



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA – CCEN
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE
NÍVEL MESTRADO

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ-AB SOB A
ÓTICA DO GESTOR MUNICIPAL**

Rozileide Martins Simões Candeia

João Pessoa/PB
2020

Rozileide Martins Simões Candeia

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ-AB SOB A
ÓTICA DO GESTOR MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba como requisito regulamentar para obtenção do título de mestre

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite

JOÃO PESSOA
2020

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

C216a Candeia, Rozileide Martins Simoes.

Análise da utilização do incentivo financeiro
do PMAQ-AB sob a ótica do gestor municipal /
Rozileide Martins Simoes Candeia. - João Pessoa,
2020.

99 f.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes Gomes.

Coorientação: José Carlos de Lacerda Leite Leite.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. PMAQ-AB. 2. gestor municipal. 3. recursos
financeiros. I. Gomes, Luciano Bezerra Gomes. II.
Leite, José Carlos de Lacerda Leite. III. Título.

UFPB/BC

BANCA EXAMINADORA

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO DO PMAQ SOB A ÓTICA DO GESTOR MUNICIPAL

João Pessoa, 31 de agosto de 2020

ORIENTADORES

Luciano Bezerra Gomes

José Carlos de Lacerda Leite

MEMBROS

Juliana Sampaio

João Agnaldo do Nascimento

Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

André Luis Bonifácio de Carvalho

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu pai (in memoriam)
por todos os valores morais e éticos a mim transferidos.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que me concedeu a vida, o conhecimento e as oportunidades, e que mesmo sem que eu compreendesse, me guiou até aqui.

Ao **Marconi**, meu querido companheiro, sempre paciente e me apoiando nos mais mirabolantes ajustes que tive que fazer para conseguir finalizar este projeto pessoal e profissional.

Ao meu filho, **Luiz Felipe**, por ser luz na minha vida.

Aos **meus pais**, que me trouxeram ao mundo e me ensinaram a resistir, sempre. Toda honra e carinho pelo caminho que trilharam e que me trouxe até aqui.

À **Fabiana**, por ser, muitas vezes, mãe no meu lugar e sempre me lembrar que eu não sou boa de cuidar casa, por isso, sou enfermeira.

À **Ericka Holmes**, que sempre foi mais que uma amiga, uma irmã e companheira de programa e de vida. Gratidão pelos inúmeros conselhos e orientações.

Ao **Claudio**, companheiro até em pagar novamente da disciplina do Professor Ronei, e por me ligar perguntando: como posso te ajudar?

À **Jaylane e Emanuela**, por sempre estarem à disposição para ajudar nas madrugadas e ouvindo, sempre.

À **Lea Raquel**. Muito obrigada por cuidar da minha saúde mental à cada sessão de psicoterapia.

Aos meus orientadores, professor **Profº Dr. Luciano Gomes** e **Profº Dr. José Carlos**, por todas orientações e conduções. Os aprendizados adquiridos guardarei com muito cuidado.

Ao programa por me fazer acreditar, ainda com mais força, que o conhecimento multiprofissional é essencial.

À coordenadora, **profª Drª. Kátia Suely**, pela sororidade e resolutividade, extraordinárias.

Ao professor **Profº Dr. João Agnaldo** por todas as aulas de estatística, por abrir a sua casa para me receber e por todas risadas em meio ao caos.

Aos **Profs. Dr. Sergio Ribeiro** e **Drª Maria Bernadete** pelo crescimento intelectual via o grupo de estudos e Pesquisas em Administração e Informática em Saúde (GEPAIE)

Ao Professor **Prof. Dr. Hemílio**, por ser o amigo da vizinhança.

À professora **Profª Drª. Juliana Sampaio** pela assertividade e pelos insights sobre PMAQ.

À Universidade Federal da Paraíba, especialmente aos funcionários da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde.

Por fim, a mim mesma, por não desistir!

RESUMO

INTRODUÇÃO A trajetória histórica das políticas de saúde do Brasil alavancou a construção do Sistema único de saúde (SUS) efetivação como modelo vigente, fortalecendo a assistência ofertada e o maior país do mundo a possuir um sistema público de saúde baseado nos princípios da universalidade, equidade e da integralidade. Os processos que promovem qualidade da assistência são instrumentos importantes para os avanços no SUS com vistas à melhoria da qualidade, produzindo conhecimento sobre a realidade. O programa de melhoria de acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) propôs ampliar o acesso da população aos serviços da atenção básica à saúde, com qualidade dos cuidados prestados, através de estratégias de práticas de gestão transformadoras dos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. A presente pesquisa foi norteada pela indagação: *de que forma os gestores municipais do Estado da Paraíba utilizaram os recursos financeiros advindos do PMAQ-AB?* **OBJETIVO** Analisar o modo como foram utilizados os recursos financeiros advindos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica a partir da perspectiva dos gestores do estado da Paraíba durante os três ciclos. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, que utilizou questionário abordando normativas, repasse e reflexos provenientes dos recursos financeiros, aplicados com gestores municipais de saúde. O estudo foi submetido da comitê de Ética em pesquisa com seres humanos no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob número CAAE: 90331418.6.0000.8069. A amostra do estudo é composta por 219 gestores municipais do estado da Paraíba. Foi realizado análise descritiva dos dados, inferência estatística e análise de agrupamento hierárquico. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** a análise contemplou os três ciclos do programa. Mostrou que a maioria dos participantes ocupavam o cargo de secretário de saúde, fato importante por ser o tomador de decisões. Existência de lei municipal regulamentando repasse de recursos financeiros do PMAQ-AB desde o ciclo 1. As variáveis que analisaram o repasse de recursos para as equipes demonstraram maiores similaridades na tomada de decisão dos gestores para o ciclo 2 e 3. Dentro dos reflexos das tomadas de decisões no repasse dos recursos, foram identificados problemas entre os membros das equipes de saúde e entre estes e a gestão, embora vislumbrem melhorias em todas as categorias analisadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** como prática inovadora, o PMAQ-AB trouxe vertentes essenciais para o fortalecimento do acesso e qualidade, haja vista o componente de monitoramento e avaliação e a modalidade de pagamento por performance como instrumentos de práticas que fomentam bases para uma assistência com excelência. O gestor enquanto tomador de decisões, possui potencial de colaborar com a construção do conhecimento no campo de melhorias essenciais para a ABS.

DESCRIPTORIOS: atenção básica, gestão em saúde, remuneração, avaliação em saúde, Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION The historical trajectory of health policies in Brazil has leveraged the construction of SUS and effectiveness as a current model, strengthening official assistance and the largest country in the world to use a public health system based on the principles of universality, equity and integrality. The processes that promote the quality of care are important instruments for advances in SUS, with a view to improving quality, producing knowledge about reality. The PMAQ-AB proposes to expand the population's access to ABS services, with quality of services provided, through practices of management practices transformed in the work processes in the Basic Health Units. This research was organized by the organization: how do municipal managers in the state of Paraíba use the advanced financial resources of the PMAQ? **OBJECTIVE** To analyze how advanced financial resources were used for the Program to Improve Access and Quality of Primary Care, from the perspective of managers in the state of Paraíba during three cycles. **METHODOLOGY:** this is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach, which used a questionnaire addressing standards, transfer and reflexes from financial resources, applied with municipal health managers. The study was submitted to the Ethics Committee on Research with Humans at the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba, under number CAAE: 90331418.6.0000.8069. The study sample consists of 219 participants. Descriptive data analysis, statistical inference and hierarchical cluster analysis were performed. **RESULTS AND DISCUSSION:** the analysis covered the three cycles of the program. It showed that most of the participants occupied the position of health secretary, an important fact for being the decision maker. Existence of a municipal law regulating the transfer of financial resources from PMAQ since cycle 1. The variables that analyzed the transfer of resources to the teams showed greater similarities in the decision making of managers for cycle 2 and 3. Within the reflexes of decision making in the transfer of resources, problems were identified among the members of the health teams and between them and the management, although they see improvements in all the categories analyzed. **FINAL CONSIDERATIONS:** as an innovative practice, the PMAQ brought essential aspects for the strengthening of access and quality, considering the self-assessment / M & A and the P4P modality as an instrument of practices that foster bases for assistance with excellence. The decision-making manager has the potential to collaborate with the construction of knowledge in the field of essential improvements for ABS.

DESCRIPTORS: primary health care, health management, remuneration, health evaluation, Evaluation of health programs and projects.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fases do PMAQ - 3º Ciclo. Brasil, 2015.....	21
FIGURA 2 – Dimensões propostas na etapa desenvolvimento, PMAQ – 3º Ciclo. Brasil, 2020.....	22
FIGURA 3 - Teste comparativo em pares sobre concessão de incentivo financeiro às equipes de saúde da família, segundo os ciclos do PMAQ-AB	50
FIGURA 4 – Dendrograma representativo do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para o ciclo 1.....	57
FIGURA 5 – Dendrograma representativo do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para o ciclo 2.....	58
FIGURA 6 – Dendrograma representativo do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para o ciclo 3	59
FIGURA 7 - Teste comparativo em pares da variavel melhoria de acesso, segundo os ciclos do PMAQ- AB.....	66
FIGURA 8 - Teste comparativo em pares da variavel melhoria de eficiência, segundo os 3 ciclos.....	67
FIGURA 9 - Teste comparativo em pares da variavel melhoria dos processos de trabalho, segundo os ciclos do PMAQ- AB.....	68
FIGURA 10 - Teste comparativo em pares da variavel melhoria dos resultados em saúde, segundo os ciclos do PMAQ-AB.....	69
FIGURA 11 – Teste comparativo em pares da variavel melhoria da satisfação dos usuário, segundo os ciclos do PMAQ-AB.....	70
FIGURA 12 - Teste comparativo em pares da variavel melhoria da satisfação profissional, segundo os ciclos do PMAQ-AB.....	71
FIGURA 13 – Dendrogramas da análise de Agrupamento da avaliação do uso dos recursos do PMAQ-AB para a qualificação das equipes de saúde da família.....	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Dimensões da organização e desafios na gestão do SUS.....	
.....	31
QUADRO 2 – Descrição das variáveis investigadas na dimensão 1 da pesquisa.....	37
QUADRO 3 – Descrição das variáveis investigadas na dimensão 2 da pesquisa.....	38
QUADRO 4 – Descrição das variáveis investigadas na dimensão 3 da pesquisa.....	38

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Percentual de cargos ocupados pelos entrevistados.....	46
TABELA 2 – Existência de normativa municipal que regulamente o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB.....	47
TABELA 3 – Normativas municipais existentes em cada ciclo.	48
TABELA 4 - Critérios de distribuição e recebimento do repasse financeiro do PMAQ-AB.....	49
TABELA 5 – Critérios, percentuais, periodicidade e categorias que receberam os recursos do PMAQ.....	52
TABELA 6 – Periodicidade do Repasse do Incentivo Financeiro do PMAQ-AB.....	54
TABELA 7 - Utilização do restante do recurso financeiro do PMAQ-AB (Q15).....	61
TABELA 8 – Problemas identificados pelos gestores locais a partir do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB.....	63
TABELA 9 - Avaliação do gestor quanto ao incentivo da qualificação das equipes a partir do recurso financeiro do PMAQ-AB (Q17, Q18, Q19).....	64
TABELA 10 - Análise da variável melhoria de acesso, segundo os 3 ciclos.....	65
TABELA 11 - Análise da variável melhoria de eficiência, segundo os 3 ciclos.....	66
TABELA 12 - Análise da variável melhoria dos processos de trabalho, segundo os 3 ciclos.....	67
TABELA 13 - Análise da variável melhoria dos resultados em saúde, segundo os 3 ciclos.....	68
TABELA 14 - Análise da variável melhoria da satisfação dos usuário, segundo os ciclos do PMAQ-AB.....	69
TABELA 15 - Análise da variável melhoria da satisfação profissional, segundo os ciclos do PMAQ-AB.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção básica
ABS	Atenção básica à saúde
ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção primária à saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMQ	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CIR	Comissão Intergestores regional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia de saúde da família
EUA	Estados Unidos da América
IEPs	Instituições de ensino e/ou pesquisa
M&A	Monitoramento e avaliação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NS/NR	Não sabe / Não responde
P4P	Pay-for-performance
PCA-Tool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
QualiAB	Sistema de Avaliação da Qualidade da Gestão e Atenção Básica
RFB	Result-based-financing
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 TEORIZAÇÃO.....	18
3.1 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	18
3.2 O PMAQ COMO PROPULSOR DO ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	20
3.3 O PAGAMENTO POR PERFORMANCE NO PMAQ COMO INCENTIVO AO ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	25
3.4 O GESTOR MUNICIPAL NO PMAQ-AB.....	27
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	35
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	36
4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.4.1 Análise Descritiva.....	37
4.4.2 Inferência Estatística.....	41
4.4.3. Análise de Agrupamento hierárquico.....	43
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 ANÁLISE DA DIMENSÃO 1 – CARACTERIZAÇÃO DO GESTOR LOCAL EM SAÚDE.....	46
5.2 ANÁLISE DA DIMENSÃO 2 – LEGISLAÇÃO E CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO E RECEBIMENTOS DOS REPASSES FINANCEIROS DO PMAQ-AB.....	46
5.3. ANÁLISE DA DIMENSÃO 3 – REFLEXOS DA TOMADA DE DECISÃO DO GESTOR LOCAL QUANTO À UTILIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DO PMAQ-AB.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERENCIAL	80

ANEXOS	92
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	92
ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	93
APÊNDICES	94
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	95

1 INTRODUÇÃO

A trajetória histórica das políticas de saúde do Brasil, desde a proposta inicial até sua institucionalização, alavancou a construção do Sistema Único de Saúde e sua efetivação enquanto modelo vigente, fortalecendo a assistência ofertada.

Decorridas três décadas de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil afirma-se como sendo o maior país do mundo a possuir um sistema público de saúde baseado nos princípios da universalidade, equidade e da integralidade, afirmando seu potencial na vida dos cidadãos (DUARTE, EBLE, GARCIA, 2018). Campos (2018) destaca que o SUS é a expressão concreta de uma história de luta pelo direito à saúde, representando a defesa ao que foi concebido, e que também necessita de ajustes diante dos dilemas vivenciados na atualidade.

Diante de inúmeras experiências exitosas advindas dos avanços proporcionados a partir de políticas de saúde instituídas, uma fundamentada base técnica e institucional foi construída, norteadas pelo trabalho de grupos organizacionais, possibilitando a criação de regulamentações políticas para financiamentos, insumos, ações e serviços (LIMA, CARVALHO E COELI, 2018).

Apoiando-se nos pressupostos dos cuidados primários em saúde afirmados a partir da Declaração Alma-Ata (1978), é levantada a responsabilidade governamental mediante medidas sanitárias e sociais para alcançar um nível de saúde que possibilite aos cidadãos ter dignidade social e econômica, como parte do desenvolvimento do espírito de justiça social. Tal proposição apontou na direção de uma nova concepção de saúde, tendo como componente central os fatores necessários que garantir a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social, destacando a atenção básica como modelo de saúde para todos.

No Brasil, a instituição e fortalecimento da atenção básica à saúde (ABS) potencializada ao conceito de atenção primária à saúde (APS) define o exercício de oferta de “cuidados primários de saúde”. O campo da saúde emerge, assim, como um lugar analítico e metodológico, que reconhece a complexa natureza interdisciplinar e intersetorial das práticas de saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Fortalecendo a horizontalidade do cuidar, o programa avançou, consolidando-se como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como base a organização do processo de trabalho sob a dinâmica da assistência interprofissional na articulação de ações em saúde num determinado território adscrito. (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012)

Dado o processo de descentralização proposto pela operacionalização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), os municípios brasileiros despontaram como gestores do SUS. O processo de municipalização fortaleceu a utilização da autonomia como capacidade de formular políticas e executá-las sem constrangimentos externos, com liberdade para definir a agenda política local e influenciar a agenda nacional nas políticas que afetem seus interesses (FLEURY, 2014).

Tendo como objetivo o melhoramento do SUS, o governo federal, buscando ampliar o acesso e a qualidade na Atenção básica à Saúde em âmbito nacional, criou, em 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, a fim de alcançar um nível de qualidade semelhante em todas as regiões do País (BRASIL, 2011) em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), advindo da estratégia ‘Saúde Mais Perto de Você’.

O Programa despontou como uma proposta ímpar que congregou indicadores exequíveis, capaz de avigorar mudanças no modelo assistencial a partir de indicadores de produção ambulatorial e cadastramento envolvendo as seguintes áreas estratégicas: Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, e Saúde Mental.

Pautado em conjunto de indicadores de desempenho e monitoramento, previamente contratualizados, o PMAQ-AB estima uma gama de padrões de qualidade, utilizados em parte no momento de autoavaliação e no todo, quando da Avaliação Externa (BRASIL, 2015). Os indicadores monitorados pelo PMAQ-AB são instrumentos que podem sinalizar e direcionar metas a serem atingidas pelas equipes e pela gestão, já que mensuram o desempenho das equipes, permitindo autoavaliação enquanto equipe e comparação entre equipes, além de assegurar que o empenho dos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação (BRASIL, 2012; GIRARDI, SALGADO E VAN STRALEN, 2015).

A partir da avaliação do PMAQ, as equipes são estratificadas de acordo com o padrão de qualidade estabelecido pelo programa, e consecutivamente, os municípios passam a receber incentivos financeiros de acordo com os resultados atingidos por suas equipes de saúde (BRASIL, 2015). Esses incentivos podem ser repassados para os trabalhadores das equipes da AB ou serem utilizados em outros investimentos na AB, aplicando-se como sendo arcabouço de fomento contínuo à qualificação da assistência ofertada neste âmbito; entendendo que a implementação de remuneração por desempenho seja capaz de incentivar o cumprimento das metas estabelecidas (RELATÓRIO FINAL UFMG, 2014).

Assim, o PMAQ tem se caracterizado como o principal programa de pagamento por performance para a atenção básica, o qual baseia-se no alcance de indicadores de desempenho predeterminados, sendo um mecanismo para potencializar a disponibilidade, a qualidade e a utilização de serviços de saúde essenciais (SUTTON, 2012; MENDELSON, 2017).

O programa busca induzir processos que acrescentem competência aos entes gestores e às equipes de saúde na oferta de serviços com maior acesso e qualidade, mediante as reais necessidades populacionais, configurando-se como maneira de participar, de construir e aperfeiçoar o SUS, oportunizando que diferentes atores e provedores de serviços em saúde, incluindo os gestores, participem do seu delineamento, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social (ENGEL, 2015).

Levando em consideração os processos de avaliação do PMAQ, a atribuição do gestor nele, bem como o potencial de mudança que o programa é capaz de proporcionar, este estudo contribui com a reflexão acerca das contribuições trazidas por este para perspectivas futuras no que diz respeito ao fomento de novas políticas para a atenção básica e a melhoria do acesso e qualidade da oferta de serviços.

A presente pesquisa também colabora para análise e construção do conhecimento acerca dos processos de tomada de decisão gestora da saúde do Estado da Paraíba, contemplando o espaço local de produção de cuidado. Destaca-se também a necessidade de estudos que revelem a forma de utilização dos recursos advindos do PMAQ, pelos gestores locais, ampliando a argumentação sobre a tomada de decisão quanto à utilização dos recursos financeiros advindos da certificação das equipes pelo PMAQ, tendo como pano de fundo a garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

Portanto, a pergunta norteadora desta pesquisa foi: *de que forma os gestores municipais do estado da Paraíba utilizaram os recursos financeiros advindos do PMAQ?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o modo como foram utilizados os recursos financeiros advindos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica a partir da perspectiva dos gestores municipais do estado da Paraíba durante os três ciclos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as normativas instituídas pelos gestores municipais para nortear a utilização dos recursos recebidos da certificação do PMAQ-AB

Identificar os critérios utilizados pelos municípios paraibanos para distribuição dos repasses financeiros do PMAQ-AB às equipes de atenção primária em saúde;

Avaliar o modo como os gestores entendem o processo de qualificação das equipes de atenção básica sob o ponto de vista da utilização dos recursos financeiros do PMAQ-AB.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

No Brasil, o sistema de saúde pública tem como cenário de orientação inicial e ordenadora do serviço a ABS, e possui como princípio a cobertura universal (BRASIL, 2012). Sua criação, em 1988, assegurou a todo cidadão o direito aos serviços de saúde eficientes e de qualidade, ampliando o acesso da população. Um dos maiores movimentos de inclusão social já vistos na história do país foi a construção do SUS enquanto sistema de oferta de serviços de saúde, e este na constituição federal se caracteriza como um compromisso do governo junto aos direitos da população (SOUZA E COSTA, 2010).

Críticas ao modelo de assistência vertical, cuja qualidade era medida mediante a partir de intervenções médicas, fez emergir ideias convergentes sobre novos modos de fazer saúde pública. Essa ressignificação contemplou inferências sobre normas e indicadores com potencial para atuar monitorando e avaliando a qualidade dos serviços de saúde, bem como traçando a identificação de elementos que necessitam de maior atenção ou de reorganização do serviço (BOURCIER, CHARBONNEAU, CAHILL *et al.*, 2015; FACCHINI *et al.*, 2015; FACCHINI, TOMASI E DILÉLIO, 2018).

