Paraíba, existia um padrão para o investimento do restante dos recursos na melhoria dos processos de trabalho conforme a decorrência dos ciclos.
E12	ZENG et al., 2018	Health Policy and Planning	Estudo quase Experimental/ 3	Quantificar o impacto do financiamento baseado em resultados (RBF) na utilização dos principais serviços de saúde materno-infantil (MCH) na República do Congo (RoC)	A pesquisa domiciliar revelou que a implementação do RBF foi associada à melhoria em alguns, mas não em todos, os serviços incentivados do MCH incluídos na análise. A pesquisa domiciliar sugeriu que os principais impactos do programa RBF foram na qualidade dos cuidados, cuidados curativos e testes de HIV/AIDS entre mulheres grávidas.

E13	MEDEIROS <i>et al.</i> , 2020	PLOS ONE	Estudo observacional analítico/ 4	Estimar a associação do PMAQ com a oferta de cuidados materno-infantil no Brasil, controlando características socioeconômicas, geográficas e da equipe de saúde da família.	Aumento na oferta de cuidados a gestantes e crianças menores de 2 anos no nível de APS. Equipes com menor número médio de consultas pré-natais ou infantis foram as mais beneficiadas pela participação no PMAQ, o que sugere que o mesmo pode motivar os profissionais de saúde com pior desempenho a se atualizarem. A experiência do Brasil demonstra que o P4P pode ser um motor para melhorar a equidade na prestação de cuidados maternos e infantis.
E14	Binyaruka, P.; Anselmi, L., 2020	British Medical Journal Global Health	Estudo observacional analítico/ 4	Avaliar sistematicamente as pontuações de eficiência em todas as instalações antes e depois da introdução do pagamento por desempenho (P4P).	Em termos de determinantes, os escores de eficiência mais elevados foram significativamente associados ao nível de cuidados (hospital e centro de saúde) e às populações de captação mais ricas apenas para hospitais e centros de saúde. Houve também variações estatisticamente significativas na eficiência das instalações em distritos, mas não ao longo do tempo. Embora não tenha havido provas do efeito do P4P na eficiência, em média, o P4P pode ter melhorado marginalmente a eficiência das instalações públicas.
E15	Carvalho, M. F.; Andrade, C. S., 2021	Revista Saúde em Redes	Estudo descritivo-analítico, do tipo análise documental/ 5	Analisar a institucionalização do P4P na APS e sua correlação com a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. (PMAQ-AB)	Dos 42 municípios agregados na região analisada, 41 (97%) possuíam adesão ao PMAQ-AB no terceiro ciclo, dos quais 39 (95%) realizavam pagamento de recompensas financeiros aos profissionais de equipes contratualizadas ao PMAQ-AB, sob denominações diversas: incentivo, bônus, prêmio, gratificação por produtividade, gratificação por desempenho, incentivo por desempenho, entre outras.

E16	Rodrigues et al., 2021	Saúde Debate	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa/ 5	Compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba.	O pagamento por desempenho, através de repasse de recursos para os trabalhadores, passou a ser adotado cada vez mais pelos municípios paraibanos. Os resultados apontaram para uma homogeneidade em três opções de respostas (reparos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, processos de educação permanente em saúde e compras de medicamentos, insumos e materiais) nos três ciclos de avaliação. Desta forma, percebe-se que, possivelmente, na Paraíba, existia um padrão para o investimento do restante dos recursos na melhoria dos processos de trabalho conforme a decorrência dos ciclos.
E17	SANCHEZ, M.-A et al., 2023	Frontiers in Public Health	Estudo de coorte retrospectivo/ 4	Avaliar mudanças nos indicadores, medidos por meios das pontuações de “Remuneração com base em Objetivos de Saúde Pública” (ROSP), comparar a evolução das áreas urbanas e rurais da França e investigar se as pontuações e as características sociodemográficas disponíveis da área estavam associadas.	Com o uso do ROSP de 2017 a 2020 houve uma melhora gradual a cada ano, nas duas regiões analisadas, sugerindo que a implementação desse modelo de P4P teve um impacto positivo na qualidade dos cuidados, e pode ser útil para melhorar a qualidade do atendimento a médio e longo prazo. Na área urbana notou-se uma melhor desempenho geral, enquanto que na área rural os dados variam conforme a densidade das subáreas.

ID - Identificação do artigo

Fonte: elaborado pela autora (2025)

O Quadro 3 apresenta uma visão geral dos principais achados presentes nos artigos sobre o pagamento por desempenho (P4P), destacando como essa estratégia através do seu design implementado em cada país afeta o financiamento e o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS).

Dentre os estudos analisados, foram identificados tanto benefícios, como melhorias em indicadores específicos, por exemplo, na saúde materno-infantil, no controle de doenças crônicas e no aumento da cobertura de certos serviços, quanto algumas limitações, como enfraquecimento de atributos da APS (integralidade, longitudinalidade e vínculo).