Com o encadeamento de modificações políticas, econômicas e sociais ocorridas desde a década de 60, levantam-se concepções sobre a importância do planejamento para manejar e mobilizar os recursos disponibilizados da esfera nacional para o alcance de metas definidas a partir de análises situacionais (PAIVA E TEIXEIRA, 2014).

Assim, apoiado nas diretrizes do SUS, a estratégia de saúde da família apresenta-se como porta de entrada do sistema, concentrando mais de 85% dos problemas de saúde da população, principiando o acolher, o ouvir e ser resolutivo, reduzindo danos e fortalecendo a cultura de responsabilização e integralidade frente aos problemas da saúde populacional (BRASIL, 2011; ROCHA, 2006).

A qualidade do cuidado no âmbito da estratégia de saúde da família caracteriza-se como elemento de avaliação das políticas e intervenções propostas pela ABS. Por isso, a busca para prover modelos que expressem boas práticas e organização no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) confere maior concordância desses serviços para com a PNAB, reconhecendo e estimulando a qualificação dos serviços de saúde (CAVALCANTE, NETO E SOUZA, 2016).

O processo de trabalho assim construído desenvolve a descentralização da saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível da vida das pessoas, considerando neste processo, indivíduos, famílias e comunidade para construir saúde, bem-estar e qualidade de vida, oferecendo à população a autonomia junto às equipes de saúde (CAVALCANTE, NETO E SOUZA, 2016).

Compreendendo a heterogeneidade de cenários que caracterizam a ABS, verifica-se que uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas, e portanto, revela-se a necessidade de uma produção sistemática de gestão em saúde fundamentada no foco de atuação e das tecnologias utilizadas (BRASIL, 2010; MOREIRA, VIEIRA E COSTA, 2016).

As pesquisas de cunho avaliativo desenvolvidas no Brasil muniram-se de métodos conceituais criteriosos, com reconhecimento internacional e alavancaram abordagens de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (ROCHA, 2006; MENDONÇA *et al*, 2018, BRASIL, 2010, SAVASSI, 2012; VOLPPATO *et al*, 2010. FACCHINI, TOMASI E DILÉLIO, 2018), haja vista o desenvolvimento da cultura de avaliação pressuposta pela PNAB, cuja uma das principais sustentações é a avaliação e o monitoramento ininterrupto dos produtos obtidos como um dos estágios do processo de planejamento e organização das ações (SANTOS, *et al.*, 2015).

Campelo *et al.*, (2019) e Ferreira *et al.*, (2017) concordam que processos avaliativos da qualidade estão cada vez mais em evidência, e são instrumentos importantes para os avanços necessários no SUS com vistas à melhoria da eficiência, efetividade e qualidade, produzindo conhecimento sobre a realidade, dando suporte ao processo de tomada de decisão e tornando possível repensar as estruturas operacionais.

A criação de ferramentas avaliativas da qualidade na ABS demonstra o esforço para o estabelecimento de cultura de monitoramento e avaliação (M&A) da qualidade da ABS na rotina das equipes de Saúde da Família, bem como nos diversos níveis de gestão, situando a avaliação em saúde como estratégia ímpar na tomada de decisão, reconhecendo-a como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2017).

Nesta perspectiva, pode-se destacar quatro iniciativas: Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), Sistema de Avaliação da Qualidade da Gestão e Atenção Básica (QualiAB) e Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), que são ferramentas de gestão que norteiam melhoramentos e avanços nas maneira de agir em saúde

da ABS, incidindo sobre a qualidade das ações realizadas, e na institucionalização da avaliação de qualidade neste âmbito (KEHRIG *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2014).

No percurso, o Ministério da Saúde procedeu inúmeras iniciativas para implementação de mecanismos estratégicos de inserção de uma nova cultura avaliativa com integração do M&A num sistema organizacional capaz de desenvolver e fortalecer técnica e analiticamente a ABS. Destaca-se o desenvolvimento do PMAQ-AB no Brasil, dada a ampla adesão das equipes de saúde da família, atrelada ao incentivo financeiro proporcionado pelo programa e a mobilização dos diversos atores locais enquanto agentes dinâmicos no processo (CRUZ *et al.*, 2014; FELISBERTO *et al.*, 2009; HARTZ E SILVA, 2005; (KEHRIG *et al.*, 2016).

A reflexão dos sujeitos e grupos envolvidos no processo avaliativo da qualidade da saúde ofertada finda por favorecer uma autoavaliação da equipe de saúde e da gestão a partir de problemáticas territoriais, auxiliando na construção de novas estratégias que visem a melhorar os serviços de saúdes (BRASIL, 2012).

Sobretudo, cabe ressaltar que as práticas avaliativas se configuram como mecanismos que potencializam a gestão municipal de saúde, cujo propósito não se restringe apenas à identificação de problemas, mas que diz respeito ao planejamento de intervenções a partir de iniciativas concretas, considerando o momento presente com vistas ao horizonte futuro.

3.2 O PMAQ COMO PROPULSOR DO ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O panorama de articulação em prol da qualificação da assistência no âmbito da saúde pública, especificamente na ABS, possibilitou a expansão de iniciativas avaliativas, devido à carência de mecanismos que analisassem a qualidade da produção do setor saúde, para que se pudesse, desse modo, aperfeiçoar as práticas assistenciais, baseando-se na gestão centrada na realidade (GOMES, BARBOSA E FERLA 2016).

A Portaria nº 1.654 GM/MS é publicada no ano de 2011 e o PMAQ-AB é criado a partir de pactuação das três esferas de gestão do SUS, representadas pelo MS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (ENGEL, 2015).

Sua criação propõe ampliar o acesso da população aos serviços da ABS, bem como garantir que a qualidade dos cuidados prestados neste âmbito avance positivamente. Para tanto, o programa propõe uma estratégia contínua e progressiva das práticas de gestão,

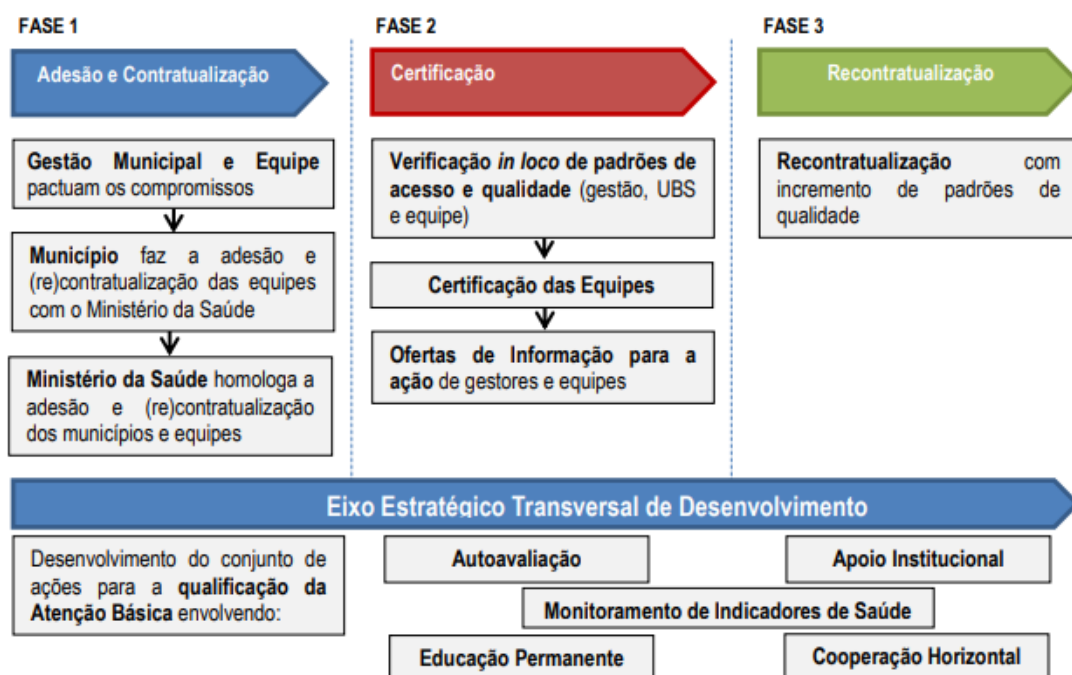
cuidado e participação na atenção básica; tendo potencial de transformar os processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012).

O desenho do PMAQ-AB estruturou-se a partir de sete diretrizes (ANEXO I) que suscitam, além da prática contínua de M&A a partir de indicadores, o envolvimento de gestores das três esferas governamentais, no intuito de analisar padrões que ampliem a satisfação do usuário e qualifiquem o processo de trabalho, conferindo resolutividade, qualidade e transparência. (BRASIL, 2015; PINTO, SOUSA E FERLA, 2014)

A cultura de gestão compartilhada frente à tomada de decisão traz consigo o nome gerir, o qual incentiva o desenvolvimento da equipe na resolução das necessidades de saúde dos usuários. O ambiente problematizador fomentado pelo PMAQ-AB, aponta resultados esperados à luz do olhar da individualidade que cada contexto possui, definindo prioridades agindo como dispositivo que provoca o coletivo frente ao presente, e favorece a investigação sobre o processo, suas relações e condições de trabalho (BRASIL, 2011C; 2011D; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; PINTO, SOUSA E FERLA, 2014; BRASIL, 2011),

Conforme o manual instrutivo para as equipes de atenção básica e Núcleos de Apoio à saúde da família publicado em 2017, o PMAQ-AB está disposto em três fases e um eixo transversal de desenvolvimento de atividades complementares, visando à qualidade e a melhoria do acesso na ABS (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Fases do PMAQ - 3º Ciclo.



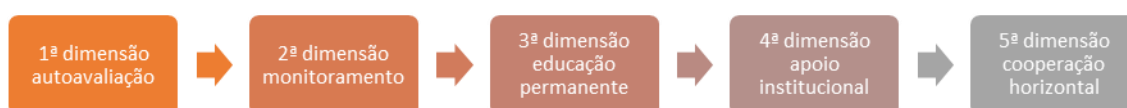
FONTE: Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica e NASF. Ministério da Saúde, 2017.

A etapa *Adesão e Contratualização/Recontratualização* contempla a indicação a partir da pactuação das equipes pelos gestores municipais, ao Ministério da Saúde, do quantitativo de equipes de Atenção Básica ao programa, por meio da contratualização de compromissos. A fase contratualização diz respeito à inserção de novas equipes no programa, enquanto a recontratualização é pertinente àquelas equipes que já participaram de ciclos anteriores. Ambas ocorrem de forma voluntária, a partir da determinação de compromissos pactuados entre gestores municipais e equipes, e destes com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015; PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015).

A segunda etapa, *Desenvolvimento* das ações, organiza os processos de gestão, ordenando mudanças para o cuidado e acesso na atenção básica (BRASIL, 2015), a partir de um conjunto de ações que devem ser realizadas pelos membros atuantes do processo. É composta de ações transversais, dispostas de modo sistemático, que ocorrem no ciclo 3, como eixo transversal. Deste modo, cinco momentos são destaques (FIGURA 2).

O primeiro momento, a autoavaliação, é ponto de partida da fase de desenvolvimento, provocando a equipe de atenção primária na reflexão do seu processo de trabalho e na construção de novas práticas através da montagem de estratégias que possibilitem a superação dos nós críticos, não se restringindo, portanto, apenas à identificação destes e ocorrendo de maneira contínua e permanente.

FIGURA 2 – Dimensões propostas no eixo transversal no 3º Ciclo do PMAQ–AB.



FONTE: Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica e NASF. Ministério da Saúde, 2017.

Destaca-se que neste momento é incentivado o uso de instrumentos que balizem tal prática. A aplicação do instrumento de Autoavaliação direcionado à Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) não é obrigatória, possibilitando, portanto, aos gestores municipais e às equipes de AB desenvolver ou selecionar ferramentas outras que melhor se ajustem às suas vivências (MORAES E IGUTI, 2013; BRASIL, 2013). Contudo, as equipes que realizam esta etapa têm 10% da nota atribuída à certificação da equipe.

O instrumento AMAQ-AB propicia a reflexão sobre o processo de trabalho entre gestão e equipes de saúde, levando em conta as necessidades e satisfação dos usuários;

utilizando escalas numéricas constituídas por escores gerais, organizados em dimensões e subdimensões que abrangem o esperado em termos de qualidade da gestão e atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2013).

A dimensão monitoramento avalia indicadores, cujo uso das informações subsidia a tomada de decisão quanto às prioridades das ações para a melhoria da qualidade da AB, considerando as demandas das equipes participantes e dos gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2013). Os indicadores monitorados enriquecem o processo do PMAQ-AB, fortalecendo a cultura de autoavaliação como peça de valor na contratualização de metas entre o gestor municipal, com definição de metas e prioridades (PINTO, SOUSA E FLORÊNCIO, 2012).

A dimensão Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde apoia-se na reorientação do modelo de atenção do Brasil, como “estratégia de gestão” provocadora de mudanças do modo de pensar a assistência e sua execução, repercutindo de modo autêntico e real nas práticas de saúde, para além do caráter pedagógico da proposta. Constitui-se como dispositivo para a qualificação das práticas de saúde no cotidiano dos serviços para seu fortalecimento (ALMEIDA *et al.*, 2019).

A quarta dimensão explora o apoio institucional, que segundo Pereira Júnior e Campos (2014), foi constituída a partir da terceira edição da Política Nacional de Humanização. A prática, pressupõe a desburocratização do processo de trabalho a partir o estabelecimento de relações profícuas entre os sujeitos, cujas funções se complementam de modo interativo no exercício da gestão, superando, a partir deste novo, as formas tradicionais de gerir.

O apoio institucional se constitui dispositivo que desenvolve o pensamento crítico em conjunto e a reflexão sobre as práticas em saúde, na busca por ampliar e conferir autonomia aos profissionais das equipes de atenção básica. Corrobora com o processo de implantação, acompanhamento e qualificação das equipes de atenção básica, por consolidar o processo de trabalho a partir de trocas que promovem atividades e sujeitos, e muda o olhar organizacional quanto à qualidade da oferta de serviços à população (MELO *et al.*, 2016).

Transposta a etapa desenvolvimento, a terceira fase do PMAQ-AB diz respeito à *Avaliação Externa*, e é executada em parceria entre o Departamento da Atenção básica e instituições de ensino e/ou pesquisa (IEPs) brasileiras, que participam desde a construção do instrumento de avaliação, até a logística das visitas às unidades de saúde com a aplicação dos questionários nos mais de municípios (FAUSTO *et al.*, 2014).

Os avaliadores previamente selecionados para essa etapa são capacitados pelas IEPs aplicando, a nível local, instrumentos que verificarão padrões de acesso e qualidade da infraestrutura e funcionamento, a partir de entrevista com os profissionais das equipes de saúde e usuários.

A etapa origina um escore criado a partir de nota que inclui a autoavaliação, a avaliação de indicadores e a avaliação externa, determinando o percentual mensal que deve ser repassado pelo MS ao fundo municipal, no componente de qualidade, conforme estabelece a Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011 e a Portaria 866, de 03 de maio de 2012 (PINTO, SOUSA E FLORÊNCIO, 2012).

A *Certificação* classifica as equipes em cinco escores de desempenho: *Desempenho Ótimo*, *Desempenho Muito Bom*, *Desempenho Bom*, *Desempenho Regular* e *Desempenho Ruim*. De acordo com a Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, o resultado final compreende a análise das ações, atribuindo-se pesos percentuais para os atributos avaliados, que somados determinam a nota final, passando a gestão municipal a receber os valores determinados pelos desempenhos alcançados pelas equipes certificadas no Componente de Qualidade do Piso de Atenção Variável (PAB Variável) (BRASIL, 2017).

Cabe salientar que embora a autoavaliação seja considerada como ponto alto de mudança do processo de trabalho da ABS, não se pode restringir toda a reorganização da equipe a este momento, já que esta é responsável por 10% da nota final (KEHRIG *et al.*, 2016; BRASIL, 2015). A desvalorização da etapa autoavaliativa interpõe-se às concepções do programa e subestima os resultados desenvolvidos pelas equipes do que diz respeito às reflexões dos processos de trabalho e de análise de indicadores da atenção básica.

O processo desenvolvido pelo PMAQ-AB assimila uma oportunidade de refletir sobre os processos da assistência ofertada e modificações que podem ocorrer nos modelos municipais de saúde a partir do esforço das equipes e gestores locais, tendo como suporte o recebimento de recursos financeiro a partir da certificação do PMAQ-AB.

A instituição de novas políticas e legislações, especificamente a nova versão da Política Nacional da Atenção Primária, em vigor desde 2017 e a portaria nº 2.979, que regulamenta o Programa Previnde Brasil, contribui com mudanças que geram incerteza no modelo de saúde vigente, no que tange ao acesso e à qualidade dos serviços ofertados. A proposta levantada pelo Programa Previnde Brasil considera a quantidade de pessoas cadastradas pelos serviços de atenção básica, além de indicadores de desempenho como estratégias para definição e repasse de financiamentos; mudanças que, segundo Stevanim (2019), compõem um panorama que retrata uma contenção nos gastos públicos aliada a uma

elevação de preços de serviços e bens particulares em saúde. Concomitantemente, verifica-se, na população, um agravamento das condições epidemiológicas.

Neste teor, Mendes, Carnut e Guerra (2018) frisam que a ABS, sendo expressa como porta de entrada do sistema de saúde, deve ser guiada por financiamento que retrate a sua representatividade, orientando-se por critérios alicerçados nas necessidades do coletivo local, refletindo o parâmetro de equidade sustentado pelo SUS.

3.3 O PAGAMENTO POR PERFORMANCE NO PMAQ COMO INCENTIVO AO ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Aumentar a relação custo-benefício nos gastos com a saúde é um desafio comum a todos os países, uma vez que a qualidade e eficiência dos cuidados prestados podem reduzir lacunas existentes entre a oferta destes e as melhores evidências científicas aceitas. Tal feito busca melhorar e garantir a qualidade da atenção à saúde da população, qualificando as decisões de acordo com a necessidade do território adscrito, gerando impacto na saúde ofertada (DITTERICH, MOYSÉS E MOYSÉS, 2012).

Métodos tradicionais de pagamento têm sido questionados, alavancando o desenvolvimento de novas estruturas sustentadas em sistemas de informação que mensuram o desempenho e projetam novos mecanismos, a fim de alinhar incentivos financeiros com qualidade e eficiência (CASHIN *et al.*, 2014).

Nessa linha de raciocínio, modelos de pagamentos com combinação de diferentes métodos destacam-se como novas tecnologias e buscam alinhar incentivos a objetivos do sistema de saúde relacionando-os à qualidade, coordenação, melhoria da saúde e eficiência (WHO, UNICEF, 2018).

A aplicação de incentivos à remuneração básica tem sido técnica utilizada por gestores, cujo objetivo é estimular a equipe e otimizar os processos de produção, possibilitando o alcance de propósitos organizacionais e ampliação da qualidade (ZERMIANI, BALDANI E DITTERICH, 2018). Ademais, a utilização desses recursos como ferramenta gerencial busca de resultados e de recursos humanos, deve considerar os atuais desafios expostos pelas reformas do âmbito da saúde em curso no mundo (DITTERICH *et al.*, 2012).

O método pagamento por desempenho (*pay-for-performance*, P4P), consiste na permuta de dinheiro a provedores ou serviços de saúde conforme os resultados obtidos frente

a ações ou metas mensuráveis e previamente estabelecidas. A modalidade tem por objetivo incentivar melhores ações individuais e coletivas, visando a resultados padronizados e qualificados (BARRETO, 2015; MANNION E DAVIES 2008; PEARSON *et al.*, 2008). O método do P4P pode ser aplicado de diferentes formas, considerando a realização de procedimentos ou sob análise de condições de saúde de determinados grupos, por exemplo. (ZERMIANI, BALDANI E DITTERICH, 2018; OXMAN E FRETHEIM, 2009).

Programas com o propósito de aprimorar o desempenho na saúde pública através de incentivos financeiros podem ser encontrados na China, Reino Unido; na região autônoma de Andaluzia na Espanha; além de países como Ruanda, Camarões, Austrália, Canadá, EUA, Nova Zelândia (REZENDE *et al.*, 2018; KONDO *et al.*, 2016), e embora apresentem sistemas de saúde com características de organização distintas, fundamentam a remuneração por desempenho na lógica de que consequências positivas induzem comportamentos que refletem na melhoria de resultados.

Considerando ainda o contexto internacional, o P4P tem sido defendido como expediente que possibilita a melhoria da qualidade da assistência através do alcance de metas pactuadas, e apesar de existirem lacunas sobre sua efetividade, é uma das estratégias dominantes na busca da qualidade dos sistemas e organizações de saúde (OXMAN E FRETHEIM, 2009; MANNION E DAVIES, 2008).

O modelo P4P tem sido uma estratégia adotada com o objetivo de ensejar mudanças de comportamento baseadas em alcançar resultados mais satisfatórios em provedores de serviços de saúde, individual ou coletivamente. (BARRETO, 2015).

No Brasil, os municípios têm adotado diferentes formas de organização da atenção e de modelos de gestão. Especificamente no âmbito da gestão por resultados, o uso de incentivos financeiros tem angariado interesse do Ministério da Saúde, a exemplo do PMAQ que foi inspirado em experiências internacionais de sistemas de avaliação do desempenho agregadas ao componente financeiro (ZERMIANI, BALDANI E DITTERICH, 2018; GIRARDI; SALGADO; VAN STRALEN, 2015).

Segundo Macinko, Harris e Rocha, (2017) e Fausto *et al.*, (2014) a extensão, o número de usuários cobertos, o montante de recursos investidos e o desempenho das equipes traduzido em repasses de incentivos financeiros para a gestão municipal fazem do PMAQ-AB o maior programa mundial de P4P às equipes de saúde. Assim, o mapeamento, o monitoramento e a avaliação do modelo de P4P proposto e pelo PMAQ-AB podem trazer à luz, de forma ampla, suas limitações e possibilidades de aplicação, além do efeitos relacionados ao seu uso (BARRETO, 2015).

O desenho do PMAQ-AB, com consequente certificação e incentivo, propõe o compromisso dos atores para com as práticas de gerenciamento da assistência. Barbosa *et al.*, (2016) destacam que a performance das equipes durante o processo é um fator determinante para a certificação. Os impactos do P4P são capazes de melhorar a qualidade e facilitar a redução de custos, porém cabe observar a necessidade de estabelecer causalidade entre os programas e as mudanças no desempenho dos trabalhadores como pontos avaliativos (UFMG, 2014; FRETHEIM, 2009; ZERMIANI, BALDANI E DITTERICH, 2018).

Ter instrumentos que avaliem o impacto do modelo de alocação dos recursos do PMAQ-AB sob o ponto de vista da qualidade da assistência ofertada pelas equipes de saúde participantes, significa compreender com maior ênfase os reflexos do P4P e as circunstâncias resultantes da adoção dessas iniciativas enquanto agentes transformadores da realidade (MORAES E IGUTI, 2013).

O aumento no financiamento global proporcionado pelo PMAQ-AB para a ABS é expressivo. Inexistente em 2010, repassou 70 milhões de reais em 2011 para equipes certificadas, quase 700 milhões em 2012 e foi orçado em mais de 1,6 bilhões em 2014; tendo a criação do componente de qualidade do PMAQ-AB, elevado o PAB Variável entre 2010 e 2014, de 5,92 para 11,17 bilhões (BARBOSA *et al.*, 2016). Os números caracterizam o impacto financeiro da lógica de financiamento da ABS proporcionada pelo programa, que além da indução à adesão, traz o incentivo à melhoria gradual da assistência à saúde.

Este, somado à Emenda Constitucional 95 (EC 95), ao sucateamento das empresas estatais e privatização da gestão pública, em especial dos serviços de saúde e educação se desenha como mecanismo criado pelo governo, e recomendado pelo Banco Mundial, como imposição de perdas importantes, que podem chegar a mais da metade dos recursos recebidos atualmente, a centenas de municípios, notadamente os de menor porte demográfico (NARVAI, 2019).

3.4 O GESTOR MUNICIPAL NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB

O gestor no processo de descentralização do SUS

O modelo de atenção voltado à ESF no país tem conquistado importantes avanços na expansão do acesso aos serviços de saúde, registrando contínua ampliação desse sistema de organização da atenção básica nos municípios, incorporando ações ofertadas à população na primeira esfera de atenção (FAUSTO E FONSECA, 2013).

A descentralização da gestão modificou o fluxo de recursos governamentais no sistema de saúde. Dessa forma, as possibilidades de intervenção por parte de agentes políticos são afetadas, o que se reflete nessas comunidades representadas. No intuito de estruturar a gestão descentralizada com provisão de serviços de saúde para garantir o acesso pleno da população aos programas de saúde, o processo de estruturação do SUS avançou conduzido desde a União sentido à descentralização municipal (FLEURY *et al.*, 2010; ROSA E SULZBACH, 2004).

Destarte, conforme estados e municípios aderiram às condições negociadas de forma tripartite, responsabilidades sanitárias foram transferidas para estes. Concomitantemente, a oferta de serviços foi ampliada juntamente com o estabelecimento de processos estáveis de formulação, monitoramento e expansão da base de financiamento tripartite, proporcionando maior autonomia a cada instância no processo de decisão em relação à aplicação dos recursos que atendam às necessidades locais. (ARCARI *et al.*, 2020; FLEURY *et al.*, 2010).

Sônia Fleury (2014) argumenta que o processo de descentralização no Brasil divide opiniões, destacando que céticos alegam que esta pode ameaçar a democracia, na medida em que a captura dos recursos pelas elites regionais provoca o ressurgimento do autoritarismo; temem que diminua a coerência da comunidade política nacional e fragilize a coordenação de políticas sociais, favorecendo a ocorrência de instabilidades fiscais. Opostamente, sobre a estratégia de democratização, Fleury (2014) destaca três pontos:

- 1 – os governos subnacionais tendem a ser mais responsáveis (*accountable*) perante a cidadania, uma vez que os cidadãos podem monitorar melhor os governos locais;
- 2 – cria oportunidades para os cidadãos desenvolvam novas práticas de participação dentro de arenas locais, recuperando a comunidade como um espaço político importante para se engajar em ações de solução de problemas coletivos;
- 3 – permite inclusão de diferentes setores da sociedade no processo decisório dos governos locais.

Ademais, é pertinente ressaltar que grande parte do debate sobre os impactos da descentralização vem refletir como este poder local pode acometer a institucionalidade democrática e a eficiência econômica.

Sobre potencialidades e nós críticos vivenciados no processo de descentralização pela gestão local, Pinafo, Carvalho e Nunes (2016) reitera que cabe ao gestor analisar e consolidar os cenários da descentralização da saúde no âmbito municipal. Para tanto, cabe considerar a ampliação do acesso da assistência à saúde a nível local por meio da participação dos

conselhos municipais no orçamento e na definição das prioridades, da prestação de contas, e da capacitação profissional.

Assim, nota-se que a consolidação da descentralização desvela-se como desafio para a gestão local, requerendo competências técnicas e gerenciais. Sendo assim, o gestor municipal precisa estruturar, organizar, planejar e avaliar, atualizando as informações, disseminando conhecimento na dimensão política e institucional (MARTINS E WACLAWOVSKY, 2015; PAIVA *et al.*, 2019).

O gestor da saúde depara-se com gigantescos problemas para regular o acesso das pessoas pelo desconhecimento das reais necessidades de saúde, falta de ferramentas adequadas para gerir o sistema e o subfinanciamento da atenção básica, da atenção especializada de média complexidade (área preterida em todo o período de construção do SUS) e da alta complexidade, que consome grande parte dos recursos públicos, além de outras limitações (COSEMS, 2019).

Competências e habilidades no desempenho da função

A organização das práticas gestoras deve possibilitar a institucionalização de ações de monitoramento e de avaliação a nível municipal. Um bom gestor, além de apresentar posicionamento ético e demonstrar capacidade técnica, deve garantir que os investimentos sejam aplicados e direcionados de forma que diminuam-se as desigualdades detectadas pelo gestor na comunidade atendida. (CARVALHO *et al.*, 2020; CARVALHO, SHIMIZU E SOUSA, 2017).

Nas últimas décadas, os serviços e sistemas de saúde na atenção básica vêm passando por processo amplo de expansão. Além disso, verifica-se que o investimento no setor, principalmente no que se refere à qualificação de ações e criação de intervenções que deem suporte aos serviços ampliados, não é suficiente, o que representa grande desafio aos gestores. (CARVALHO, 2016).

A acelerada expansão do SUS nas últimas décadas, aliada a iniciativas tímidas de qualificação dos gestores do sistema de saúde na criação de intervenções de retaguarda aos serviços são desafios enfrentados na atualidade. O processo de descentralização requereu maior qualificação dos gestores locais acerca da aplicação dos recursos, seus instrumentos e legislação pertinente.

Diretrizes e normas orientaram a divisão de competências e com ela regimentaram mecanismos para direcionamento regional, organização das transferências financeiras,

deixando o município com a maior responsabilidade acerca da gestão nos serviços de saúde (BRANDÃO E SCHERER, 2019). Segundo Lorenzetti *et al.*, (2014) “faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS”, e destacam a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área, a alta rotatividade dos gestores, e a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional.

Nesta vertente, estudo conduzido por Carvalho *et al.*, (2020), que analisou o perfil e as percepções de 2.313 secretários municipais de saúde sobre as agendas e os desafios para o SUS para o ciclo 2017-2020, revelou uma gama de desafios vivenciados por esta população (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Dimensões da organização e desafios na gestão do SUS.

Dimensões da organização e Gestão do SUS	Desafios mencionados pelos gestores municipais
Atenção Básica	Efetivação da contrapartida do Estado
Atenção Especializada	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade
Regionalização	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional
Planejamento	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde
Controle Social	Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde
Judicialização	Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS
Gestão do Trabalho	Implementação e pactuação de diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal
Financiamento	Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos

FONTE: CARVALHO *et al.*, 2020.

Em vista disso, convém destacar que o gestor municipal de saúde é considerado ator-chave na organização das redes de atenção à saúde e da regionalização, sendo responsável pela articulação política e administrativa e coordenação local dos serviços de saúde, utilizando o pensar sistêmico na construção de agendas amplas que contemplem reformas nos âmbitos macro e microeconômico do SUS, alinhadas entre si quanto a gestão, atenção à saúde e modelos de financiamento (FERREIRA, *et al.*, 2018; MENDES-DA-SILVA, 2019).

Uma gestão eficaz alia os recursos financeiros disponíveis à formação de equipe dirigente que qualifique a gestão do sistema em todas as suas possibilidades operacionais e que seja capaz de oferecer assessoria técnica no que se refere a planejamento, gestão de coletivos e intervenções comunitárias (CONASEMS, 2019).

Entre falta de recursos e rotatividade, a autonomia e o protagonismo dos gestores municipais demonstram a viabilidade e relevância do modelo de gestão descentralizada, por isso o aperfeiçoamento das atividades de monitoramento e avaliação da Atenção Básica são ferramentas de auxílio na análise e organização de informações para fundamentar a tomada de decisão no âmbito local (CAVALCANTI, NETO E SOUSA, 2015; CONASEMS, 2019).

Por fim, a reflexão trazida por Fleury *et al.* (2010) dimensiona a complexidade do gerir saúde na instância local, expondo que governar em saúde traduz um conjunto de responsabilidades, decisões, formulação e execução de políticas no âmbito municipal, considerando a necessidade de prestar contas de cada investimento, buscando incentivar e propiciar melhores resultados de produção local.

A figura do gestor local no PMAQ-AB

O objetivo do programa PMAQ-AB é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, contribuindo com o progresso do padrão de oferta de serviços com qualidade para o cidadão. Utilizando o financiamento, o programa oportuniza aos municípios atingirem melhorias no gerenciamento de políticas fundamentadas nas necessidades locais.

Um dos aspectos importantes para que o PMAQ-AB tenha resultado importante nos municípios é uma gestão pública dos recursos que preze pela qualidade, especificamente a gestão municipal de saúde, que tem por responsabilidade realizar o planejamento, acompanhamento e avaliações dos serviços de saúde prestados. (FLÔRES *et al.*, 2018).

Considerando que um dos objetivos do PMAQ-AB é que os gestores locais, suas equipes de saúde de atenção básica e os usuários se envolvam em um processo de modificação na abordagem sobre a gestão e qualificação da atenção básica tomada de decisão,

sempre tendo em vista a melhoria da qualidade do serviço prestado e do acesso a ele. (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Sobre este ponto é válido ressaltar que a inovação creditada ao PMAQ-AB consiste em estratégia indutora da cultura de análise e intervenção que associa o incentivo financeiro ao desempenho profissional, a partir de indicadores e padrões, tornando possíveis comparações estatísticas entre os resultados alcançados por gestões locais e suas equipes de saúde (LE MOS, PRADO E MEDINA, 2018).

É importante destacar que o programa, em todas as suas etapas, mobiliza os diversos atores implicados com AB, por meio de estratégias que pressupõem um estímulo à problematização entre os atores do processo, gestores, equipes e usuários, de modo que se produzam mudanças efetivas na prestação dos serviços. (PINTO, SOUSA E FERLA, 2014).

Contudo, a vivência do processo de modo dialogado, favorecendo a negociação, apresenta fragilidade na prática. Pode-se mencionar como exemplo a etapa da adesão ao PMAQ-AB pelas equipes de saúde, onde o caráter “participação voluntária” não é destacado pelos gestores (BETUSSO E RIZOTTO, 2018; JALES, JALES E GOMES, BARBOSA E FERLA, 2016; SAMPAIO, 2016).

O demonstra, em certa medida, que a Considerando o leque de responsabilidades que envolvem o desempenho da gestão local em saúde, Paiva *et al.* (2018) lembram que a ausência de institucionalização do cargo de gestor municipal da saúde corrobora para a indefinição do mesmo, sendo este fato potencializado pela deficiência de uma formação profissional adequada.

Em seu estudo, os autores mencionam que, atualmente, mais de 70% das pessoas que ocupam posição de gestores não fizeram nenhum curso ou capacitação para exercer tal papel de comando (PAIVA *et al.*, 2018).

Logo, os fatos acima mencionados constituem gargalos que comprometem a organização dos serviços, inclusive do PMAQ-AB, reduzindo o acesso e a qualidade da oferta de serviços e cuidados no âmbito da atenção primária (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Para superar os desafios, o gestor, deve saber trabalhar em equipe de forma a desenvolver os conhecimentos e técnicas do grupo, buscando sinergia e desenvolvimento contínuo, já que aprimorar competências técnicas e administrativas na prática profissional é fundamental na articulação e compartilhamento democrático (PAIVA *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa define-se como sendo uma abordagem metodológica do tipo quantitativa, exploratória, descritiva e analítico, uma vez que, respectivamente, “aprofunda o conhecimento em determinado tema, tornando-o explícito ou evidenciando novos campos de estudo” e “apresenta as características de determinada população ou fenômeno, ou, ainda, estabelece relações entre variáveis” (BARBOSA *et al*, 2012, p. 42). A investigação proposta se baseia numa base de dados primária, originada de pesquisa realizada com gestores municipais da saúde, contemplando o estado da Paraíba, cuja coleta ocorreu no ano de 2018.

Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa tipifica-se como sendo um levantamento, caracterizado pela interrogação direta a respeito do comportamento que se deseja conhecer, a partir do pedido de informações a um grupo significativo de pessoas a respeito do problema abordado. Posteriormente, diante de análise quantitativa do material, chegue-se às conclusões que correspondem aos dados coletados (GIL, 2002).

Neste contexto, Fonseca (2002) e Gil (2002) ratificam que este tipo de procedimento técnico pode ser utilizado em estudos exploratórios e descritivos conduzidos a partir do levantamento de uma amostra ou levantamento de uma população. Nesse caso foi considerado um levantamento do tipo amostral, tendo em vista que foi selecionada uma amostra dos gestores municipais contemplando os 223 municípios da Paraíba.

O estudo foi conduzido paralelo à Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, ocorrida no segundo semestre de 2018, que percorreu os municípios do estado da Paraíba, envolvendo 1281 equipes de Atenção Básica, 101 equipes de Saúde Bucal, 266 Equipes NASF e 4 usuários de cada Equipe de Atenção Básica participante do PMAQ.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A base de dados da pesquisa compreende o universo de 223 gestores municipais do Estado da Paraíba, sendo incluídos na amostra aqueles que concordaram em participar da pesquisa, considerando, portanto, um total de 219 indivíduos constituintes na população-alvo. Na seleção dos participantes da amostra, definindo-se como critério de inclusão a participação de um gestor por município, escolhido entre o Secretário de Saúde ou um dos gestores responsáveis pela Atenção Básica em cada cidade.

Foram consideradas perdas para o estudo aqueles gestores que não desejaram participar da pesquisa e questionários respondidos em duplicidade. Para o caso de duplicidade de respostas, elegeu-se como critério de escolha aquelas respostas cujo participante mencionou ocupar o cargo com maior responsabilidade na tomada de decisões.

Deste modo, em cada visita municipal, após finalização dos trâmites da avaliação externa, os avaliadores do PMAQ-AB informavam aos gestores municipais sobre o propósito da pesquisa, esclarecendo que sua participação não tinha correlação com os dados avaliados neste segundo momento.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi coordenada pela equipe de pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GEPESC), sendo os participantes convidados à participarem da coleta de dados imediatamente após a conclusão dos trâmites da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Visando ao alcance dos objetivos propostos, foi construído um instrumento de coleta de dados do tipo questionário, contendo questões com abordagem tanto fechada quanto aberta, e aplicado aos gestores da atenção básica. Ressalta-se que o instrumento foi construído pelos pesquisadores, tomando como base o conhecimento teórico e conceitual destes sobre o objeto da pesquisa (ANEXO II).

O instrumento de coleta de dados é composto por **três dimensões**, elencadas nos quadros 2, 3 e 4, descritos a seguir.

QUADRO 2 – Descrição das variáveis investigadas na dimensão 1 da pesquisa.

Variáveis	Descrição das variáveis	Categorias de respostas
Q1	Idade	-
Q2	Sexo	Feminino
		masculino
Q3	Cargos ocupados pelos entrevistados	Secretário (a) municipal de saúde
		Direção/Coordenação da ABS
		Gerente
		Outros
		NS/NR
Q4	Há no município alguma normativa que regulamente o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB no município?	Sim, desde o 1º ciclo
		Sim, desde o 2º ciclo
		Apartir do 3º ciclo
		Não existe normativa
		NS/NR
Q5	Qual a normativa existente em cada ciclo	Lei municipal do PMAQ

	do programa? (ciclo 1) (ciclo 2) (ciclo 3)	Portarias e decretos
		Pactuação Formal do Conselho Municipal de Saúde
		Outras legislações
		NS/NR

FONTE: Autoria própria, 2019.

QUADRO 3 – Descrição das variáveis investigadas na dimensão 2 da pesquisa.

Variáveis	Descrição das variáveis	Categorias de respostas
Q6	O incentivo financeiro foi concedido exclusivamente para as equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB?	Sim
		Não
Q7	Qual a periodicidade do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para as equipes? (ciclo 1) (ciclo 2) (ciclo 3)	Mensal
		Bimestral
		Trimestral
		Semestral
		Anual
		Vinculada à avaliação externa do PMAQ
		Não há periodicidade definida
Q8	Você sabe em MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica? (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Não há repasse para as equipes
		Até 40% do valor recebido pelo município
		De a 40% a 60% do valor recebido pelo município
		Mais de 60% do valor recebido pelo município
		Não houve repasse para as equipes nesse ciclo
Q9	Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	NS/NR
		O resultado da avaliação externa do PMAQ
		O alcance de metas absolutas e relativas
		Algum tipo de ranqueamento relativo
		Todas as equipes de atenção básica recebem igual
		Outros
Q10	Para quais profissionais das equipes de Atenção Básica o incentivo do PMAQ-AB foi/é repassado (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Médico
		Enfermeiro
		Odontólogo
		Tec de Enfermagem
		Agente comunitário de saúde (ACS)
		Técnico ou auxiliar de saúde Bucal
		NASF
		Outro profissionais de nível superior
		Apoio/gerente
		Não há repasse para as equipes de AB
		Outros
		NS/NR
Q11	Como é utilizado o restante do incentivo do PMAQ-AB (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Repassado para gestores da Atenção Básica à Saúde
		Em Obras das Unidades Básicas de Saúde
		Em processos de Educação Permanente em Saúde para a Atenção Básica à Saúde
		Em compra de medicamentos, insumos e

		materiais
		Em investimentos não especificados na Atenção Básica à Saúde
		Todo o valor é repassado às equipes
		Outros
		NS/NR

FONTE: Autoria própria, 2019.

QUADRO 4 – Descrição das variáveis investigadas na dimensão 3 da pesquisa.

Variáveis	Descrição das variáveis	Categorias de respostas
Q12	O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS.
		Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão.
		Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde
		Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde
		Não há problemas quanto ao repasse
		Não há repasse para as equipes da AB
		Outros
Q13	Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (ciclo 1)	NS/NR
		Melhorar acesso
		Melhorar eficiência
		Melhorar processos de trabalho
		Melhorar resultados em saúde
		Melhorar satisfação do usuário
Q14	Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (ciclo 2)	Melhorar satisfação profissional
		Melhorar acesso
		Melhorar eficiência
		Melhorar processos de trabalho
		Melhorar resultados em saúde
		Melhorar satisfação do usuário
Q15	Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (ciclo 3)	Melhorar satisfação profissional
		Melhorar acesso
		Melhorar eficiência
		Melhorar resultados em saúde
		Melhorar resultados em saúde
		Melhorar satisfação do usuário

FONTE: Autoria própria, 2019.

A primeira parte do instrumento contém questões que exploram caracterização do gestor participante da pesquisa e a existência de normativas que regulamentaram o repasse dos recursos do PMAQ-AB no âmbito municipal.

A segunda parte do instrumento avaliativo diz respeito a perguntas que investigam como ocorreram os trâmites de recebimento e utilização do recursos advindo do programa pelas equipes de atenção primária, e investigam como foram utilizados os recursos durante os ciclos do PMAQ-AB.

A terceira parte contempla as variáveis que foram utilizadas para analisar os reflexos a cerca das melhorias identificadas pelos gestores municipais mediante a aplicação dos recursos financeiros para a melhoria do acesso e da qualidade.

A decisão de separar as informações coletadas segundo os ciclos do PMAQ-AB foi uma estratégia utilizada pelos pesquisadores cujo intuito foi obter com maior solidez e fidedignidade às respostas quanto à evolução do processo de trabalho, na perspectiva de investigar se houve mudanças entre os ciclos, conforme os objetivos propostos pelo Programa.