Quadro 3 - Descrição do pagamento por desempenho, relação do pagamento por desempenho com o financiamento e o acesso aos serviços de saúde na APS. Redenção, CE, 2025.

ID	Pagamento por desempenho	Relação do financiamento e pagamento por desempenho	Acesso aos serviços de saúde na APS
E1	Método para melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes, utiliza-se das metas de qualidade para identificar e aconselhar pacientes com doenças crônicas que fumam. Seis das 10 áreas têm componente de cessação de tabagismo (13% dos pontos)	Utiliza-se do QOF composto por base fixa (captação e contratos) e componente variável atrelado ao desempenho medido por indicadores	A proporção de pacientes atendidos, documentados e aconselhados a parar de fumar aumentou. A prevalência também reduziu entre pacientes diabéticos
E2	O estudo restringiu a análise para o impacto da utilização do QOF, com o fito de examinar se ele causava um aumento ou diminuição das diferenças no cumprimento das metas em pacientes com e sem comorbidades.	Utiliza-se do QOF composto por base fixa (captação e contratos) e componente variável atrelado ao desempenho medido por indicadores. O estudo ocorreu no âmbito do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, que fornece acesso universal, gratuito, no local de atendimento, incluindo medicamentos prescritos gratuitos para as pessoas.	A introdução deste importante programa de P4P não teve um impacto negativo na qualidade do atendimento prestado a pacientes com múltiplas condições médicas. Em vez disso, os pacientes com comorbidades clínicas parecem ter se beneficiado mais do que aqueles sem comorbidade. Isso é reconfortante, uma vez que estudos anteriores descobriram que pacientes com múltiplas condições médicas têm maior probabilidade de serem excluídos dos relatórios de desempenho para este programa.
E3	O Quality and Outcomes Framework – QOF utiliza indicadores para clínicas familiares, relacionado ao manejo de doenças crônicas, organização da clínica, experiências dos pacientes em relação ao cuidado e acesso	Modelo de P4P misto com base fixa e componente variável atrelado ao desempenho medido por indicadores, de participação voluntária, chega a representar aproximadamente 25% da renda dos médicos de família, possui cerca de 143 indicadores. Com altos níveis de adesão (99,6% dos médicos de família participaram do esquema)	Práticas concentradas em atingir metas de acesso rápido, abrindo brechas para o negligenciamento de outros aspectos. A continuidade do cuidado diminuiu após a introdução do P4P

E4	Investigação sobre a qualidade dos cuidados em ambientes de atenção primária e hospitalar, com base nos efeitos do P4P.	Utiliza de indicadores específicos, é uma alternativa para o sistema tradicional de fluxo orçamentário, visa incentivar os provedores de serviços visto que a remuneração está diretamente ligada aos indicadores de qualidade e resultados. P4P pode atingir diferentes níveis da estrutura de assistência à saúde, provedores individuais, unidades de saúde, setor privado, setor público e níveis nacionais ou subnacionais. Também centrais para muitas intervenções do P4P são componentes auxiliares significativos.	Registra-se uma diminuição no acesso oportuno aos serviços médicos da família na ótica do paciente.
E5	Um dos indicadores desse modelo de financiamento se refere ao desempenho na qualidade e nos resultados dos cuidados para condições crônicas comuns, como a hipertensão, que são amplamente desconhecidos. A Prevalência de hipertensão entre aqueles com mais de 50 anos é de cerca de 50%; A hipertensão está entre os fatores de risco cardiovascular mais tratáveis, mas substratos.	A remuneração por desempenho em larga escala nos quatro países do Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte), que visava várias doenças crônicas na atenção primária, e avaliamos seu impacto no gerenciamento e nos resultados da hipertensão. Com base na proporção de pacientes que atingem determinados indicadores de qualidade, os clínicos gerais podem receber pagamentos de até 25% de sua renda total. O programa começou em abril de 2004 e incluiu 136 indicadores de qualidade, incluindo cinco para hipertensão, um dos quais era a proporção de pacientes com pressão arterial controlada para 150/90 mmHg ou menos.	Os incentivos financeiros explícitos não melhoraram a qualidade do atendimento e os resultados clínicos para pacientes com hipertensão em cuidados primários no Reino Unido. O Tribunal constatou que a qualidade dos cuidados de saúde para a hipertensão estava a melhorar e já se aproximava do limiar fixado para a remuneração máxima na iniciativa de remuneração por desempenho. Alguns limites de desempenho podem ter sido fixados a um nível demasiado baixo para que os incentivos financeiros fossem eficazes.
E6	Percentual de assistência a gestantes, crianças de 6 a 12 anos com alta dentária. utiliza-se o mecanismo de pagamento como ferramenta para melhorar a gestão e a saúde, usando indicadores para ajudar a conter custos e melhorar a eficiência	Modelo misto: Captação per capita + Salário fixo dos profissionais + Complemento variável (P4P)	Estratégias para abonar as desigualdades no acesso e uso de serviços odontológicos por pessoas menos desfavorecidas. Incentivou maior engajamento e comprometimento de dentistas e municípios rurais, a fim de melhorar o acesso para crianças.
E7	Principais mecanismos para o aumento da cobertura dos serviços: o pagamento de um prêmio baseado no desempenho o pessoal de saúde a introdução de contratos de desempenho e de obrigações (anteriormente trimestral, agora semestral) planos de	Mecanismo de financiamento baseado em estabelecimento de contratos baseado em resultados (ou “produtos” ou “desempenho”). Por meio desses contratos a agência (ou seja, uma ONG ou Ministério da Saúde) paga subsídios pela quantidade de serviços	A falta de capital suficiente no país para investimentos em melhorias da APS continua sendo o principal empecilho com relação ao acesso aos cuidados de saúde.