O banco de dados utilizado nesta pesquisa é composto por variáveis categóricas ordinais e nominais, que versam sobre utilização dos recursos financeiros advindos do PMAQ-AB após certificação. Os dados amostrais foram coletados por meio de duas formas de aplicação do questionário: presencial e online, de acordo com as particularidades do respondente e ciclo do PMAQ. Na forma aplicação online, teve-se como apoio a plataforma *Google Forms* de formulários eletrônicos. A versão original do banco de dados possui 223 casos e 15 variáveis (ANEXO II), sendo as variáveis organizadas e identificadas segundo os instrumentos de coleta de dados.

4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Sustentando-se na busca por entender as variáveis e como estas podem interferir no resultado referenciado pelos participantes, conduziu-se o tratamento e a análise dos dados, tomando como ponto de partida a organização e o agrupamento das informações coletadas, estruturando-as de modo a serem abordadas utilizando instrumentos adequados e fundamentados com a realidade da pesquisa.

Sendo assim, a análise de dados foi baseada em três etapas: a primeira relacionada à análise exploratória dos dados, a segunda parte relacionada à inferência, onde foi verificado o comportamento de algumas variáveis de interesse, segundo os ciclos do PMAQ, e por fim, sendo identificada a existência de modificações entre os ciclos, investigou-se através da análise de agrupamentos, qual ciclo do PMAQ difere dos demais.

4.4.1 Análise Descritiva

Com o objetivo de explorar o caráter comportamental dos dados, a análise descritiva atua descrevendo o conjunto de dados, e pode ser definida como sendo o conjunto de técnicas

e regras que contemplam todas as informações coletadas acerca de uma população ou amostra, sem perdas ou distorções (HUOT, 2002).

Esse tipo de análise lança mão de técnicas analíticas para proceder a investigação, as quais organizam os dados em tabelas e gráficos, proporcionando relatórios considerando a dispersão dos dados e a tendência central (MORAIS, SEM ANO).

Na presente pesquisa, após a estruturação do banco de dados, foi conduzida seleção de variáveis contemplando aquelas que remetiam à normatização municipal de repasse financeiro do incentivo PMAQ-AB, atores envolvidos no recebimento deste incentivo e avaliação quanto à melhoria do acesso, eficiência, processos de trabalho, resultados em saúde, satisfação do usuário e satisfação do profissional. A tabulação dos dados foi realizada através do programa Excel da Microsoft. Posteriormente, as variáveis e seus construtos foram introduzidos no software SPSS e analisados.

Os dados foram manejados de modo a possibilitar sua análise estatística, almejando um modelo que subsidie a tomada de decisão do gestor com maior chance de sucesso. Assim, no intuito de avaliar a relação entre a aplicação dos recursos do PMAQ-AB e os resultados obtidos relacionados com a melhoria do acesso e qualidade à atenção básica, realizou-se inferências através do teste de Friedman para avaliar a significância das relações.

4.4.2 Inferência Estatística

Após a análise exploratória de dados, procedeu-se a etapa de inferência estatística com o objetivo de avaliar o comportamento das variáveis das dimensões 2 e 3 descritas anteriormente, segundo os ciclos do PMAQ. Sendo assim, espera-se na seção resultados identificar possíveis modificações na gestão da atenção básica de saúde decorrentes da implementação do pagamento por performance utilizado no PMAQ, segundo os ciclos 1, 2 e 3.

Considerando que as variáveis que compõem as dimensões 2 e 3 do questionário são classificadas como qualitativas nominais e ordinais, e portanto, não seguem a distribuição de probabilidade normal, optou-se pela realização de testes não paramétricos para inferência estatística das mesmas.

A inferência estatística realizada visou avaliar possíveis diferenças significativas nas variáveis de interesse, segundo os ciclos 1, 2 e 3. Desse modo, considerou-se para realização do teste de inferência a população pesquisada, os três ciclos do programa, e os atributos de respostas quanto à utilização do pagamento por desempenho, pressupondo-se que

sua aceitação teórica decorram da política de saúde tomada como base. Assim, para uma variáveis do tipo nominal foi realizado o teste Q-Cochran e para variáveis do tipo ordinal, o teste de Friedman.

O teste Q-Cochran é o teste não paramétrico adequado para situações em que temos amostras relacionadas no tempo (no caso em questão, seriam os ciclos do PMAQ-AB) e há o interesse em avaliar a igualdade na proporção de respostas entre os primeiro, segundo e terceiro momentos. Este teste foi aplicado, por exemplo, à variável Q6 com o objetivo de identificar se a proporção de municípios que efetuaram o pagamento do incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB, exclusivamente, para as equipes de atenção básica permaneceu inalterada no decorrer dos três ciclos.

Assim como no teste de Q-Cochran, o teste de Friedman também é um teste não paramétrico adequado para avaliar amostras relacionadas no decorrer do tempo, mas nesse caso é possível estabelecer postos (rank) para os valores assumidos pela variável. Sendo assim, para realizar o teste de Friedman, primeiramente foram criados postos para as variáveis ordinais com o objetivo de avaliar a suposição de igualdade de médias entre os postos. Em seguida, os testes foram executados para algumas variáveis de interesse das dimensões 2 e 3, através do pacote estatístico SPSS, versão 20.0 e foi considerado o nível de significância de 5%.

Na aplicação do teste de Friedman, “se a hipótese de nulidade (de que todas as amostras - colunas - provenham da mesma população) é, de fato, verdadeira, então a distribuição de postos em cada coluna será aleatória, sendo então de se esperar que os postos apareçam em todas as colunas com **frequências** aproximadamente igual” (VIALI, 2008, n.p).

Neste estudo a hipótese testada é a de que existe diferença entre os ciclos do PMAQ-AB para a variável de interesse, contra a hipótese nula de que os resultados analisados a partir dos ciclos de ocorrência do PMAQ-AB não diferem entre si. Basicamente, a hipótese estatística testada para as diversas variáveis das dimensões 2 e 3, foi:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 \text{ x } H_1: \text{Ao menos uma das médias difere das demais;}$$

onde μ_i representa a média dos postos da variável no ciclo do PMAQ $_i$.

Ou seja:

- i. A hipótese nula, H_0 , é que não existe diferença significativa entre as médias dos postos da variável de interesse, segundo os ciclos 1, 2 e 3. Assim, a hipótese nula indica que a implementação do PMAQ não produziu diferença no decorrer de seus ciclos.
- ii. A hipótese alternativa, H_1 , é a de que ao menos umas das médias dos postos apresentou diferença significativa das demais, para a variável de interesse, segundo os ciclos 1, 2 e 3. Nesse caso, a hipótese alternativa indica que a implementação do pagamento por performance através do PMAQ produziu alguma diferença significativa no decorrer de seus ciclos. Assim, no intuito de avaliar a efetividade da aplicação dos recursos do PMAQ-AB no decorrer de seus ciclos no tocante às dimensões 2 e 3 do questionário, foram realizadas inferências através do teste de Friedman para avaliar possíveis diferenças significativas entre os ciclos do PMAQ.

4.4.3. Análise de Agrupamento hierárquico

A análise de agrupamentos (*cluster analysis*) consiste em uma técnica estatística que possibilita ao pesquisador separar, classificando os dados observados e agrupando-os em conjuntos (*clusters*) mutuamente exclusivos, de forma que as formações tenham similaridade interna e grande dissimilaridade externa (MOORI, MARCONDES E ÁVILA, 2002).

Para Pereira (1999), a análise de agrupamento tem como procedimentos de análise o cálculo das distâncias euclidianas entre os objetos estudados no espaço multiplano de todas as variáveis consideradas, sendo essa uma das principais medidas; a sequência de agrupamento por proximidade geométrica calculada a partir do objeto mais próximo e o reconhecimento dos passos de agrupamento para identificação coerente de grupos dentro do universo de objetos estudados.

O agrupamento das variáveis ocorre tomando como base a distância entre estas, tendo como base as medidas de associação: similaridade, que agrupa as variáveis a partir dos valores obtidos pela correlação; e dissimilaridade que é calculada pela distância euclidiana. Em seguida, procede-se o agrupamento hierárquico, com a formação de conjuntos com as variáveis semelhantes e, conforme os valores de similaridade e dissimilaridade, ocorrem formações de subconjuntos que se unem, construindo o universo amostral em um único grupo, ou seja, um *cluster* único com todas as variáveis analisadas. “A suposição básica de

sua interpretação é esta: quanto menor a distância entre os pontos, maior a semelhança entre as amostras” (NETO E MOITA, 1998, p. 468).

A análise de agrupamento desenvolvida nesta pesquisa possibilitou montar um panorama de decisões com o conjunto de dados da pesquisa, compreendendo que o instrumento utilizado contemplou os três ciclos do PMAQ-AB. Deste modo, a clusterização guiou a criação de dendrogramas, permitindo ilustrar os dados de maneira mais intuitiva, facilitando a interpretação e análise das tomadas de decisões dos gestores em cada ciclo de realização do PMAQ-AB.

Sobre os dendrogramas, também chamados de gráficos em árvores, cabe ressaltar que estes são singularmente relevantes na representação e “visualização de semelhanças entre amostras por pontos em espaço com dimensão maior do que três, onde a representação de gráficos convencionais não é possível” (NETO E MOITA, 1998, p. 468). Traduz através de síntese gráfica a informação, apoiando-se aí sua grande utilidade na classificação, comparação e discussão de agrupamentos (VICINI, 2005).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo cumpriu os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme normatiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Por conseguinte, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB tendo sido aceito por meio do registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, CAAE: 90331418.6.0000.8069 e executado após sua aprovação.

Os objetivos do estudo foram apresentados aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado e impresso em duas vias, sendo, no ato da coleta de dados, a primeira via entregue ao sujeito da pesquisa e a segunda arquivada pelo pesquisador, firmando assim o consentimento por escrito de participação no estudo.

Na ocasião da coleta de dados, alguns gestores optaram por responder o questionário posteriormente, mediante as demandas laborais. Assim, procedeu-se a assinatura do termo com repasse de link de acesso ao questionário para responder a pesquisa.

Convém ressaltar que foi assegurado o anonimato dos participantes, esclarecendo o direito de desistência em qualquer etapa da coleta de dados sem que isso se configurasse como prejuízo ou dano de qualquer ordem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da metodologia anteriormente apresentada, os resultados alcançados conforme a análise estatística dos dados são demonstrados juntamente com as reflexões sobre os achados, e sua discussão realizada com base em literaturas pertinentes e documentos ministeriais.

Para proceder a exploração quantitativa, o instrumento que guiou a coleta juntamente com o banco de dados foram analisados na busca de nortear a análise com clareza e determinação, obedecendo a lógica metodológica de organização das variáveis, em dimensões, a saber:

- Dimensão 1 – Identificação do gestor local em saúde e existência de normativas municipais regulamentando o repasse de recursos advindo do PMAQ-AB;
- Dimensão 2 – Legislação e critérios para a distribuição e recebimentos dos repasses financeiros do PMAQ-AB;
- Dimensão 3 – Reflexos da tomada de decisão quanto à utilização dos recursos financeiros do PMAQ-AB.

Esta divisão foi proposta considerando as literaturas pertinentes sobre a temática do estudo e as legislações norteadoras do programa e do SUS, possibilitando ajustar o norte para a condução das análises estatísticas, por meio da observação das variáveis dentro de nichos específicos.

É importante mencionar que tal estratégia facilitou a compreensão do panorama apresentado pelos dados, mostrando o caminho mais adequado a seguir na construção dos resultados que demonstraram a tomada de decisão dos gestores locais de saúde, considerando o âmbito da Atenção Primária, observando os três ciclos do PPMAQ-AB, no estado da Paraíba.

5.1 ANÁLISE DA DIMENSÃO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR LOCAL EM SAÚDE E EXISTÊNCIA DE NORMATIVAS MUNICIPAIS REGULAMENTANDO O REPASSE DE RECURSOS ADVINDO DO PMAQ-AB.

A caracterização dos participantes da pesquisa é passo inicial desta análise. Para tanto, a dimensão presente foi composta pelas variáveis que contemplaram características dos respondentes, a saber: idade, sexo, cargo/função desempenhada na secretaria de saúde e município em que trabalha.

Os dados mostram que a idade variou entre 23 e 70 anos, sendo a média da idade dos entrevistados 39 anos, com desvio padrão de 9,974. Quanto ao sexo, 76,6 % (168) dos entrevistados se autodeclararam como sendo do sexo feminino, compondo este a maioria do perfil do gestor.

No que se refere ao cargo ocupado na gestão municipal da saúde (TABELA 1), 63,9% (140) dos entrevistados mencionaram que ocupam o cargo de secretário de saúde, seguido por 25,1% (55) que referem desempenharem a função de diretor/coordenador da atenção básica.

O fato da maioria dos entrevistados terem mencionado ocuparem os cargos de secretário municipal de saúde ou Direção/Coordenação da Atenção Básica demonstra potencial de confiabilidade das respostas, por considerar que os dados obtidos foram coletados a partir de gestores que lidam diretamente com as tomadas de decisão no campo da saúde, especificamente, aquelas que dizem respeito à ABS e ao PMAQ-AB.

5.2 ANÁLISE DA DIMENSÃO 2 – LEGISLAÇÃO E CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO E RECEBIMENTOS DOS REPASSES FINANCEIROS DO PMAQ-AB

A análise desta dimensão descreve a existência de legislações e os critérios estabelecidos pelos municípios que nortearam a utilização dos repasses do PMAQ-AB. Dada a importância das demandas da política de descentralização na gestão local da ABS, debruçar o olhar sobre o modo como os gestores fundamentaram as práticas de utilização dos repasses financeiros do PMAQ-AB constitui fator de ampla importância sobre a tomada de decisão e seus impactos no coletivo da saúde municipal.

Sendo o PMAQ-AB um programa cujo desfecho contempla a certificação das equipes com o fornecimento de incentivo financeiro para implementação de práticas que melhorem o acesso e a qualidade da assistência, à luz da descentralização, tomou-se como ponto de partida da análise dimensional a investigação sobre a existência municipal de legislações norteadoras

da tomada de decisão quanto à utilização dos recursos.

De acordo com a tabela 2, verifica-se que 47% (103) dos gestores mencionaram possuir normativa municipal regulamentando a utilização dos recursos financeiros do PMAQ-AB, desde o primeiro ciclo. Este achado está alinhado com o que propõe as diretrizes do PMAQ-AB que versam acerca da mobilização e responsabilização dos gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais frente a cultura de negociação e contratualização que motive mudanças nos modelos de atenção (BRASIL, 2011; SOSSAI *et al*, 2018).

TABELA 2 – Existência de normativa municipal que regulamente o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB. (variável Q4).

Existência de normativas	<i>n</i>	%
Sim, desde o 1º ciclo	103	47,0
Sim, desde o 2º ciclo	70	32,0
A partir do 3º ciclo	16	7,3
Outras legislações	25	11,4
NS/NR	5	2,3
<i>Total</i>	219	100,0

FONTE: Autoria própria, 2020.

Tal fato é apoiado pelos resultados encontrados na análise da variável que versa sobre o tipo de legislação municipal que fundamenta o repasse (TABELA 3), a qual indica, com grande ênfase, que lei municipal do PMAQ-AB é o expediente que confere base para o gestor local nortear as suas tomadas de decisão referentes ao programa e à utilização dos recursos.

A criação de legislações municipais demonstra a preocupação do gestor em realizar o planejamento da utilização dos recursos do programa em consonância com a realidade local, direcionando sua utilização conforme os objetivos almejados. A utilização de instrumentos que balizem a tomada de decisão do gestor contribui para o processo de compreensão dos problemas e desafios existentes e que devem ser enfrentados, nortecendo a gestão quanto à definição de objetivos, agenda e cronograma de ações a serem empreendidas, além de guiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão (COSEMS, 2019).

Em contrapartida, olhando ainda a tabela 2, os dados mostram um percentual de respostas no campo OUTROS e NS/NR, com percentuais correspondentes de 11,4% e 2,3%. Considerando que a população pesquisada refere-se aos gestores municipais, embora expressem valores pequenos, estes podem significar fragilidade da concepção gestora, do seu

olhar sobre a gestão desses recursos, e do estabelecimento de políticas pertinentes à sua utilização, já que ao longo dos ciclos o número se manteve constante, expressando possível manutenção de outras normativas que conduziram à ampliação da compreensão e das decisões gestoras.

Sobre este achado, salienta-se ser primordial a utilização de expedientes ajustados e claros no planejamento do SUS, já que estes subsidiam não apenas a gestão do sistema, como também a definição e gestão orçamentária municipal, além de espelhar a qualidade da “atuação do gestor local e a integração de ações e serviços de saúde em espaços de governança e planejamento regional” (COSEMS, 2019; p. 221).

TABELA 3 – Normativas municipais existentes em cada ciclo do PPMAQ-AB (variável Q5)

<i>Normativas municipais</i>	<i>Ciclos PMAQ-AB</i>					
	<i>Ciclo 1</i>		<i>Ciclo 2</i>		<i>Ciclo 3</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Lei municipal do PMAQ	91	41,6	159	72,6	162	74
Portarias e decretos	4	1,8	4	1,8	4	1,8
Pactuação Conselho Municipal de Saúde	4	1,8	6	2,7	12	5,5
Outras	4	1,8	4	1,8	3	1,4
NS/NR	-	-	-	-	8	3,7
<i>Total</i>	103	47,0	173	79,0	189	86,3

FONTE: Autoria própria, 2020.

Com base nos percentuais observados na tabela 3, constatou-se que a variável Q5 (*Qual a normativa existente no município?*), indica *lei municipal do PMAQ-AB*, como principal expediente tomado como base para deliberar decisões. Além disso, também é possível observar que ao longo dos ciclos, aumento da quantidade de gestores que instituíram legislações municipais específicas para PMAQ-AB no âmbito municipal.

Os dados permitem refletir que este modelo foi utilizado para nortear e ajustar as decisões gestoras sobre o programa, o que pode-se concluir como sendo um fato positivo para a tomada de decisão no que diz respeito ao modo de utilização dos recursos no âmbito local.

É importante destacar também o papel do conselho de saúde quanto à criação e utilização de expedientes que permitam o melhor desenvolvimento das etapas do programa, incluindo o processo de trabalho em equipe, e também a utilização mais clara dos recursos proveniente.

Destaca-se também, sobre a criação e aprovação de legislações específicas o importante a composição do conselho municipal de saúde e o papel desempenhado por este. O

carater paritário de sua composição nas decisões, pressupõe que a criação de legislações específicas do PMAQ-AB tenham emergido de reflexões entre os conselheiros de saúde e o traçar do caminho mais sólido para o alcance dos objetivos propostos.

Sobre a criação de legislações municipais para nortear práticas financeiras, Bertusso e Rizotto (2018) mencionam que estas permitem a inclusão de mecanismos de reconhecimento e repasse de recursos. Esse processo pressupõe transparência da gestão e de suas tomadas de decisão, bem como fortalece a participação ativa de todos os agentes do fazer saúde, uma vez que este planejamento deve ser fundamentado em discussões apoiadas e aprovadas pelos conselhos municipais de saúde.

Cabe esclarecer que a existência de legislações específicas são expedientes importantes no que concerne a gestão dos recursos do PMAQ-AB, contudo, este recurso por si só, não garante planejamento e participação efetiva dos atores nas tomadas de decisão, existindo o risco destas constituírem como instrumento meramente burocrático.

O PMAQ-AB preconiza que os recursos destinados aos municípios a partir da certificação das equipes de atenção básica sejam utilizadas neste âmbito, com recursos fornecidos às equipes de atenção básica a partir da certificação sejam utilizados neste âmbito, com objetivo de qualificar a assistência. Deste modo, a análise das variáveis apresentadas na tabela 4 elucida os critérios de distribuição e recebimento dos repasses financeiros do PMAQ-AB.

No intuito de ampliar a análise sobre as decisões gestores, foram utilizados para verificação das variáveis que compõem a tabela 4, além da estatística descritiva demonstrada pelos valores de ocorrência para proporção (p), média (μ) e para desvio padrão (σ), também o teste de Q de Cochran e Friedman.

Observa-se na variável Q6, o cálculo das proporções das respostas obtidas para para que a proporção de municípios nos quais o incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido exclusivamente para equipes da Atenção Básica foi $p=0,68$ no 1º Ciclo, $p=0,77$ no 2o. Ciclo e $p=0,76$ no 3o. Ciclo, indicando que a maior parte dos gestores utilizaram os recursos provenientes do PMAQ como incentivo financeiro para profissionais das equipes de ABS.

Considerando a periodicidade em que o incentivo financeiro é repassado às equipes (variável Q7), observou-se, em geral, como caráter de pagamento a periodicidade semestral. Para este, foi observado que o teste de Friedman não rejeitou a hipótese nula de igualdade da média nos três ciclos do PMAQ-AB, logo, pode-se dizer que a periodicidade foi equivalente em todo o período observado.

A periodicidade média em que o incentivo foi repassado para as equipes foi de, exatamente, 5,77 meses para o ciclo 1, desta 21,4% do municípios responderam que o incentivo financeiro foi repassado semestralmente. O ciclo 2 obteve uma periodicidade média de respostas de 6,18 meses e o ciclo 3 uma periodicidade média de 6,36 meses; para esses dois últimos ciclos, também foram observados percentuais altos para o pagamento sendo realizado com periodicidade semestral, 36, 1% e 40,7%, respectivamente, conforme mostra a tabela 6.