	desenvolvimento do PBF no nível de unidade de saúde melhoraria o planejamento gestão e a (re)definição da responsabilidade de cada ator papel no PBF levaria a uma separação mais clara do diferentes funções e melhorar o funcionamento geral do sistema de saúde.	prestados pela unidade de saúde.	
E8	O P4P é uma alternativa ao sistema tradicional de fluxo orçamentário, visa incentivar os provedores de serviços vinculando a remuneração aos indicadores de qualidade e resultados desejados do provedor. O P4P pode atingir diferentes níveis da estrutura de assistência à saúde: provedores individuais, unidades de saúde, setor privado, setor público e níveis nacionais ou subnacionais.	As fontes de financiamento do P4P incluem governos participantes, Banco Mundial, UE, Banco interamericano de Desenvolvimento, agências bilaterais de ajuda (Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional), ONGs internacionais (CORDAID) e UNFPA.	Foi apresentado que o P4P levou a um aumento dos esforços para atrair pacientes, contudo conclui-se que o impacto do P4P na adesão ao Planejamento Familiar (PF) e nos resultados de saúde associados em contextos de baixa e média renda é inconclusivo. Ademais,.
E9	A classificação geral é medida pela participação em atividades de autoavaliação, desempenho em indicadores de saúde acordados, uso correto de dados eletrônicos e registros de saúde e resultados de um conjunto de indicadores derivados da avaliação externa. Importante para medir o nível de qualidade do atendimento na APS.	Modelo misto: Combinação de repasses fixos (PAB Fixo e incentivos por estratégia) com parcela variável atrelada ao desempenho (PAB Variável / novo modelo de cofinanciamento federal).	Envolve mais de 100 milhões de usuários, tendo capacidade de ser o maior programa de P4P do mundo.
E10	Foi implementado um programa PBF sobre a prestação de serviços de HIV, prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (PTV) e saúde materno-infantil (MCH)	O PBF é um dos únicos globalmente a ter como alvo predominantemente serviços de HIV e o único atualmente financiado pelo CDC. O doador, o implementador do programa (ONG) e as direções provinciais de saúde selecionaram conjuntamente 21 indicadores incentivados, agrupados em quatro grupos por tipo de serviço: PTV, HIV pediátrico, HIV/tuberculose em adultos (TB) e MCH (Tabela 1). O pagamento baseia-se no preço unitário de um serviço multiplicado pela quantidade desse serviço produzido. O peso da equidade foi aplicado para favorecer instalações em áreas rurais e de difícil	Impactos positivos nos resultados do MCH, PTV e do programa de HIV pediátrico foram visualizados. Contudo as gestantes, na maioria dos indicadores de tratamento do HIV em adultos não responderam ao PBF.

		acesso.	
E11	Este programa de incentivo baseia-se, em parte, na ideia de que os pagamentos incentivadores melhoraram o acesso e a continuidade dos cuidados primários para pacientes com doenças crônicas e incentivaram as clínicas a oferecer cuidados mais longitudinais e menos episódicos. Esperava-se que a melhoria do acesso e da continuidade dos cuidados primários contribuisse para uma melhor gestão das doenças crônicas e, possivelmente, para a redução das despesas.	Médicos e hospitais são financiados publicamente pelo Plano de Serviços Médicos (MSP) de pagador único do BC, sem pagamentos diretos ou seguro privado para serviços médicos necessários. Com poucas exceções, os médicos de cuidados primários são pagos por serviço. Os códigos de taxas em toda a província são negociados entre o BC Ministry of Health e os Médicos de BC (chamados de Associação Médica BC antes de 2014).	Pacientes hipertensos/diabéticos com incentivos tinham menos condições crônicas do que pacientes sem incentivos, enquanto pacientes com DPOC com incentivos tinham um pouco mais de condições crônicas do que aqueles sem. Para todas as condições, os pacientes que receberam incentivos tiveram menos probabilidade de ter um diagnóstico qualificado registrado nos 24 meses de introdução do incentivo
E12	Os programas RBF têm vários elementos além da contratação de unidades de saúde em indicadores, algumas intervenções podem resultar em maior autonomia, fortalecimento da comunicação de dados e maior capacidade de gerenciar as unidades de saúde. Consequentemente, adquirindo o potencial de provocar mudanças de gestão e de comportamento do pessoal (por exemplo, melhoria da motivação) para aumentar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde incentivados.	O programa RBF do RoC direcionado para MCH começou em janeiro de 2012 em três departamentos, principalmente rurais. Apoiado pelo Banco Mundial e gerido pelo Ministério da Saúde e População da República da Coreia, o programa RBF incentiva os prestadores a recompensar a quantidade e a qualidade verificadas dos principais serviços MCH. De acordo com a estrutura e o kit de ferramentas RBF desenvolvido pelo Banco Mundial	O esquema RBF foi associado a aumentos relativos em cuidados curativos, encaminhamentos de pacientes, distribuição de vitamina A, parto assistido e teste de HIV/AIDS entre mulheres grávidas. No entanto, o RBF não melhorou a imunização completa entre as crianças e a vacinação antitetânica (VAT2b) entre as gestantes.
E13	Foco na análise de indicadores relacionados à prestação de serviços e assistências materna e infantil.	O PMAQ é um modelo misto de combinação de repasses fixos com parcela variável atrelada ao desempenho(bônus fornecidos pelo governo federal baseado no desempenho)	Financiamento associado ao aumento da oferta de cuidados à gestante e a criança menores de 2 anos na APS
E14	Tanzânia introduziu um esquema piloto P4P na região de Pwani antes da implantação nacional, com o objetivo de melhorar os serviços de saúde materno-infantil(MCH). Todas as unidades de saúde que prestam serviços de MCH na região eram elegíveis para implementar o esquema. As Metas de desempenho do P4P para as instalações estavam	O Sistema público de saúde tem uma administração hierárquica e está organizado numa estrutura de referência, com dispensários e centros de saúde a prestarem cuidados primários e hospitais a prestarem cuidados secundários e terciários. O sistema de saúde é descentralizado, em que os gestores locais têm poderes para planejar e gerir recursos.	O P4P não melhorou nem reduziu a eficiência nas instalações de saúde. As pontuações médias de eficiência permaneceram quase inalteradas ao longo do tempo. No entanto, verificou-se um ligeiro aumento dos escores de eficiência nas instalações de intervenção e uma ligeira diminuição nas instalações de controle, o que pode

	relacionadas à cobertura de serviços específicos (por exemplo, parto institucional) ou ao conteúdo dos cuidados (por exemplo, absorção de antimaláricos durante o pré-natal)..		ter neutralizado o efeito.
E15	No terceiro ciclo, o PMAQ adotou novos do componente de qualidade, que deixa de ser fixo e passa a variar conforme um fator de desempenho, atribuído a partir do orçamento global destinado ao Programa e de acordo com a proporcionalidade dos resultados alcançados pelas equipes	O PMAQ é um modelo misto de combinação de repasses fixos com parcela variável atrelada ao desempenho (bônus fornecidos pelo governo federal baseado no desempenho)	Terceiro ciclo de implementação do financiamento reduziu os indicadores para 11, todos agrupados em torno dos temas "acesso e continuidade do cuidado".
E16	Adotou avaliações para o repasse de recursos por meio de indicadores e metas estabelecidas, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade na Atenção Básica (AB)	O PMAQ adotava uma forma de P4P diferente do modelo tradicional, onde o recurso é transferido para os provedores ou serviços de saúde com base em metas ou ações determinadas. Neste programa, o P4P passou a ser uma forma de descentralização orçamentária em que os municípios decidiam sobre a aplicação dos incentivos financeiros variáveis alcançados. Essa forma de pagamento poderia estimular os trabalhadores e a gestão a alcançarem resultados cada vez mais significativos, podendo aumentar os valores de recursos recebidos de acordo com o desempenho das equipes.	Os objetivos propostos pelo programa foram alcançados no estado, tendo o resultado da ótica dos gestores como base. Nesse sentido, percebeu-se que o PMAQ-AB, ao transferir recursos financeiros, pontua objetivos para a indução e a ampliação do acesso e da qualidade da atenção, da formação dos profissionais e da melhoria das condições de trabalho
E17	O ROSSP utiliza indicadores definidos pelo sistema nacional de seguro saúde e são aplicados em três áreas: monitoramento de doenças crônicas, medidas de prevenção e eficácia do atendimento. São usados para medir a qualidade do atendimento e das práticas médicas.	Inclui 29 indicadores clínicos, com um total de 940 pontos (1 ponto= 7 euros), participação voluntária, e um pagamento adicional com foco principal nos médicos generalistas, que devem ter um número mínimo de pacientes para serem elegíveis, financiado através de contratos entre médicos e o sistema nacional de seguro saúde (quem define as taxas de pagamento) .	Apresentou baixo potencial de acessibilidade, dificuldade no acesso a especialistas, implicando em prescrições excessivas de antibióticos, seletividade médica para pacientes com metas de P4P mais alcançáveis (recebem mais cuidados).