No entanto, apesar da não significância nas diferenças entre os três ciclos, a análise de agrupamento considerou que o conjunto de respostas obtidas para ciclo 1 seguiu um padrão comportamental distinto do identificado nos ciclos 2 e 3, os quais apresentaram maiores similaridades. Porém, convém observar que a análise de agrupamento é um método não inferencial que forma grupos baseados na proximidade observada em medidas de distâncias, o que não contradiz o resultado não significativo do teste de Friedman.

Quanto ao percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassado para as equipes de atenção básica (variável Q8), foi constatado um valor percentual médio entre 40% e 60%. Além disso, o teste de Friedman não rejeitou a hipótese nula de igualdade do percentual médio nos três ciclos do PMAQ-AB. Isso quer dizer que a diferença existente no repasse financeiro durante os ciclos não produziu diferença significativa nos resultados da assistência à saúde pelas equipes participantes do programa.

Quanto ao questionamento “O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ?”, foi observado que o p-valor obtido em 0,001, é menor que 0,05, por isso, considera-se significativa a resposta e se aceita a hipótese alternativa de que houve diferença entre as médias encontradas nos três ciclos.

Esse achado confirma que o incentivo financeiro foi diferenciado entre as equipes participantes do PMAQ-AB, onde o valor repassado pode ter sido associado ao desempenho das equipes. Esse achado é importante, pois reforça que os gestores municipais utilizaram o recurso financeiro recebido da certificação, para pagamento pros profissionais, numa atitude recompensadora frente ao alcance das medidas propostas.

TABELA 4 - Critérios para distribuição e recebimento do repasse financeiro do PMAQ-AB.

<i>Variáveis Analisadas</i>		<i>CICLOS PMAQ-AB</i>			<i>Estatística de Teste</i>	<i>P-valor</i>
		<i>CICLO 1</i>	<i>CICLO 2</i>	<i>CICLO 3</i>		
Q6	O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ?	p=0,68	p=0,77	p=0,76	Qc=15,31	0,001
Q7	Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes?	$\mu=5,77$ $\sigma=4,16$	$\mu=6,18$ $\sigma=4,12$	$\mu=6,36$ $\sigma=3,94$	Fc=3,83	0,147
Q8	Qual o percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassado para as equipes de atenção básica?	40≤p≤60	40≤p≤60	40≤p≤60	Fc=0,20	0,905

Legenda: **Qc** - Teste Q Cochran; **Fc** - Teste Friedman; **p** - proporção; **μ** - média; **σ** - desvio padrão

FONTE: Autoria própria, 2020.

A figura 3 ratifica o resultado obtido pelo teste Qcochran para a variável Q6, apresentando as diferenças entre as proporções calculadas para cada ciclo e verificando-se que para as respostas obtidas nas ocorrências dos ciclos, as mudanças foram significativas, sendo para o ciclo 1 igual a 0,68, para o ciclo 2 igual a 0,77, e para o ciclo 3 igual a 0,76.

Cabe ressaltar que, no teste Q de Cochran para esta variável, as proporções de respostas por ciclos foram calculadas considerando os percentuais de respostas afirmativas quanto ao repasse exclusivo do incentivo para as equipes. Além disso, os testes *post hoc* para comparação dois a dois indicam claramente que a proporção observada no ciclo 1 difere das demais dos ciclos 2 e 3, confirmada pela análise hierárquica, conforme pode ser observado na figura 3.

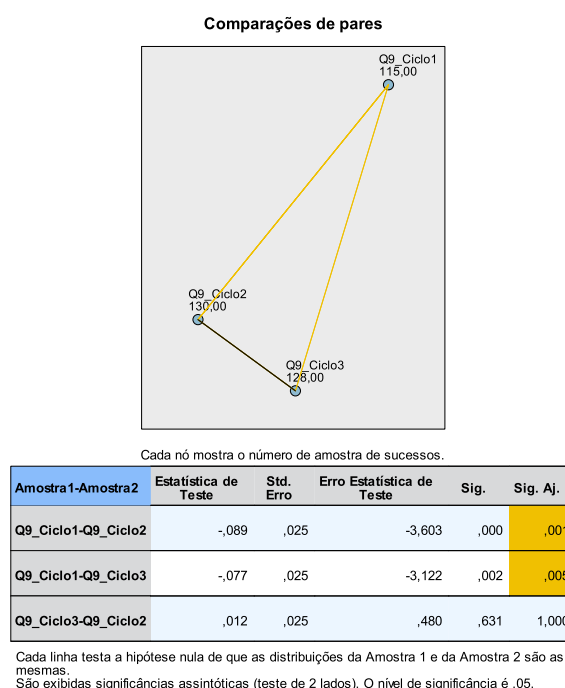
A adesão ao programa significa que gestores e equipes assumem o compromisso com as diretrizes propostas ao processo de trabalho, e é iniciado com a inserção de padrões de acesso e qualidade que culmina com a avaliação do desempenho destes, a partir de indicadores selecionados e a certificação, conforme o escore atingido. O caráter voluntário da adesão prevê que o sucesso depende da motivação e proatividade criada nos profissionais participantes (BERTUZZO E RIZOTTO, 2018; BRASIL, 2015).

A formalização da etapa da adesão junto ao MS, conforme recomendado pelo programa, deve ser pactuado por gestor e equipes de saúde, de modo que os objetivos a serem atingidos, a autonomia e as responsabilidades de ambas as partes envolvidas estejam claramente colocadas (BERTUZZO E RIZOTTO, 2018), além de estarem claras e bem acordadas as pactuações referentes ao destino e utilização dos recursos recebidos.

Por isso, é importante que os municípios disponham de dispositivos legislatórios

que norteiem o repasse e o uso dos recursos. Vendo que houve um aumento, ao longo dos ciclos do PMAQ-AB, do quantitativo de municípios que desenvolveram legislações específicas para o programa, e que os montantes recebidos nestes períodos não permaneceram sendo, exclusivamente, repassados para as equipes de saúde da família, é pertinente investigar quais os critérios utilizados pelos gestores para suas tomadas de decisão.

FIGURA 3 - Teste comparativo em pares sobre concessão de incentivo financeiro às equipes de saúde da família, segundo os ciclos do PMAQ-AB.



FONTE: Autoria própria, 2020.

Na sequência, a variável Q9 (*para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de atenção primária, quais são os critérios considerados?*), investigou os critérios utilizados pelos gestores locais do estado da Paraíba para o repasse do incentivo financeiro às equipes de saúde da família.

Para ampliar a análise desta variável, a tabela 5 descreve as frequências resultantes da análise descritiva para as respostas obtidas sobre cada ciclo, possibilitando identificar que a tomada de decisão dos gestores quanto ao repasse dos recursos, em geral, utilizou “o resultado da avaliação externa do PMAQ-AB”, seguido do “alcance de metas absolutas e relativas” para proceder a divisão.

Esses resultados mostram a importância, na visão do gestor, do resultado da

avaliação externa como guia para a distribuição dos recursos advindos do PMAQ-AB, ficando claro que este funcionou como indicador na tomada de decisão em todos os ciclos de ocorrência do programa.

É notório o caráter de trabalho baseado na perspectiva de missão e valores dos trabalhadores promovido pelo PMAQ-AB, o qual constrói por meio de indicadores de padrões de qualidade, um modelo inovador de gestão por resultados, cujo objetivo maior é a garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde a população brasileira (BRASIL, 2012; MORAES E IGUTI, 2013; SANTANA E BURLANDY, 2019).

A análise evidenciou que, em sua maioria, os gestores municipais, apoiados na existência de legislações municipais que balizam a utilização do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de saúde da família participantes do programa, tomaram como parâmetro no processo decisório, o resultado da avaliação externa do PMAQ-AB.

Ademais, é necessário esclarecer que o manual instrutivo do programa não pressupõe, especificamente, como os recursos recebidos devem ser manejados e aplicados nas equipes participantes. Diversos estudos apontam que um percentual dos montantes recebidos por ciclos são designados para os profissionais de saúde, acrescidos em seu salário (FLÔRES et al, 2018; BARRETO, 2015; MORAES; IGUTI, 2013; BERTUZZO E RIZOTTO, 2018).

Para análise da tabela 6 foi realizado o teste não paramétrico de Friedman, o que possibilitou a investigação das variáveis sob o aspecto de potenciais mudanças ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB. Prosseguindo a análise da variável Q7 (qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes), destaca-se a periodicidade de realização do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de ABS.

TABELA 5 – Critérios, percentuais e categorias que receberam os recursos do PMAQ-AB, segundo os gestores municipais.

	Ciclos PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
<i>Critérios considerados para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB (variável Q10)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
O resultado da avaliação externa do PMAQ-AB	103	52,3	126	64,0	123	56,2
O alcance de metas absolutas e relativas	19	9,6	33	16,8	36	16,4
Algum tipo de ranqueamento relativo	10	0,5	24	12,2	22	10,0
Todas as eAB recebem igual	16	7,1	16	0,1	12	5,5
NS/NR	57	28,9	2	1,0	4	1,8
<i>Percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassado para as equipes de atenção básica (variável Q14).</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Até 40% do valor recebido pelo município	32	18,7	46	23,5	44	22,3
De a 40% a 60% do valor recebido pelo município	80	46,8	111	56,6	114	57,9
Mais de 60% do valor recebido pelo município	13	7,6	19	9,7	17	8,6
Não houve repasse para as equipes nesse ciclo	-	-	1	0,5	8	4,1
NS/NR	46	18,7	19	9,7	14	7,1
Até 40% do valor recebido pelo município	32	18,7	46	23,5	44	22,3
<i>Repasse do incentivo do PMAQ-AB para os profissionais que compõem as equipes de saúde, segundo os ciclos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Médico	124	59,0	164	74,9	158	72,1
Enfermeiro	137	62,6	179	81,7	176	80,7
Odontólogos	135	61,6	179	82,1	179	81,7
Técnico em Enfermagem	70	32,1	170	77,6	170	77,6
Agente Comunitário de Saúde	125	57,3	167	76,6	170	77,6
Técnico em Saúde Bucal	124	56,6	168	76,7	169	67,2
Equipe NASF	57	26,1	95	43,4	125	57,1
Outros Profissionais de Nível Superior	28	12,8	41	18,7	49	22,4
Gerente	62	28,4	86	39,3	84	38,4
Não há repasse financeiro	29	13,2	1	0,50	13	5,90
Outros profissionais	31	14,2	47	20,5	48	21,9
NS/NR	28	12,8	10	4,60	2	0,90

FONTE: Autoria própria, 2020.

TABELA 6 – Periodicidade do Repasse do Incentivo Financeiro do PMAQ-AB.

Ciclo	1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo	
	n	%	n	%	n	%
Periodicidade						
mensal	30	22,9	36	20,0	27	15,3
bimensal	9	6,9	9	5,0	9	5,1
trimestral	16	12,2	19	10,6	20	11,3
semestral	42	32,1	65	36,1	72	40,7
anual	34	26,0	51	28,3	49	27,7
NS/NR	88		39		42	
Total	131	100,0	180	100,0	177	100,0
Total	219		219		219	

FONTE: Autoria própria, 2020.

O teste de Friedman realizado para a análise da periodicidade revelou p-valor maior que 0,05 e comprovou que não houve mudança significativa na tomada de decisão do gestor conforme os ciclos foram acontecendo. A análise de agrupamento observou mais uma vez uma menor proximidade do ciclo 1 em relação aos demais, enquadrando o mesmo em um grupo de dados, enquanto que os ciclos 2 e 3 demonstraram valores semelhantes e por isso, agrupando-se como outro grupo.

É imprescindível falar que uma parcela dos gestores, em referência ao 1º ciclo, não tinha periodicidade definida ou não realizavam o repasse às equipes de saúde da família, fato que sofreu redução nos percentuais, conforme os ciclos foram ocorrendo.

Estima-se que a ocorrência dos ciclos do PMAQ-AB, aliada às experiências vivenciadas, às discussões oportunizadas entre os atores participantes e ao conhecimento adquirido neste caminho, geraram reflexões quanto à definição da periodicidade dos repasse financeiro e o modo eficaz de fazê-lo. Esta reflexão apoia-se no fato de que os dados mostram que houve variação positiva dos percentuais de respostas dos gestores municipais, conforme a ocorrência dos ciclos para todos municípios participantes da amostra.

Sobre a periodicidade do repasse, o relatório *Diálogos Online* (UFMG, 2014) recomenda que para manter o caráter de incentivo decorrente do desempenho alcançado, a remuneração seja realizada trimestral, semestral ou anualmente, uma vez que o pagamento mensal descaracteriza o estímulo proporcionado pela remuneração por desempenho.

O pagamento oportunizado aos trabalhadores de saúde não é claramente definido na legislação que rege o PMAQ-AB, e portanto, não deve ser incentivado como um sistema

exclusivo de recompensa profissional (MORAES E IGUTI, 2014). Contudo, diversos estudos mostram que o recurso financeiro, em percentual variável, é pactuado por vários municípios, como mecanismo para incentivar a adesão dos trabalhadores das equipes de ABS ao processo (PINTO, SOUZA E FERLA, 2014; MORAES E IGUTI, 2014; BERTUZZO E RIZOTTO, 2018).

Tomando como base a aplicação do incentivo financeiro do PMAQ-AB nas equipes de saúde da família, outro ponto em comum demonstrado na tabela 5 aborda também o percentual do incentivo recebido do PMAQ-AB que é repassado (variável Q14). A tabela revela, num olhar global sobre os três ciclos, que o percentual de repasse com maior frequência concentra-se entre 40% e 60%. O teste de Friedman indicou não haver diferença significativa entre os três ciclos para a variável Q14.

Analizando de modo específico as alternativas de respostas fornecidas, verifica-se que a maioria dos gestores municipais designaram um percentual de 40% a 60% do valor recebido do PMAQ-AB para as equipes de atenção básica (TABELA 5). Também é possível compreender que houve avanço gradual de adesão de municípios nesta modalidade de percentual de repasse, conforme a ocorrência dos ciclos, provocando reflexão sobre a tomada de decisão do gestor municipal quanto à utilização dos recursos nas equipes da atenção básica.

Partindo do pressuposto dos desafios e limitações que são vivenciados pela ABS, bem como o caráter desta enquanto porta de entrada do usuário ao sistema público de saúde, espera-se que maiores investimentos alocados de maneira pertinente, ajustados às demandas locais, tenham maior potencial de modificação da realidade, efetivando o que almeja o programa: qualidade da assistência e acesso ampliado aos serviços e demandas de cuidado.

Os dendrogramas complementam as análises para as variáveis Q9, Q13 e Q14, permitindo deduzir que as tomadas de decisões dos gestores municipais do estado da Paraíba para o ciclo 2 e 3, apresentam correspondências quanto à alocação, aos repasses e investimentos nas equipes de saúde da família certificadas pelo PMAQ-AB. Esse fato também foi evidenciado por Uchôa *et al* (2018) em seu estudo, os quais perceberam um aumento gradativo na adesão aos ciclos do programa, correlacionando-se com o montante de recursos financeiros sendo destinado para melhorias nos serviços, na infraestrutura, e nos insumos disponíveis às equipes certificadas.

Sabendo que o repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB foi usado para pagamento salarial dos profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família, foi proposta a avaliação isoladamente da variável que investigou os profissionais que recebiam os repasses (*Repasso do incentivo do PMAQ-AB para os profissionais que compõem*

as equipes de saúde, segundo os ciclos) (TABELA 6).

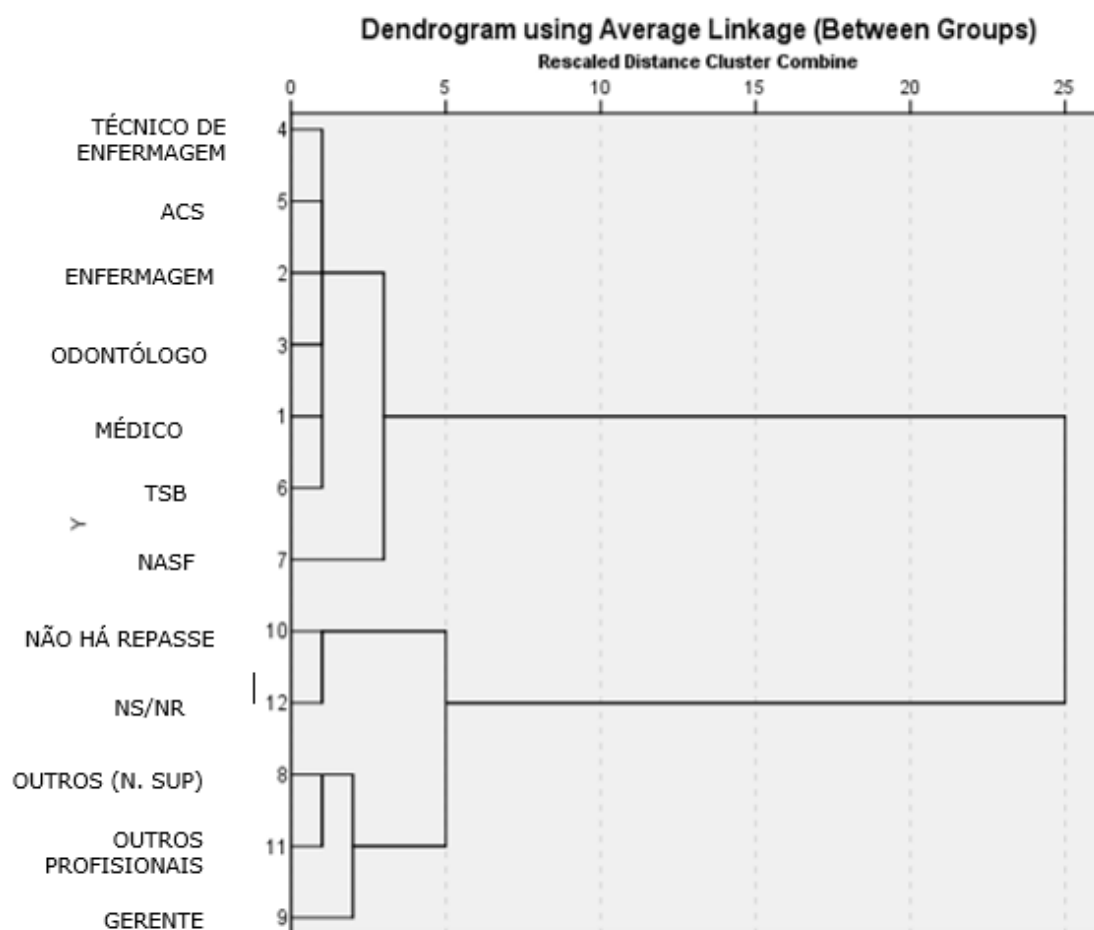
A observação progressiva dos ciclos permite concluir que os profissionais de nível superior que compõem a equipe mínima de saúde da família estiveram incluídos no conjunto de repasses, somando os maiores escores percentuais. Também registraram-se escores de pagamentos para profissionais de saúde do NASF e de demais funções como o gestor.

As figuras 4, 5 e 6 expressam os dendrogramas resultantes da análise de agrupamento do comportamento dos dados em relação ao repasse dos recursos financeiros destinados segundo as categorias profissionais investigadas, segundo os ciclos do PMAQ-AB. Sob este ponto de vista, destaca-se com ênfase a tomada de decisão dos gestores no que concerne o pagamento para os profissionais de saúde da família.

Tal comportamento é claramente observado no dendrograma do ciclo 1 e 2, no qual as duas figuras mostram semelhanças em termos de destinação de recursos, segundo os profissionais de saúde. Já o dendrograma referente ao terceiro ciclo expressa de modo explícito uma nítida separação dos grupos: profissionais que compõem a equipe mínima e profissionais que não compõem a equipe mínima de saúde da família.

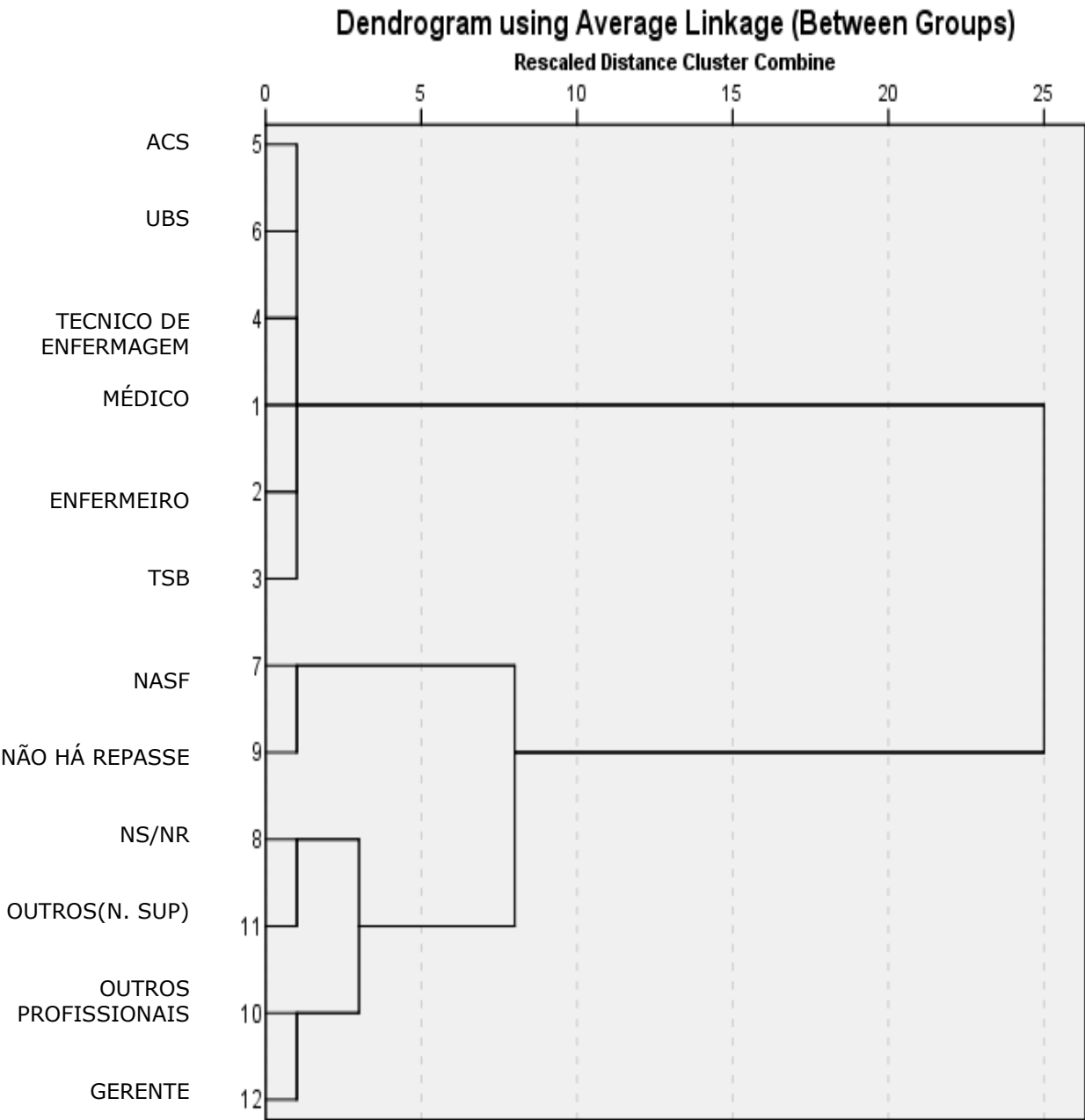
Cabe destacar que o processo de adesão ao Programa acontecia de modo espontâneo. Assim, mesmo o gestor local legitimando o processo junto ao MS, o diálogo promovido com os membros das equipes de ABS quanto à participação, pode ser considerado como fator motivador do trabalho da equipe, por estes se sentirem participantes no que tange o poder de expressão e discussão do processo de trabalho junto à gestão .

FIGURA 4 – Dendrograma representativo do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para o ciclo 1.



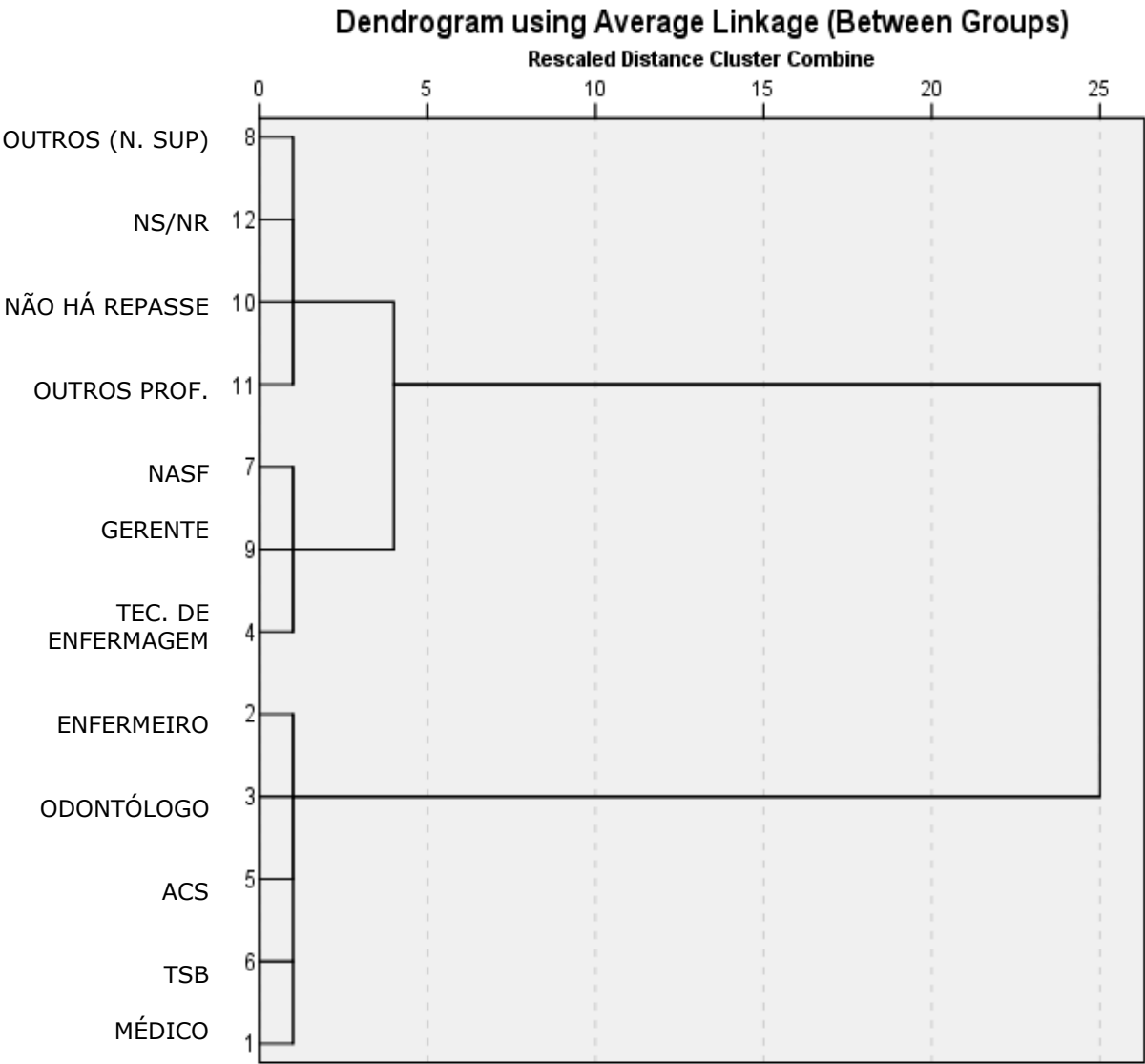
FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 5 – Dendrograma representativo do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para o ciclo 2.



FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 6 – Dendrograma representativo do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para o ciclo 3.



FONTE: Autoria própria, 2020.

As etapas propostas pelo PMAQ-AB fortaleciam o trabalho em equipe, com envolvimento e compartilhar de tarefas, metas e reflexões sobre o processo gerencial e assistencial. Tais atitudes requerem indiscutivelmente o envolvimento de todos os membros inseridos na equipe. Sob este ponto de vista, decidir a participação de cada membro individualmente e remunerá-lo pode ser uma tomada de decisão arriscada.

Tendo como pano de fundo a metodologia de remuneração do P4P que o PMAQ-AB trouxe, faz-se necessário expandir as reflexões acerca do papel desenvolvido por cada membro da equipe e como este impacta no alcance das metas e indicadores propostos pelo formato do programa, uma vez que esta assinala que a avaliação do desempenho do trabalho da equipe é fator crucial para determinar o escore da certificação.

Apesar disso, a fragilidade da compreensão dos conceitos e utilização da remuneração por desempenho por parte dos gestores e profissionais constitui obstáculo a ser transposto. Segundo o Relatório Diálogos Online (UFMG, 2014), parte dos gestores apresentam resistência na discussão e implementação de sistemas de P4P, aliada à fragilidade da cultura de avaliação, e conflitos de interesse que podem emergir da visão parcial ou equivocada destes modelos, além da falta de interesse político na sua implementação e consolidação.

Embora se tenham experiências exitosas no exterior, mecanismos que possibilitem o acompanhamento do seu desenvolvimento são instrumentos que favorecem o reconhecimento de entraves diante dos resultados, entendendo que estes advêm de interesses compartilhados entre gestores e equipes de saúde (UCHÔA *et al.*, 2018).

O esforço do PMAQ-AB no fomento ao desenvolvimento local, pela gestão, de mecanismos que ampliem a atenção pautada no acesso e na qualidade, toma como ponto de partida a negociação contratualizada por gestores e equipes, com transferência de recursos consoante ao desempenho das equipes (BRASIL, 2017). Tomando como entendimento que uma das formas de utilização do recurso advindo do PMAQ-AB pelo gestor local é o repasse percentual do incentivo para os profissionais das equipes certificadas, seguiu-se a investigação indagando estes quanto à aplicação do restante dos recursos (TABELA 7).

Para análise descritiva, foram utilizadas as respostas afirmativas mencionadas pelos gestores. Portanto, nos resultados descritos, os percentuais demonstrados, referem-se à esta proporções de respostas, considerando os ciclos do programa.

Os maiores investimentos envolveram realização de obras nas unidades básicas de saúde, processos de educação permanente em saúde para a atenção básica à saúde e compra de medicamentos, insumos e materiais, com efetivo crescimento dos percentuais ao longo dos três ciclos, o que demonstra que houve evolução positiva na aplicação dos recursos dos

PMAQ-AB nas equipes de saúde.

TABELA 7 - Utilização do restante do recurso financeiro do PMAQ-AB (Q15).

<i>Variáveis</i>	<i>CICLOS PMAQ-AB</i>					
	<i>Ciclo1</i>		<i>Ciclo 2</i>		<i>Ciclo 3</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Repassado para gestores da Atenção Básica à Saúde	16	7,3	25	74,9	22	10,0
Em Obras das Unidades Básicas de Saúde	86	39,2	113	81,7	117	53,4
Em processos de Educação Permanente em Saúde para a Atenção Básica à Saúde	77	35,2	113	82,1	116	53,0
Em compra de medicamentos, insumos e materiais	78	35,6	109	77,6	115	52,5
Em investimentos não especificados na Atenção Básica à Saúde	49	22,4	67	76,6	74	33,8
Outros	0	0	20	9,1	15	6,8
NS/SR	8	3,7	25	11,4	13	5,9

FONTE: Autoria própria, 2020.

A concentração de respostas para estas variáveis podem refletir que a maioria dos gestores locais utilizou os incentivos financeiros em processos que fortalecem o processo de trabalho das equipes e a melhoria do acesso dos usuários.

Usar os recursos do PMAQ-AB em obras nas unidades de saúde oportuniza melhor adequação da estrutura física, favorecendo a ambiência e o acesso dos usuários, aperfeiçoando as condições de atendimento humanizado e acolhedor. A articulação de demandas de melhoria da estrutura física das unidades de saúde deve ser encarada como compromisso central do gestor local, uma vez que precários ambientes dificultam o funcionamento e a realização de ações apropriadas e resolutivas, transmitindo “uma imagem à população de serviço de baixa qualidade” (CAVALCANTI *et al.*, 2016, pag. 155).

Ademais, cabe destacar que, neste ponto, a utilização do recurso do PMAQ-AB com esta finalidade, uniu-se a outros esforços do governo federal para melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, a exemplo do programa Requalifica UBS que tem como proposta reformar, ampliar e construir unidades de saúde a partir de transferências de recursos financeiros federais, conforme Portaria ministerial 381 de 2017 (BRASIL, 2017).

Tratando da realidade da tomada de decisão do gestor paraibano, é válido mencionar o estudo realizado por Bousquat *et al.*, (2017) que analisou a estrutura física das unidades básicas de saúde brasileiras. Os autores destacam que a região Nordeste possui um alto

quantitativo de unidades de saúde da família do tipo B, enquadrando-se no padrão de referência de qualidade *regular*, aproximando-se da média nacional atribuída na pesquisa, fato que sugere que importantes investimentos na ABS ocorreram.

O investimento em educação permanente em saúde aos profissionais pressupõe a organização do processo de trabalho, a partir das vivências cotidianas e da articulação entre os atores, numa atitude interativa que considera a perspectiva multi e interdisciplinar para impulsionar a aprendizagem no ambiente do trabalho (BRASIL, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019).

5.3. ANÁLISE DA DIMENSÃO 3 – REFLEXOS DA TOMADA DE DECISÃO DO GESTOR LOCAL QUANTO À UTILIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DO PMAQ-AB.

Esta dimensão engloba variáveis (Q12, Q13, Q14 e Q15), as quais revelam a compreensão do gestor municipal frente aos reflexos sobre as tomadas de decisões do modo de investimento dos incentivos financeiros recebidos da certificação das equipes.

A variável Q12 investigou a existência de problemas entre os atores envolvidos no PMAQ-AB, no que concerne ao repasse dos recursos, no intuito de explorar se as tomadas de decisões estavam de comum acordo com todos os membros envolvidos no processo (TABELA 8). O programa tem caráter de promover o envolvimento de todos os entes que compõem o fazer saúde; aí apoia-se a importância de revelar o conhecimento do gestor quanto à existência de possíveis problemas referentes à utilização dos incentivos. Essa compreensão pode apontar fragilidades ou desafios latentes que podem ir de encontro à qualidade da assistência ofertada.

Sobre a identificação de problemas relacionados ao repasse dos incentivos financeiros do PMAQ-AB, observou-se que dentre os gestores respondentes, na grande maioria das vezes não houve indicação de problemas quanto ao repasse financeiro, enquanto que cerca de 8% a 11% dos gestores identificaram problemas no repasse entre os profissionais das Equipes de ABS e entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão.

A tabela 8 mostra que a alternativa *Não há problemas com o repasse* concentrou a grande massa das respostas no primeiro ciclo, e que este comportamento se repetiu no ciclo 2 e ciclo 3. Contudo, essa interpretação parece ser fragilizada pela categoria “NS/NR” que, no primeiro ciclo, concentrou também uma parte das respostas. Este ponto pode ser explicado, através da rotatividade que se identifica na ocupação dos cargos de gestores, seja por

mudanças das gestores municipais após processos eleitorais ou por incapacidade gerencial.

TABELA 8 – Problemas identificados pelos gestores locais a partir do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB.

<i>Categorias</i>	<i>CICLOS PMAQ-AB</i>					
	<i>Ciclo 1</i>		<i>Ciclo 2</i>		<i>Ciclo 3</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS.	18	8,2	25	11,4	21	9,6
Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão.	17	7,8	19	8,7	22	10,0
Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde	2	0,9	-	-	-	-
Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde	-	-	1	0,5	2	0,9
Não há problemas quanto ao repasse	110	50,2	146	66,7	156	71,2
Não há repasse para as equipes da AB	1	0,5	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-	-
NS/NR	71	32,4	28	12,8	18	8,2
Total	219	100,0	219	100,0	219	100,0

FONTE: Autoria própria, 2020.

Os dados ainda mostram a categoria “*Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS*” com dados representativos nos escores avaliados, indicando aumento de percentuais neste campo ao longo dos ciclos do PMAQ-AB. Esse resultado, embora pouco expressivo quando observada a totalidade dos dados, levanta um sinal de alerta sobre nós críticos que podem ter surgido nas relações profissionais das equipes de atenção básica.

Os dados apresentados pelas variáveis Q13, Q14 e Q15 expressam a avaliação do gestor municipal quanto à melhoria dos processos de trabalho e qualificação da equipe, dados os repasses dos incentivos financeiros recebidos ao longo dos três ciclos do PMAQ-AB.

Cada variável diz respeito a um ciclo do programa, e contemplam 6 subdimensões que se traduzem em elementos que indicam a melhoria da qualidade das equipes: melhoria do acesso, melhoria da eficiência, melhoria dos processos de trabalho, melhoria dos resultados em saúde, melhoria da satisfação profissional e melhoria da satisfação dos usuários (TABELA 9). As respostas das variáveis fornecidas pelos gestores dos municípios receberam os seguintes pesos: 0 – não sabe/não respondeu; 1 – Não incentiva melhoria; 2 – Indiferente; e 3 – Incentiva a melhoria.

Para avaliar uma possível melhoria significativa na qualidade das equipes no decorrer dos ciclos do PMAQ-AB, foram realizados testes de hipóteses de Friedman para comparar as médias dos pesos estabelecidos para os 3 ciclos. Além disso, foram elaboradas tabelas de

frequências ilustrativas de cada situação nos ciclos e foram realizadas comparações pareadas entre cada ciclo do PMAQ-AB.

Analisando as tabelas de distribuições de frequências para as subdimensões analisadas, notas que, de modo geral, os percentuais dos gestores que consideraram que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes não incentiva melhoria da qualificação da Atenção Básica diminuiu durante o decorrer dos ciclos do PMAQ-AB; enquanto que os percentuais dos gestores dos municípios que consideram que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB incentiva a melhoria aumentaram.

Esse comportamento observado nas tabelas de frequência ocorreu para as 6 subdimensões consideradas relacionadas a seguir: i) melhoria do acesso; ii) melhoria da eficiência; iii) melhoria dos processos de trabalho; iv) melhoria dos resultados em saúde; v) melhoria da satisfação do usuário; e vi) melhoria da satisfação profissional.

Na realização do teste de Friedman para testar igualdade da média de postos (ou pesos) para as seis subdimensões, no decorrer dos 3 ciclos do PMAQ-AB, os resultados indicaram haver diferença significativa no decorrer dos ciclos do PMAQ-AB, surgindo, assim, a necessidade de realizar as comparações pareadas 2 a 2 entre os ciclos 1, 2 e 3.

Deste modo, a tabela 9 apresenta, segundo os ciclos do PMAQ-AB, as médias calculadas para cada subdimensão, bem como os resultados obtidos dos testes de Friedman, além do agrupamento dos dados segundo a clusterização, a partir dos pesos utilizados para guiar a construção da análise.

Um resultado interessante nas comparações pareadas é que ao nível de significância de 5% foi detectado que, em geral, as subdimensões avaliadas no ciclo 1 possuem média de postos significativamente inferior às médias de postos observadas nos ciclos 2 e 3.

Sendo assim, a partir desses resultados pode-se concluir que a melhoria observada nas tabelas de distribuição de frequências foi verificada e confirmada, isto é, houve melhoria significativa nas opiniões dos gestores municipais quanto às seis subdimensões verificadas no decorrer dos ciclos 1, 2 e 3. Esses resultados significam também uma melhoria no aumento da confiança dos gestores na metodologia empregada no PMAQ-AB de pagamento por performance dos profissionais em saúde.

TABELA 9 - Avaliação do gestor quanto ao incentivo da qualificação das equipes a partir do recurso financeiro do PMAQ-AB (Q13, Q14, Q15).

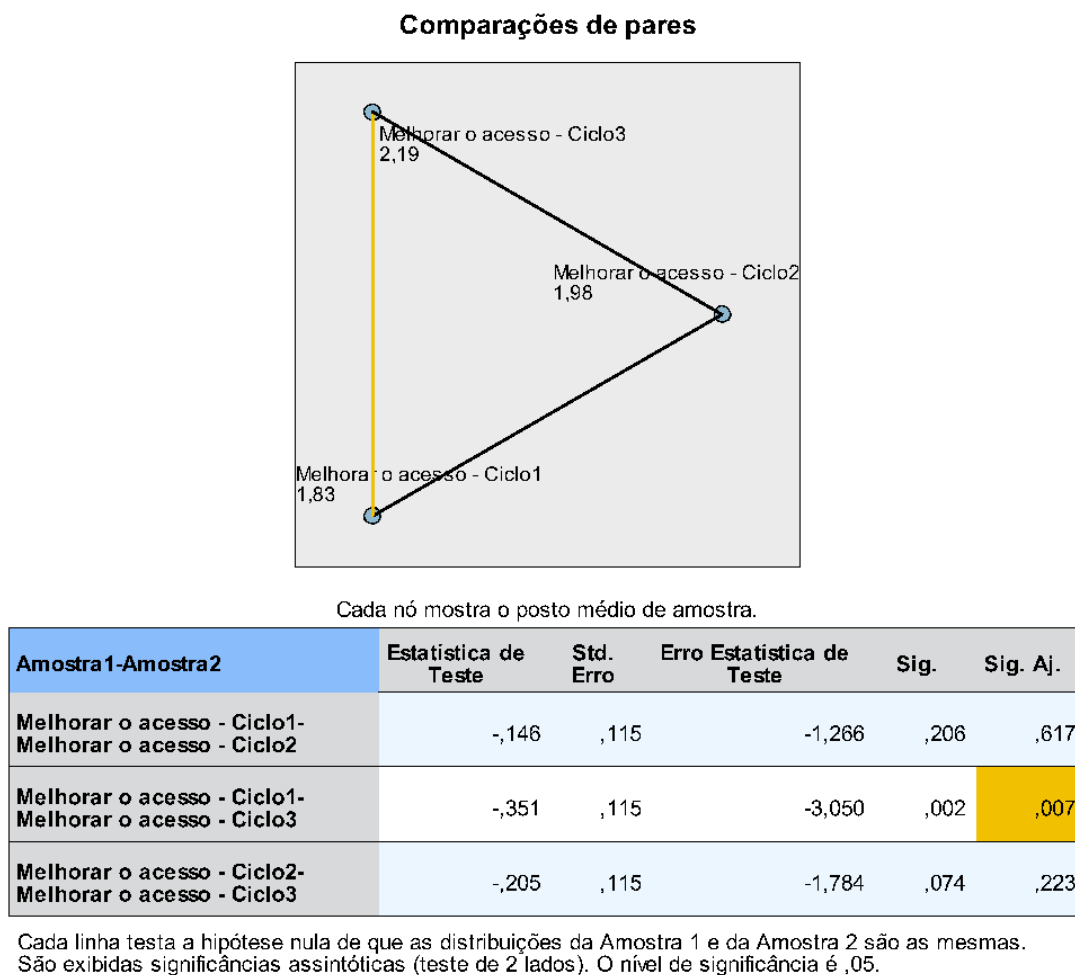
<i>Variáveis</i>	<i>CICLOS PMAQ-AB</i>			<i>Friedman (P-Valor)</i>	<i>AA* G1 / G2</i>	
	<i>Ciclo 1</i>	<i>Ciclo 2</i>	<i>Ciclo 3</i>		<i>Ciclo 1 Ciclo 2</i>	<i>Ciclo 3</i>
Melhoria do Acesso	1,83	1,93	2,19	<0,001	Ciclo 1 Ciclo 2	Ciclo 3
Melhoria da Eficiência	1,87	1,96	2,16	< 0,001	Ciclo 1 Ciclo 2	Ciclo 3
Melhoria dos processos de Trabalho	1,88	1,98	2,15	< 0,001	Ciclo 1 Ciclo 2	Ciclo 3
Melhoria dos Resultados em Saúde	1,89	1,96	2,14	< 0,001	Ciclo 1 Ciclo 2	Ciclo 3
Melhoria da Satisfação do Usuário	1,88	1,97	2,15	< 0,001	Ciclo 1 Ciclo 2	Ciclo 3
Melhoria da Satisfação Profissional	1,87	1,96	2,17	< 0,001	Ciclo 1 Ciclo 2	Ciclo 3

FONTE: Autoria própria, 2020.