ID - Identificação do artigo
Fonte: elaborado pela autora (2025)

DISCUSSÃO

Após leitura e análise dos artigos percebe-se uma diversidade de características nos sistemas de saúde em diversos países com destaque para o modelo de financiamento vinculado ao pagamento por desempenho (P4P) que por sua vez se desdobra na oferta de consultas, exames e procedimentos no contexto da APS.

É importante ressaltar que o P4P se manifesta por meio de diversos conceitos, como financiamento baseado em desempenho e ou resultados, ou pagamento por performance. No entanto, todos esses termos se referem ao mesmo arquétipo de repasse de incentivos. Esse modelo pode ser descrito como um mecanismo que emprega estímulos e métricas específicas e predefinidas para alocar recursos de maneira variável aos prestadores de serviços, com o objetivo de promover a qualidade, aumentar a eficiência e melhorar a satisfação dos usuários. (Chashin et al. 2014)

Desse modo, conforme exposto nos resultados deste estudo, o financiamento por desempenho é rotineiramente associado a indicadores, metas ou outras medidas que visem mensurar a disponibilidade e a efetividade dos serviços em saúde para o público. Ademais, este formato de custeio instiga a discussão acerca da ampliação e facilitação do acesso dos pacientes.

Starfield (2002) postula que, ao lidarmos com questões de acesso, um termo frequentemente utilizado para definir é "acessibilidade". Essa terminologia, quando aplicada ao contexto da assistência à saúde, apresenta um significado ambíguo. A acessibilidade refere-se à possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços, enquanto o acesso diz respeito à maneira como os indivíduos vivenciam essa característica dos serviços de saúde.

As pesquisas contempladas no escopo da pesquisa abordaram o acesso sob diferentes vertentes, sendo descritas ou associadas a temas multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, e que influenciam diretamente nos resultados obtidos em cada um dos locais em que foi implementado o P4P. (Assis; Jesus, 2012)

No Reino Unido, o programa Quality and Outcomes Framework (QOF) é um exemplo significativo da implementação do P4P na APS. Ele mescla repasses fixos com incentivos ligados ao desempenho clínico e organizacional das equipes. Apesar de ser um programa voluntário, 99,6% dos médicos clínicos gerais aderiram à iniciativa. (Serumaga et al. 2011)

Como resultado da implementação, o Reino Unido experimentou um impacto considerável na prestação de serviços de saúde. Análises da literatura disponível mostraram uma melhoria na qualidade do atendimento e no acesso de pacientes com múltiplas comorbidades, (Millett et al. 2009) aumento considerável do suporte à cessação do tabagismo, o qual esteve relacionado com uma diminuição na prevalência do tabagismo entre diabéticos em cenários de atenção primária à saúde (Millett et al. 2007). Portanto, o programa proporcionou melhorias em indicadores específicos, além de uma redução na continuidade do cuidado (Campbell et al. 2009). O que demonstra o risco de se concentrar em objetivos específicos em vez de assegurar uma atenção integral.

Seguindo a análise no cenário britânico, quando direcionamos o olhar para os cuidados a pessoas hipertensas destaca-se que, apesar da incorporação de cinco indicadores relacionados a esse eixo temático no P4P, os impactos nos resultados clínicos se mostraram limitados.

Isso relaciona-se com metas de desempenho estabelecidas abaixo do ideal para os indicadores associados à hipertensão, de modo que os médicos não precisaram modificar significativamente suas práticas para alcançá-las. Aliado ao fato de que o desempenho apresentava uma tendência de crescimento e aproximava-se dos limites estabelecidos para a obtenção dos bônus (Serumaga et al. 2011).

Acerca dos avanços do repasse por desempenho, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no contexto brasileiro representou uma experiência nacional significativa e, posteriormente, serviu como base para os dois modelos de financiamento implementados: o Programa Previne Brasil e o cofinanciamento federal do Piso de APS.

O PMAQ-AB adotou um arquétipo de financiamento misto que mesclava repasses fixos (Piso da Atenção Básica fixo - PAB fixo) com componentes variáveis (Piso da Atenção Básica variável - PAB variável) atrelados ao desempenho, principalmente em setores como saúde da mulher, infantil e condições crônicas nos dois primeiros ciclos (Rodrigues et al. 2021).

Através da introdução desse modelo podemos destacar uma maior descentralização e a autonomia na administração municipal, visto que, os repasses aconteceram de fundo-a-fundo e a tomada de decisão em relação pra onde iria o bônus do PAB variável era de inteira responsabilidade dos gestores municipais, algo fundamental para os efeitos positivos observados, como o aumento da cobertura do pré-natal e da puericultura, bem como a

melhoria dos processos de trabalho das equipes de saúde. (Carvalho, M. F.; Andrade, C. S. 2021).

Todavia, apesar do PMAQ ter aumentado a cobertura, acesso, qualidade e o monitoramento da APS, os efeitos mais significativos se concentraram nas áreas incentivadas pelos indicadores, o que evidencia a limitação estrutural do modelo.