Abaixo segue as figuras e tabelas com a análise hierárquica e descritiva das variáveis: melhoria do acesso, melhoria da eficiência, melhoria dos processos de trabalho, melhoria dos resultados em saúde, melhoria da satisfação dos usuários e melhoria da satisfação profissional.

A figura 13 mostra os dendogramas da análise de agrupamento hierárquico, segundo as variáveis analisadas, considerando os ciclos do programa, mostrando através de um panorama mais amplo, as similaridades dos dados, no que diz respeito às melhorias investigadas.

FIGURA 7 - Teste comparativo em pares de análise da variável melhoria do acesso, segundo os ciclos do PMAQ-AB.



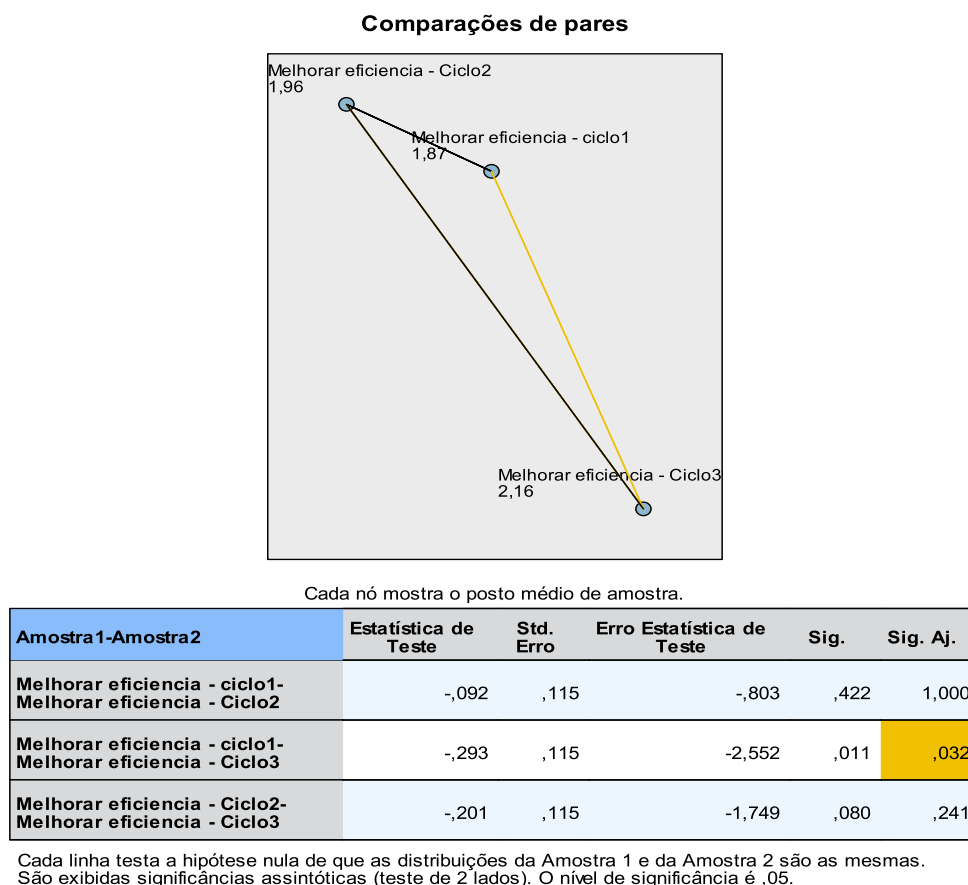
FONTE: Autoria própria, 2020.

TABELA 10 – Análise descritiva da variável melhoria de acesso, segundo os 3 ciclos.

	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Não incentiva melhoria	52	32,7	48	24,1	33	16,3
Indiferente	30	18,9	39	19,6	42	20,8
Incentiva melhoria	77	48,4	112	56,3	127	62,9
Total	159	100,0	199	100,0	202	100,0
NS/NR	60		20	---	17	
Total	219		219	---	219	

FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 8 - Teste comparativo em pares da variável melhoria de eficiência, segundo os 3 ciclos.



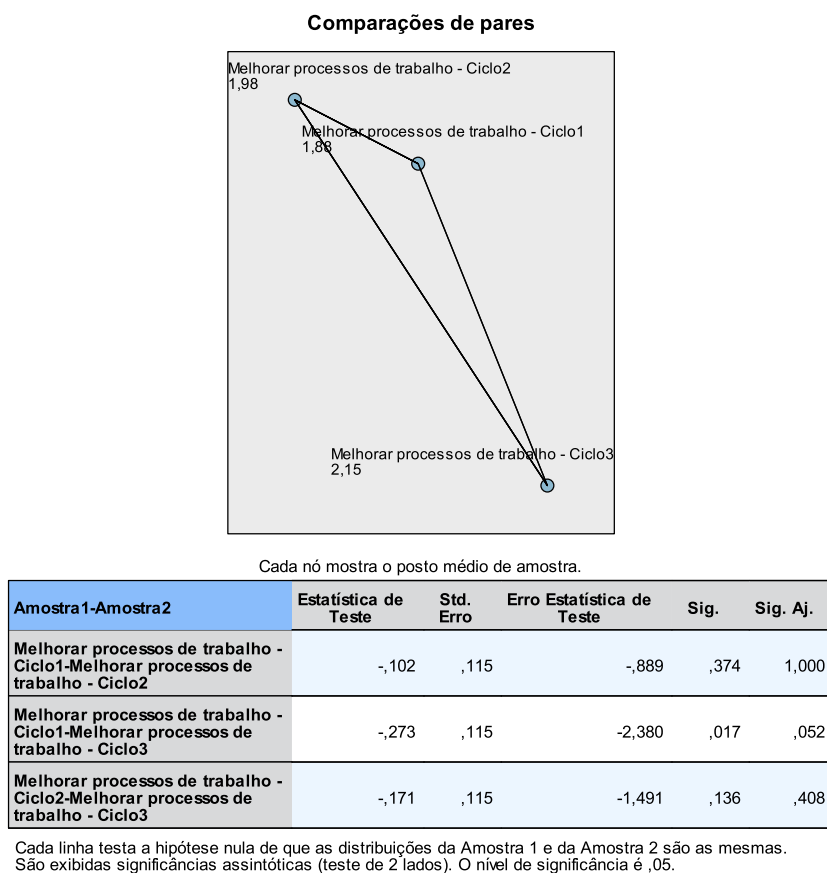
FONTE: Autoria própria, 2020.

TABELA 11 - Análise descritiva da variável melhoria dos processos de trabalho, segundo os 3 ciclos.

Melhorar Eficiência						
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Não incentiva melhoria	48	30,2	49	24,5	34	16,8
Indiferente	33	20,8	37	18,5	39	19,3
Incentiva melhoria	78	49,1	114	57,0	129	63,9
Total	159	100,0	200	100,0	202	100,0
NS/NR	60		19		17	
Total	219		219		219	

FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 9 - Teste comparativo em pares da variável melhoria dos processos de trabalho, segundo os ciclos do PMAQ- AB.



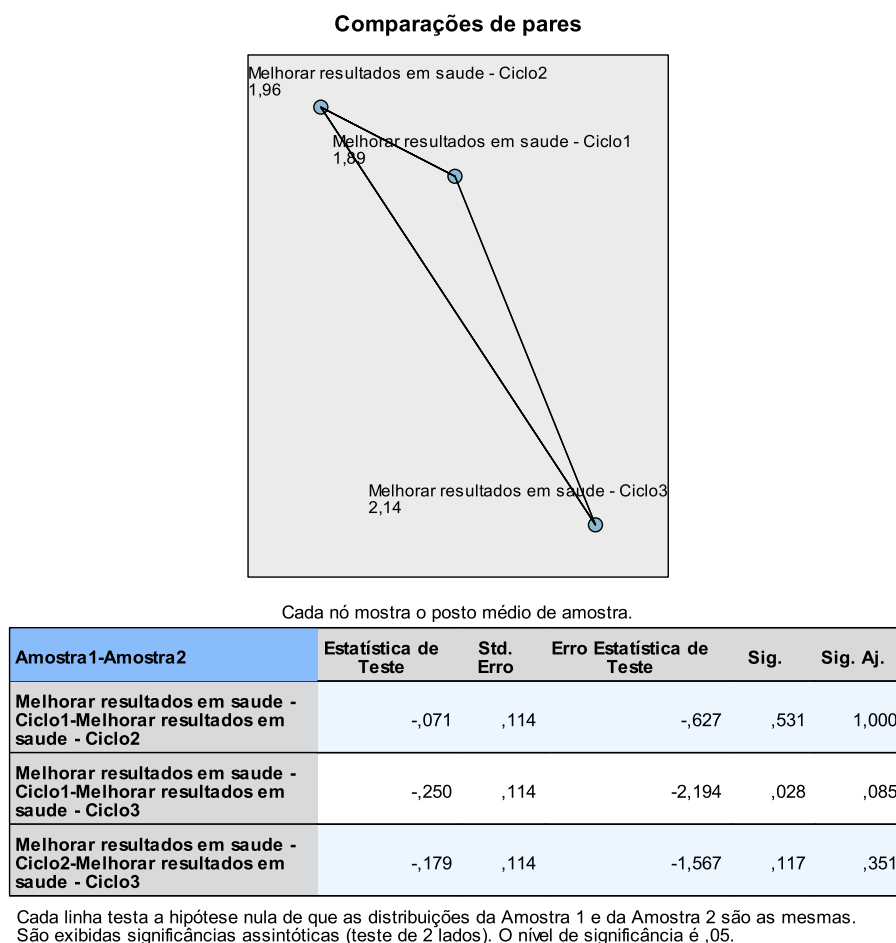
FONTE: Autoria própria, 2020.

TABELA 12 - Análise descritiva da variável melhoria dos resultados em saúde, segundo os 3 ciclos.

Melhorar Resultados em Saúde						
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Não incentiva melhoria	46	28,7	50	24,9	36	17,7
Indiferente	29	18,1	30	14,9	33	16,3
Incentiva melhoria	85	53,1	121	60,2	134	66,0
Total	160	100,0	201	100,0	203	100,0
NS/NR	59		18		16	
Total	219		219		219	

FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 10 - Teste comparativo em pares da variável melhoria dos resultados em saúde, segundo os ciclos do PMAQ-AB.



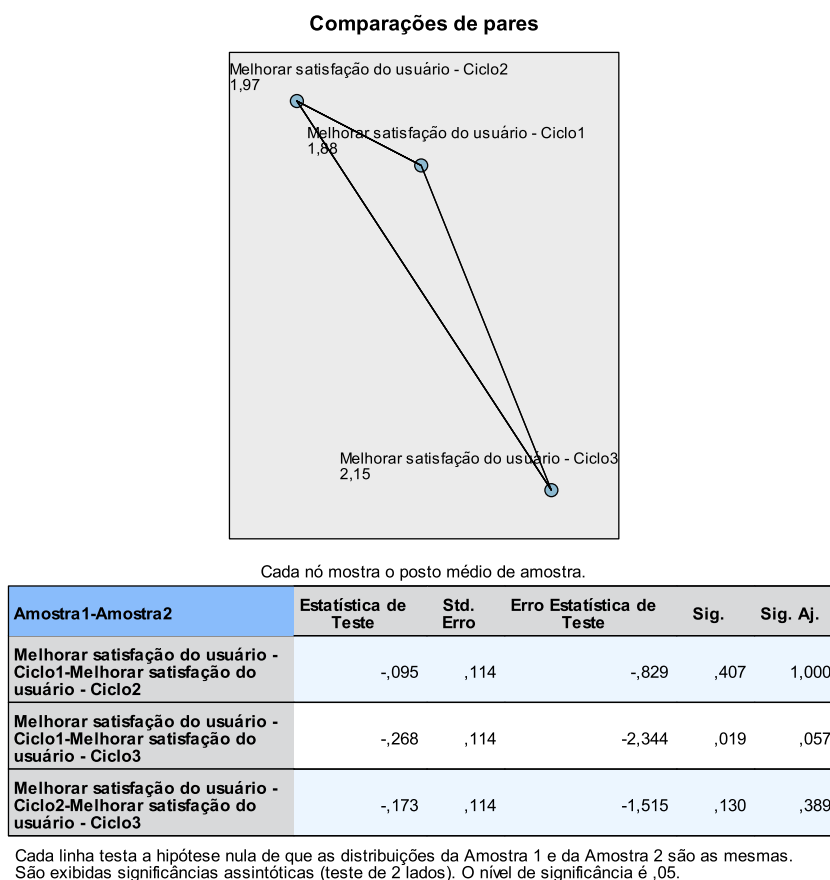
FONTE: Autoria própria, 2020.

TABELA 13 - Análise descritiva da variável melhoria da satisfação dos usuários, segundo os ciclos do PMAQ-AB.

Melhorar Satisfação do Usuário						
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Não incentiva melhoria	46	28,9	49	24,6	32	15,8
Indiferente	32	20,1	33	16,6	41	20,3
Incentiva melhoria	81	50,9	117	58,8	129	63,9
Total	159	100,0	199	100,0	202	100,0
NS/NR	60		20		17	
Total	219		219		219	

FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 11 – Teste comparativo em pares da variável melhoria da satisfação dos usuários, segundo os ciclos do PMAQ-AB.



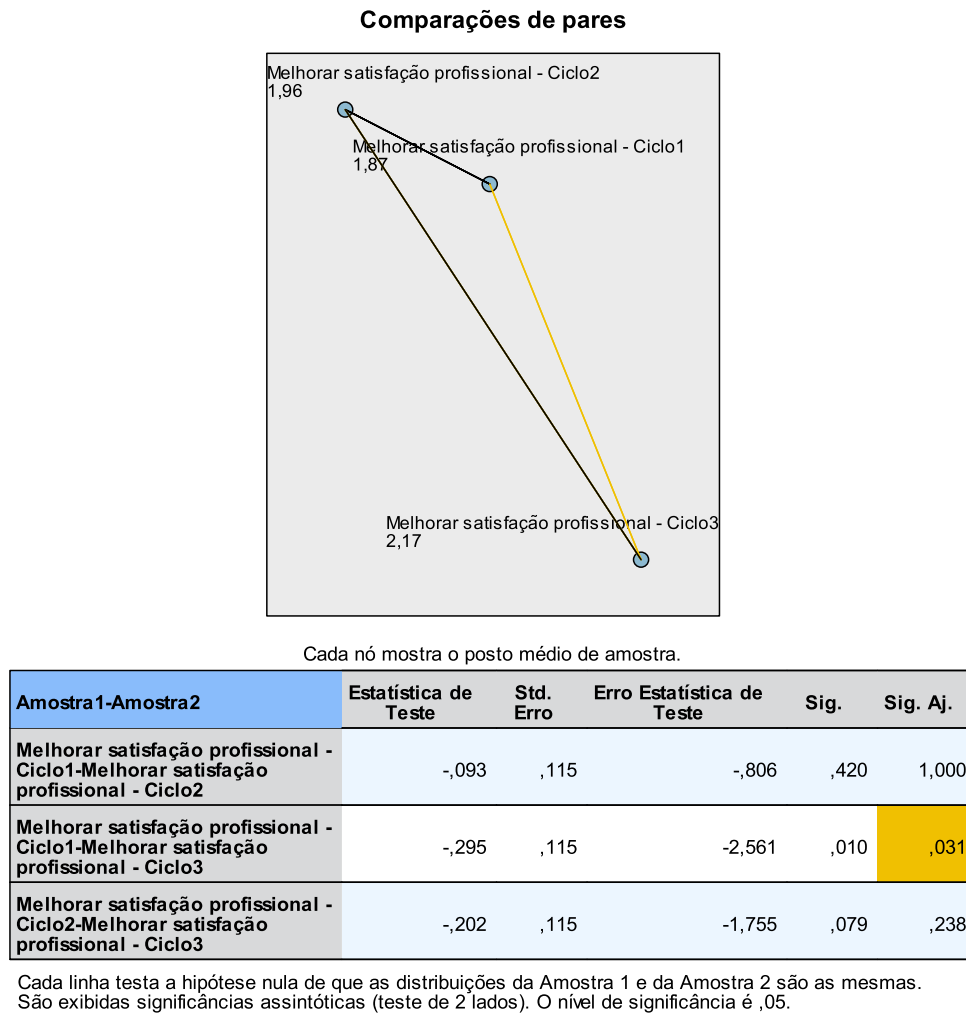
FONTE: Autoria própria, 2020.

TABELA 14 - Análise descritiva da variável melhoria da satisfação profissional, segundo os ciclos do PMAQ-AB.

Melhorar Satisfação Profissional						
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Não incentiva melhoria	48	30,2	47	23,6	30	14,8
Indiferente	27	17,0	31	15,6	37	18,2
Incentiva melhoria	84	52,8	121	60,8	136	67,0
Total	159	100,0	199	100,0	203	100,0
NS/NR	60		20		16	
Total	219		219		219	

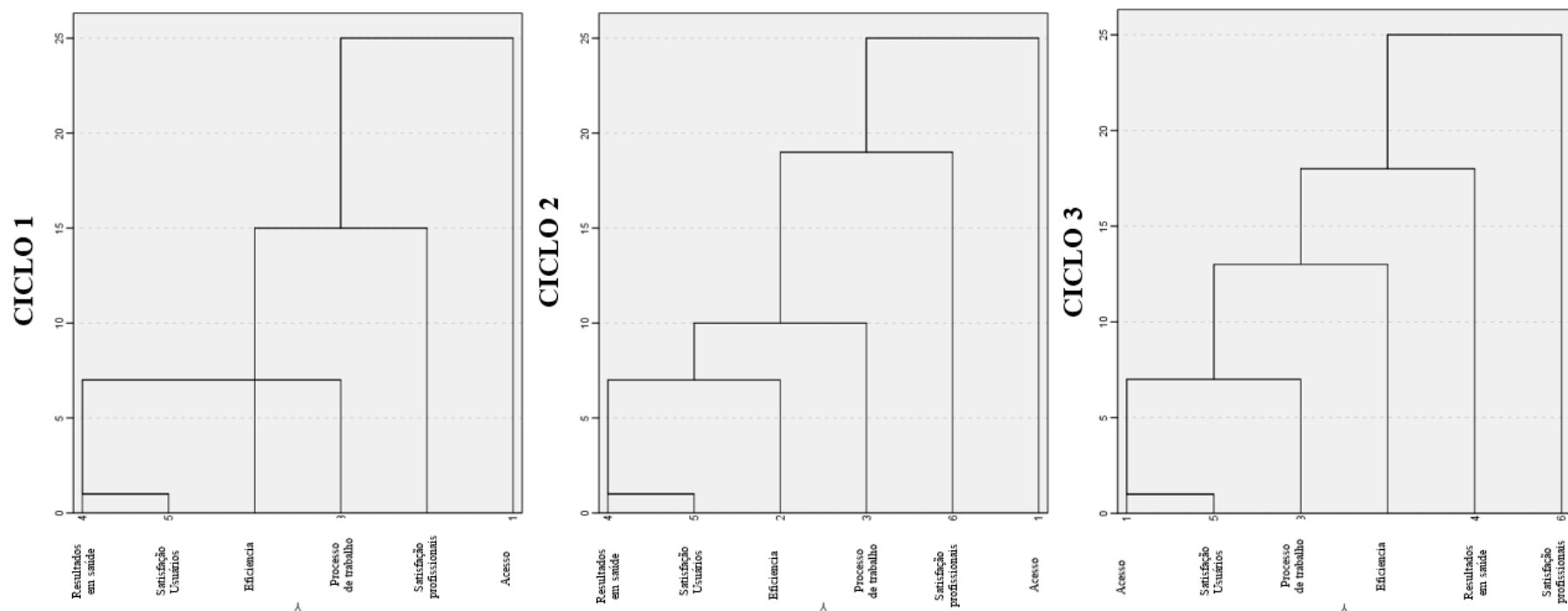
FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 12 - Teste comparativo em pares da variável melhoria da satisfação profissional, segundo os ciclos do PMAQ-AB.