Destarte, os reflexos da utilização do P4P no Canadá não revelaram aumento nos números de consultas da atenção primária ou melhorias na continuidade da assistência. As mudanças totais nesses processos de atendimento ao longo dos dois anos de acompanhamento não foram estatisticamente significativas. Por fim, foi observado que os gastos com saúde aumentaram significativamente para pacientes com hipertensão (Lavergne et al. 2017).

Na França, o modelo *Rémunération sur Objectifs de Santé Publique* (ROSP) inclui características típicas do P4P, utilizando indicadores clínicos para determinar o valor adicional a ser pago aos médicos generalistas. Embora o programa tenha promovido avanços na acessibilidade aos serviços para pessoas com doenças crônicas como diabetes e hipertensão, foi evidenciado uma seleção no perfil dos pacientes com metas de tratamento mais atingíveis dentro dos critérios do ROSP.

Apontando uma tendência de limitação do acesso, o que impacta diretamente na equidade do sistema de saúde. Somado a isso, a comparação das pontuações ROSP em áreas rurais e urbanas revelou certas diferenças, com as áreas urbanas apresentando melhor desempenho geral (Sanchez, et al. 2023).

Ademais, no Chile, o modelo de financiamento por desempenho foi incorporado na APS no ano de 2003, com enfoque na eficiência dos prestadores de cuidados primários de saúde bucal. Como consequência houve um maior engajamento dos profissionais na busca por ampliar a eficiência em práticas odontológicas e melhorar o acesso à saúde bucal nos grupos mais vulneráveis. Em um contexto generalizado as taxas de cobertura urbana foram maiores que as de abrangência rural, no entanto foi evidenciado que o P4P incentivou maior engajamento e comprometimento de dentistas e municípios rurais, a fim de melhorar o acesso para crianças e obter taxas semelhantes às das áreas urbanas (Cornejo-Ovalle et al., 2015).

Sob ótica das implicações resultantes do financiamento por desempenho no cenário francês e chileno conclui-se que aspectos geográficos e determinantes sociais impactam no desempenho obtido por tais programas de repasse. Revelando a necessidade de individualizar e planejar a implementação destes.

Destarte, a Tanzânia aderiu ao modelo de Financiamento Baseado em Resultados (RBF), esse formato de custeio foi empregado em países de baixa renda, como uma estratégia para expandir a oferta de incentivos financeiros para que os prestadores de saúde atinjam metas predefinidas, e aumentem a eficiência técnica em todas as unidades, promovendo um sistema de pagamento orientado para os resultados.

Entretanto, a realidade difere da teoria, visto que as unidades analisadas apresentam funcionamento abaixo dos níveis de eficiência esperados, esse cenário é ainda mais prevalente entre as unidades de saúde primárias, ademais, vemos observa-se melhores resultados unidades de atendimento às populações mais abastadas da área de abrangência (Binyaruka, e Anselmi, 2020).

No cenário da África Subsaariana, modelos de P4P apoiados por instituições multilaterais, como Banco Mundial, Organizações Não Governamentais (ONGs) e União Europeia, têm sido amplamente empregados em iniciativas para fortalecer os sistemas da APS. Na República do Congo essas iniciativas centram-se na promoção da saúde materno infantil, aumentando a utilização e qualidade dos serviços da APS. Com a implementação do RBF registrou-se impactos significativamente favoráveis em: consultas curativas, encaminhamento de pacientes, crianças recebendo vitamina A, teste para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e partos assistidos. (Zeng et al. 2018)

Ainda na óptica do continente africano, em Burundi o sistema de saúde, em especial, os centros de saúde apresentou um custeio vinculado ao apoio estatal e internacional restrito ao fornecimento de insumos. Com a popularização do P4P em 2006 o país aderiu ao programa de Financiamento Baseado em Resultados que foi implementado em meio a uma revolução na saúde pública, no período em que taxas de utilização dos serviços foram abolidas para gestantes e crianças menores de 5 anos.

Tais mudanças trouxeram incontáveis melhorias para o cuidado da população, exemplifica-se pela maior utilização das unidades de saúde e aperfeiçoamento na infraestrutura, tornando estes centros de saúde mais atrativas para os profissionais, o que refletiu em um aumento no número de enfermeiros por 10.000 habitantes, quando comparado com províncias sem o incentivo. (Falisse et al., 2015)

Ao examinar os estudos, observa-se que cinco deles apresentam o P4P como uma tentativa frustrada de expandir o acesso aos serviços da APS, visando promover a equidade e a continuidade do cuidado. Em todos os casos, há uma expectativa de aprimoramento desses

atributos; no entanto, quando se analisa mais profundamente essa relação, observa-se limitações e inconsistências.

Entre essas limitações estão a escolha de pacientes com metas mais simples de atingir, disparidades regionais no desempenho e concentração de resultados positivos em contextos com condições socioeconômicas mais favoráveis. Isso sugere que existem obstáculos a superar no que diz respeito à equidade e à eficácia do modelo de repasse por desempenho.

Os demais estudos abordam a relação da melhoria do acesso a APS e o P4P como complemento de outros incentivos financeiros. Que de forma geral alcançou a ampliação na oferta de serviços, como crescimento no índices de consultas realizadas, melhoria da infraestrutura das unidades, qualidade nos atendimento relatada pelos pacientes, passando a conferir maior atratividade para os profissionais e incentivando-os a realizarem busca ativa de pacientes e conseqüente melhora da cobertura de públicos vulneráveis no quesito socioeconômico ou que residem em locais de zona rural onde antes o acesso aos serviços era limitado.

Limitações do estudo:

O número reduzido de estudos que abordem a relação entre financiamento baseado por desempenho e o acesso a APS e ausência de busca de estudos na literatura cinzenta cumulativamente atuaram como fatores limitantes do estudo. Além disso, nota-se a predominância de pesquisas com delineamentos observacionais e alta heterogeneidade metodológica, o que compromete a comparabilidade dos resultados e dificulta a generalização das conclusões.

Entretanto, essas limitações não invalidam os resultados, mas destacam a necessidade de estudos futuros com metodologias mais robustas que busquem investigar os efeitos do P4P no acesso a APS, incorporando de forma completa as várias nuances envolvidas nesse processo.

CONCLUSÃO

A síntese dos achados demonstra que o Pagamento por Desempenho (P4P) configura-se como estratégia de financiamento com impactos heterogêneos na Atenção Primária à Saúde (APS), cuja efetividade depende fundamentalmente do contexto, desenho operacional e fonte financiadora. Evidenciaram-se avanços pontuais em indicadores específicos como controle de doenças crônicas e saúde materno-infantil em experiências como o Quality and Outcomes Framework (Reino Unido), PMAQ-AB (Brasil) e modelos apoiados por organismos multilaterais na África Subsaariana.

Contudo, observaram-se limitações estruturais que comprometem a integralidade do cuidado, manifestadas pela priorização de metas quantificáveis em detrimento de dimensões como a longitudinalidade, a coordenação e o vínculo terapêutico. Fenômenos como seleção de pacientes e fragilização do acesso para populações vulneráveis expõem riscos éticos inerentes à lógica de incentivos financeiros quando desconectados de políticas integradas de financiamento basal.

Esta análise comparativa reforça que a sustentabilidade do P4P exige: (i) sensibilidade epidemiológica e socioeconômica na definição de indicadores; (ii) governança articulada entre incentivos, infraestrutura e participação comunitária; e (iii) mecanismos de monitoramento que capturem efeitos não intencionais sobre equidade. Conclui-se que o modelo pode funcionar como ferramenta complementar em sistemas de APS robustos, desde que alinhado aos princípios da universalidade e integralidade, evitando substituir reformas estruturais por mecanismos fragmentados de remuneração.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. et al. **Behavioral incentives on pay-for-performance schemes in primary health care: a scoping review**. *European Journal of Public Health*, v. 34, Supplement_3, 28 out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1644>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ANSEMI, Laura et al. **Pay for Performance: A Reflection on How a Global Perspective Could Enhance Policy and Research**. *International Journal of Health Policy and Management*, 24 fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.23>. Acesso em: 31 maio 2025.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso em: 9 jun. 2025.

BINYARUKA, Peter; ANSEMI, Laura. **Understanding efficiency and the effect of pay-for-performance across health facilities in Tanzania**. *BMJ Global Health*, v. 5, n. 5, p. e002326, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002326>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BLACKLOCK, Claire et al. **Paying for Performance to Improve the Delivery and Uptake of Family Planning in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review**. *Studies in Family Planning*, v. 47, n. 4, p. 309-324, 17 nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sifp.12001>. Acesso em: 1 jun. 2025.

BROCK, Sebastian P. *La Route royale. Sévère d'Antioche et les Églises d'Orient*

(512–518), I: Texte; II: Sources et documents. By Frédéric Alpi. *The Journal of Ecclesiastical History*, v. 62, n. 2, p. 366, 4 mar. 2011b. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0022046910003088>. Acesso em: 2 jun. 2025.

CAMPBELL, Stephen M. et al. **Effects of pay for performance on the quality of primary care in England**. *The New England Journal of Medicine*, v. 361, n. 4, p. 368–378, 2009. DOI: 10.1056/NEJMsa0807651.

CARVALHO, Mailson Fontes de; ANDRADE, Cristina Setenta. **A institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica em municípios do nordeste brasileiro**. *Saúde em Redes*, v. 7, n. 1, p. 51-61, 29 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1p51-61>. Acesso em: 2 jun. 2025.

CASHIN, Cheryl et al. **Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability**. 1. ed. Maidenhead: Open University Press - McGraw-Hill Education, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264224568-en>. Acesso em: 2 jun. 2025.

CORNEJO-OVALLE, Marco et al. **Pay-for-performance and efficiency in primary oral health care practices in Chile**. *Revista Clínica de Periodontia, Implantologia e Reabilitação Oral*, v. 8, n. 1, p. 60–66, abr. 2015. DOI: 10.1016/j.piro.2015.02.011.

DIACONU, Karin et al. **Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2021, n. 5, 5 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007899.pub3>. Acesso em: 2 jun. 2025.

EIJKENAAR, Frank et al. **Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews**. *Health Policy*, v. 110, n. 2-3, p. 115-130, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>. Acesso em: 31 maio 2025.

FALISSE, Jean-Benoît et al. **Performance-based financing in the context of selective free health-care: an evaluation of its effects on the use of primary health-care services in Burundi using routine data**. *Health Policy and Planning*, v. 30, n. 10, p. 1251-1260, 22 dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu132>. Acesso em: 1 jun. 2025.

GALVÃO, Cristina Maria. **Níveis de evidência**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 5, abr. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>. Acesso em: 1 jun. 2025.

KHAN, Nagina et al. **A pay for performance scheme in primary care: Meta-synthesis of qualitative studies on the provider experiences of the quality and outcomes framework in the UK**. *BMC Family Practice*, v. 21, n. 1, 13 jul. 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01208-8>. Acesso em: 1 jun. 2025.

LAVERGNE, M. Ruth et al. **Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis**. *Health Policy*, v. 122, n. 2, p. 157-164, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.001>. Acesso em: 2 jun. 2025.

LI, Na; CHEN, Wenxiao; CAO, Yuan. **Reimbursement policy considering patient revisits from online to offline in a public healthcare system.** Flexible Services and Manufacturing Journal, 13 jul. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10696-024-09557-7>. Acesso em: 2 jun. 2025.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. **Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ).** Journal of Ambulatory Care Management, v. 40, p. S4—S11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jac.000000000000189>. Acesso em: 1 jun. 2025.

MEDEIROS, Olívia Lucena de et al. **Delivering maternal and child care at primary healthcare level: the role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil.** PLOS One, v. 15, n. 10, e0240631, out. 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0240631.

MILLETT, Christopher et al. **Pay for performance and the quality of diabetes management in individuals with and without co-morbid medical conditions.** Journal of the Royal Society of Medicine, v. 102, n. 9, p. 369–377, 2009. DOI: 10.1258/jrsm.2009.090171.

OUZZANI, Mourad et al. **Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews.** Systematic Reviews, v. 5, n. 1, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 31 maio 2025.

PETERS, M. D. et al. **Scoping reviews.** In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (org.). Joanna Briggs Institute Reviewer Manual. Austrália: The Joanna Briggs Institute, 2017.

POLLOCK, Danielle et al. **‘How-To:’ Scoping Review?** Journal of Clinical Epidemiology, p. 111572, out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111572>. Acesso em: 31 maio 2025.

RAJKOTIA, Yogesh et al. **The effect of a performance-based financing program on HIV and maternal/child health services in Mozambique—an impact evaluation.** Health Policy and Planning, v. 32, n. 10, p. 1386-1396, 23 out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx106>. Acesso em: 1 jun. 2025.

RODRIGUES, André Wagner Dantas et al. **Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB.** Saúde em Debate, v. 45, n. 131, p. 1060-1074, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113109>. Acesso em: 2 jun. 2025.

RUSSO, Leticia Xander et al. **Does pay-for-performance design matter? Evidence from Brazil.** Health Policy and Planning, 25 abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czae025>. Acesso em: 31 maio 2025.

SANCHEZ, M.-A. et al. **A implementação de indicadores de remuneração por desempenho melhora a qualidade da assistência à saúde? Primeiros resultados na França.** Frontiers in Saúde Pública, v. 11, p. 1063806, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1063806>. Acesso em: 31 maio 2025.

SERUMAGA, B. et al. **Effect of pay for performance on the management and outcomes**

of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*, v. 342, jan25 3, p. d108, 25 jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.d108>. Acesso em: 2 jun. 2025.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. **Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>. Acesso em: 31 maio 2025.

SLAWOMIRSKI, Luke et al. **Pay-for-performance and patient safety in acute care: a systematic review.** *Health Policy*, p. 105051, mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105051>. Acesso em: 2 jun. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

THIEDE, Michael; AKWEONGO, Patricia; MCINTYRE, Di. **Explorando as dimensões do acesso.** In: MCINTYRE, Di; MOONEY, Gavin (org.). *Aspectos econômicos da equidade em saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137–161.

VAN HERCK, Pieter et al. **Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care.** *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 1, 23 ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>. Acesso em: 31 maio 2025.

WALICKA, Magdalena et al. **Impact of stopping smoking on metabolic parameters in diabetes mellitus: A scoping review.** *World Journal of Diabetes*, v. 13, n. 6, p. 422-433, 15 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4239/wjd.v13.i6.422>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ZENG, Wu et al. **Evaluation of results-based financing in the Republic of the Congo: a comparison group pre–post study.** *Health Policy and Planning*, v. 33, n. 3, p. 392-400, 16 jan. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx195>. Acesso em: 2 jun. 2025.