FONTE: Autoria própria, 2020.

FIGURA 13 – Dendrogramas da análise de Agrupamento da avaliação do uso dos recursos do PMAQ-AB para a qualificação das equipes de saúde da família.



FONTE: Autoria própria, 2020]

Os dados acima apresentados ressaltam que com relação à avaliação do gestor, o modelo de utilização do recurso financeiro proposto e tendo como desfecho requerido a ampliação do acesso e a qualificação das equipes na prestação de serviços, o PMAQ-AB se constitui programa que trouxe olhares e abordagens que fortalecem reflexões sobre o complexo contexto de gestão do cuidado sob o olhar da integralidade.

Práticas inovadoras assistenciais têm sido exploradas na busca de ampliar a qualidade dos serviços da atenção primária. Ferreira *et al.*, (2018) destacam que a metodologia oportunizada pelo PMAQ-AB possibilita o olhar sistematizado na identificação de nós críticos no processo de trabalho em equipe e que impactam na qualidade da assistência.

O exercício de autoavaliar-se periodicamente e a análise de indicadores de saúde oportunizam aos gestores e equipes de saúde da família vislumbrarem novos modos de construir ações e demandas de saúde com foco no resultado. Sobre esta afirmação, cabe sublinhar que o programa provoca a implantação e a avaliação de ações estratégicas, em um formato avaliativo contínuo, e que tem como desfecho maior acesso e qualidade (PINTO, SOUZA E FERLA, 2014; PINTO, SOUZA E FLORÊNCIO, 2012).

Instituir o planejamento e a avaliação como práticas contínuas no SUS, segundo Medrado, Casanova e Oliveira (2015), contribui para a tomada de decisão em saúde segura, por isso é necessário reconhecê-las como eixos norteadores do processo de trabalho que impulsiona e dissipa a cultura destas serem vistas como burocracia sem finalidade real na assistência à saúde.

Estudo conduzido por Flôres *et al.*, (2018), realizado com gestores municipais do Sul do Brasil, concluiu que o PMAQ-AB foi entendido como ferramenta avaliativa importante dos serviços, o qual motiva os trabalhadores por meio do P4P. Contudo, os autores chamam atenção para a ocorrência de falhas de comunicação entre os entes federativos da gestão, esclarecendo que este ponto restringe maiores melhorias e impactos advindos do desenvolvimento do programa.

Os dendrogramas resultantes da análise de agrupamento (FIGURA 13), segundo às categorias investigadas, expressa de modo mais específico, o comportamento dos dados obtidos. Cabe lembrar que as análises mostraram que os resultados mais significativos foram observados no ciclo 3, fundindo-se os dados, segundo suas similaridades, em dois grupos. Os dendrogramas dos ciclos 1 e 2 mostram comportamento similar, considerando a distância euclidiana mensurada para cada categoria de resposta em relação ao eixo Y.

Nota-se, nos dois primeiros dendrogramas, que os eixos criados das categorias têm valores muito próximos quando comparados. Já no dendrograma do ciclo 3, nota-se

comportamento bem distinto do padrão observado nos ciclos anteriores. Neste dendrograma é possível verificar que a distância no *eixo Y* para todas categorias apresentaram crescimento e padrão um pouco mais ajustado, indicando que, segundo os gestores, são visualizadas melhorias em todos os aspectos investigados.

Os resultados apontam que os gestores identificam que as tomadas de decisões nos ciclos do PMAQ-AB resultaram em melhorias nos serviços ofertados, considerando as categorias investigadas. No dendrograma dos ciclos 1 e 2, é possível identificar que há separação do ramo que relaciona *melhoria de acesso* dos demais ramos, enquanto que no cenário do ciclo 3, há a separação do ramo satisfação profissional das demais categorias.

O dendrograma do ciclo 3 mostra melhor organização das categorias quanto às suas similaridades, o que indica que houve um caráter de crescimento, segundo os gestores, de modo mais coeso de todas as classes investigadas.

Em contrapartida, o terceiro dendrograma traz melhor ajuste do modelo estatístico das medidas de similaridades, sendo indicado por ramos melhor distribuídos no *eixo Y*, o que pode significar melhor gestão no ciclo 3 especificamente, ou resultados cumulativos de tomadas de decisão no que diz respeito aos processos de trabalho fundamentados pelo PMAQ-AB.

Quanto aos eixos resultantes no terceiro gráfico e as distâncias euclidianas verificadas no *eixo Y*, convém ressaltar que a categoria *melhoria de acesso* demonstrou pequeno crescimento quando comparado com os primeiros ciclos. A categoria *satisfação profissional* apresentou a formação do maior ramo, indicando significativa melhoria.

Deste modo, é necessário refletir o real impacto das tomadas decisões dos gestores quanto ao processo de trabalho e como estas contribuíram para atingir os objetivos propostos pelo programa: ampliação do acesso e da qualidade da assistência ofertada pela ABS.

Avaliar os desfechos provenientes do PMAQ-AB é ponto importante que permite refletir sobre as tomadas de decisões, para este estudo, no contexto do gestor local. Engel (2015) em seu estudo sobre avaliação PMAQ na ótica do gestor, verificou que a avaliação em saúde não é considerada na rotina dos gestores, por estes não entenderem o potencial do recurso.

A autora ressalta que a avaliação em saúde é “artifício intimamente ligado ao processo de tomada de decisão”, e que esta requer qualificação dos envolvidos para que o planejamento das políticas de saúde seja pensado de modo robusto e eficiente (ENGEL, 2015, p. 73).

Sampaio *et al.*, (2016) destacam que na realidade paraibana, o desenvolvimento do processo de trabalho com a participação de gestão, profissionais e usuários ocorreu de modo frágil, e que apesar da larga adesão ao PMAQ-AB, o caráter explorado permeou apenas o campo de programa de financiamento ou fiscalização.

Apesar de ser um programa com pouco tempo de atuação, é possível relacionar avanços galgados nos ciclos do PMAQ-AB, neste formato. Porém desafios como escolha de modalidades de P4P e modelos de M&A de indicadores se constituem desafios ativos no que diz respeito a melhorias quanto ao acesso e qualidade na ABS. Em parte, esses desafios decorrem de aspectos relacionados à própria estruturação do SUS e sua gama de serviços; acrescido de dimensões territoriais e contextos e realidades políticas diversas (AKERMAN E FURTADO, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização do SUS levou ao desenvolvimento da figura do gestor em saúde em todos os níveis governamentais. Essa figura ganhou destaque por carregar a responsabilidade de atuar como articulador das ações e políticas de saúde baseadas no âmbito local.

As demandas assistenciais e os diversos contextos sociais requerem do gestor mecanismos que ampliem a capacidade de tomar decisões levando em conta os cenários possíveis e que atendam ao que preconizam os princípios e diretrizes do SUS. Assim, práticas de monitoramento e avaliação têm sido desenvolvidas no sentido de fornecer arcabouço do qual o gestor pode lançar mão e garantir eficiência e qualidade nas decisões.

Neste sentido, práticas inovadoras têm sido desenvolvidas, a exemplo do PMAQ-AB. Embora o programa tenha encerrado após o fechamento do 3º ciclo, no ano de 2018, tem-se um recorte temporal de sete anos que nortearam gestores, trabalhadores de saúde e usuários em práticas de produção de trabalho. A presente pesquisa teve como propósito responder à seguinte pergunta: *“de que forma os gestores municipais do Estado da Paraíba utilizaram os recursos financeiros advindos do PMAQ?”*

Para se responder a essa questão, buscou-se analisar o modo como foram utilizados os recursos financeiros do PMAQ-AB, segundo a perspectiva dos gestores. A pesquisa foi conduzida tomando como base a coleta de dados acerca dos três ciclos do programa e a análise da utilização dos recursos financeiros considerou aspectos relacionados a legislações e normativas, critérios de distribuição e repasse e avaliação dos gestores quanto aos reflexos das suas tomadas de decisões no campo da utilização dos recursos.

Ao analisar as normativas, identificou-se que a maioria dos municípios investigados ajustou sua legislação ainda no primeiro ciclo do programa, de modo que a grande maioria possuía legislações específicas que norteariam o repasse e utilização dos recursos.

Quanto à identificação dos critérios utilizados pelos gestores para distribuição dos repasses financeiros a equipes de atenção primária, observou-se que o resultado da avaliação externa conduziu tomada de decisão do gestor, sendo as periodicidades semestral e anual mais adotadas na modalidade de pagamento.

Sobre os critérios de repasse às equipes, também foi analisado o percentual de repasse, o qual girou em torno de 40% a 60% do valor total recebido pelo município. Além

disso, as categorias profissionais que receberam com maior ênfase foram os profissionais que compõem as equipes mínimas da atenção primária. Neste quesito, identificou-se que, nos três ciclos, houve uma inclusão de outros trabalhadores que atuam na equipe de saúde da família.

A investigação acerca da utilização do restante do recurso revelou que os maiores investimentos envolveram realização de obras nas unidades básicas de saúde, processos de educação permanente em saúde para a atenção básica à saúde e compra de medicamentos, insumos e materiais.

Ademais, acerca do repasse dos recursos, os gestores também mencionaram haver conflitos entre os membros das equipes de saúde e entre estes e os gestores locais. Contudo, o resultado que apresentou maiores escores foi a inexistência de problemas quanto aos repasses financeiros do PMAQ-AB.

Os gestores também foram avaliados quanto aos reflexos advindos da utilização dos incentivos financeiros. A análise revelou que estes identificam melhorias em todas as categorias investigadas, destacando-se resultados mais robustos no terceiro ciclo e as classes de melhoria do acesso e satisfação profissional.

A construção desta pesquisa foi apoiada por literatura científica e, neste aspecto, é importante mencionar que o caráter da avaliação do gestor acerca de análise sobre suas tomadas de decisões quanto ao PMAQ-AB ainda são escassas e carecem mais análises e publicações, o que se constituiu como limitação para a pesquisa. As pesquisas atuais concentram-se, em grande teor, no campo da análise de dados sobre os indicadores do programa e os reflexos destes em políticas e ações no campo da atenção básica e subsídio para as práticas assistenciais pelas equipes de saúde da família.

Sobre o fato, cabe refletir que o caráter explorado na pesquisa de investigar os gestores dá voz a esse ator que produz saúde, sendo responsável pelo planejamento e gerenciamento em saúde. A literatura ressalta a relevância da avaliação sobre as tomadas de decisões gestoras anteriores como exercício de identificar fragilidades e potencialidades a serem consideradas em propostas futuras. Contudo, a carência de pesquisas anteriores neste sentido, apoia a necessidade de explorar o olhar do gestor local diante das demandas e experiências vivenciadas no programa.

De modo geral, os gestores locais identificam que as tomadas de decisões ao longo dos três ciclos do formato original do programa resultaram em mudanças e melhorias. Contudo, importantes reflexões emergiram, destacando-se a concentração do recebimento do incentivo financeiro dentre a equipe mínima de saúde, questionando-se o papel desempenhado

cotidianamente dos demais trabalhadores da equipe de saúde para os resultados atingidos na certificação, sendo essa, portanto, uma crítica levantada na pesquisa.

Além da necessidade de desenvolvimento de maiores estudos sobre o conceito de equipe atrelado ao recebimento de recursos financeiros, outra vertente que carece de mais estudos são as modalidades de pagamento por performance no contexto da satisfação profissional e da equipe de saúde.

Por fim, este produto contribui para a compreensão da figura do gestor como um importante tomador de decisões, possuindo potencial de colaborar com a construção do conhecimento sobre a temática, entendendo a lacuna de estudos neste campo e as repercussões que esta pode evocar para o desenvolvimento de novos estudos.

REFERENCIAL

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, 1978. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/alma_ata_0.pdf Scesso em: 01 out. 2019.

ALMEIDA, T.M.C. *et al.* Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 77-85, ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500077. Acesso em: 08 out. 2019.

ANTICO, C.; JANUZZI, P. **Indicadores e a gestão de políticas públicas**. Recife: Fundaj, 2008.

APOSTOLICO, M. R.; EGRY, E. Y. Uso da internet na coleta de dados primários na pesquisa em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 6, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600021. Acesso em: 01 out. 2019.

ARCARI, Janete Madalena; BARROS, André Phylippe Dantas; ROSA, Roger dos Santos; MARCHI, Renato de; MARTINS, Aline Blaya. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 407-420, fev. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000200407&script=sci_arttext. Acesso em 01 maio 2020.

BARBOSA, J. E. M. *et. al.* **Prática de pesquisa em Administração de Sistemas de Informação**. João Pessoa: IFPB, 2012.

BARBOSA, Mirceli Goulart; ZORTEA, Angelo Pagot; CUNHA, Fernanda Monte da; SANTOS, Thais Chiapinotto dos; RIBEIRO, Daniela Tozzi; NASCIMENTO, Deisy Tolentino do; OZORIO, Jeanice da Cunha; FERREIRA, Aline Vargas; FERLA, Alcindo Antônio. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **ATENÇÃO BÁSICA:: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (pmaq-ab)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000501497&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 out. 2019.

BARRETO J.O.M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p.1497-1514, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01497.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

BARRETO, J. O. M. **Pagamento por desempenho na Atenção Primária em Saúde:** resultados iniciais do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade sobre hospitalizações evitáveis nos municípios brasileiros. MBA em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. São Paulo: FIPE, FIOCRUZ. p. 66, 2013.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 117, p. 408-419, 17 jul. 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000200408&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de out 2019.

BOURCIER, E. *et al.* An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011-2014. *Prev Chronic Dis*, e. 23, v. 12, 2015. Disponível em https://www.cdc.gov/pcd/issues/2015/14_0376.htm. Acesso em: 10 de out de 2019.

BRANDÃO, Celmário Castro; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 69-83, jan./mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100069 Acesso em: 21 maio 2020. Epub 06 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017. **Dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 fev. 2017. p. 27. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20792104/do1-2017-02-07-portaria-n-381-de-6-de-fevereiro-de-2017-20791958 Acesso em: 28 out de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF.** PMAQ-AB, Terceiro Ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual Instrutivo 3 Ciclo PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf) f Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica:** AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.645 de 12 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiros do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatoool – Brasil**. p. 80, (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Auto-Avaliação nº 4: Equipe Saúde da Família: Parte 1 / 3**. ed., p. 102. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_autoavaliacao_n4_saude_familia_parte1.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 23 set 2019.

CAMPELO, D.C.C.A. *et al.* Avaliação da Qualidade do Serviço na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva do Usuário, **Editora Appris**, ed. 1, 23 set 2019.

CAMPOS, G. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface comunicação saúde educação** (Editorial), v. 22, n. 64, p. 5-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n64/5-8/>. Acesso em: 01 out. 2019.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de. **Desafios e Perspectivas para Institucionalização do Monitoramento e Avaliação no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde**. 2016. 187 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; OUVENEY, Assis Luiz Mafort; CARVALHO, Mércia Gomes Oliveira de; MACHADO, Nadia Maria da Silva. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no ciclo de gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 211-222, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>. Acesso em 15 fev 2020.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; SHIMIZU, Helena Eri. **A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2017, vol.21, n.60, pp.23-33. Epub 16-Nov-2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0817>. Acesso em 21 de out 2019.

CASHIN, C. *et al.* **Paying for performance in health care**: implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill Education; 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Payingfor-Performance-in-Health-Care.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.

CASTANHEIRA, E.R.L. *et al.* **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica**: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: UNESP-FM, 2016. Disponível em: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>. Acesso em: 21 dez 2019.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.* ANÁLISE DA ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO BRASIL. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **ATENÇÃO BÁSICA**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (pmaq-ab). Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 127-160.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr./jun., 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00323.pdf>. Acesso em: 31. out de 2019.

COSEMS. Manual do Gestor Municipal do SUS. COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. – 2.ed. revisada, ampliada. – Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso em: 28 out de 2019.

CRUZ, M.M. *et al.* Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, out 2014. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-110420140006000124&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 out de 2019.

DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.T. E MOYSÉS, S.J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

DONABEDIAN, A. **The quality of care**: How can it be assessed? *Jama*. 1988; v. 260, n. 12, p 1743-8. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/the-quality-of-care-how-can-it-be-assessed/>. Acesso em: 01 de out 2019.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001. Acesso em: 01 out. 2019.

ENGEL, R.H. **Avaliação do PMAQ sob a ótica dos gestores municipais de saúde no interior do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, p. 90. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7449/ENGEL%20C%20ROSANA%20HUPPES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 21 de out 2019.

ESPEMG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPEMG, 2008. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/pdaps-oficina3-participante.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

FACCHINI, J. *et al.* Governance and health system performance: national and municipal challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: REICH, M. R.; TAKEMI, K. **Governing Health Systems for Nations and Communities around the World**. Bookline: Lamprey & Lee, 2015.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

FAUSTO, M.C.R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_arttext_plus&tlng=pt. Acesso em: 08 out 2019.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org.). Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FELISBERTO, E. *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no **Brasil**. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, 2010. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600003. Acesso em: 08 out. 2019.

FELISBERTO, E. *et al.* Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, jul. / set., 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n3/13.pdf>. Acesso: 08 out. 2019.

FERREIRA, Lorena et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out de 2019.. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.

FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vítor M.; PISCO, Luis. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 747-758, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300747&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out de 2019.

51. FLEURY, S. Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local. Rio de Janeiro: Cebes: Editora Fiocruz, 2014. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11957.pdf. Acesso em: 31. out de 2019.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A.S.M.; KRONEMBERGER, T.S.; ZANI, F.B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. [S.l.], 2010. 28(6):446–55. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n6/446-455/>. Acesso em: 21 set 2019.

FLÔRES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0237.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. [Apostila]. Fortaleza: UEC, 2002.

FREIRE J.L.R. Introdução à inferência estatística. [Trabalho de conclusão de curso]. Instituto de matemática pura e aplicada. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em https://impa.br/wp-content/uploads/2018/02/TCC_2017_Jo%C3%A3o-Luis-Rodrigues-Freire.pdf. Acesso em: 24 out 2019

GIL A C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados? / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 25 out 2019.

GIRARDI, S.N.; SALGADO, V.A.B.; VAN STRALEN, A.C.S. **Aspectos críticos da experiência municipal com remuneração variável de equipes de Atenção Básica em Saúde.** In: VIII Congresso de Gestão Pública (CONSAD). Brasília: CONSAD, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d6a7/b3939e3dabb2193f109ff04a8b84de77d304.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

GOMES, L.B; BARBOSA MG; FERLA, AA. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)** – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

HARTZ, Z.M.A. E SILVA, L.M.V. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1 ed., p. 216, Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível: <https://portal.fiocruz.br/livro/avaliacao-em-saude-dos-modelos-teoricos-pratica-na-avaliacao-de-programas-e-sistemas-de-saude>. Acesso: 21 out 2019.

HUOT, Réjean. Métodos quantitativos para as ciências humanas (tradução de Maria Luísa Figueiredo). Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

JALES ED, JALES RD, GOMES JGN. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. **RSC online**, v. 6, n. 3, p. 77-97, 2017. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/revistas_audeeciencia/index.php/RSC-UFCEG/article/view/486. Acesso em: 08 out. 2019.

KEHRIG, Ruth Terezinha; GUGELMIN, Silvia Angela; OLIVEIRA, Andre Luiz Lopes de; DIVINO, Eveline do Amor; SILVA, Fabiano Lima da; COSTA, Alane Andréa Souza; GONZAGA, Amaury Ângelo. QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM UNIDADES RURAIS E URBANAS DE UM PEQUENO MUNICÍPIO: a avaliação do PMAQ-AB na perspectiva dos profissionais em chapada dos guimarães. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **ATENÇÃO BÁSICA: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 211-264. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141070/000992879.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 out de 2019.

KONDO, Karli K.; DAMBERG, Cheryl L.; MENDELSON, Aaron; MOTU'APUAKA, Makalapua; FREEMAN, Michele; O'NEIL, Maya; RELEVO, Rose; LOW, Allison; KANSAGARA, Devan. Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: a systematic review. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 61-69, 7 mar. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-015-3567-0>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26951276/>. Acesso em: 31 Out 20.

LEMOES, Larissa Morgan Andrade; PRADO, Nília Maria Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): modelização da política no âmbito nacional. **Sociedade e Cultura**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 54-72, 17 dez. 2018. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/sec.v21i2.56311>. Acesso em 21 out 2019

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00117118.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

LORENZETTI, Jorge et al. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2014, vol.23, n.2, pp.417-425. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>. Acesso em: 12 out 2019.

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**, [S.L.], v. 40, p. 4-11, 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/jac.0000000000000189>. Acesso em: 12 out 2019.

MANNION, R.; DAVIES, H. T. O. **Payment for performance in health care**. BMJ. Londres, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39463.454815.94>. Acesso em: 08 out. 2019.

MARTHA, S.N. *et al.* Programa saúde da família sob a visão do usuário. **Salusvita**, v. 30, n. 3, p. 159-77, 2011. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?q=Programa%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia%20sob%20a%20vis%C3%A3o%20do%20usu%C3%A1rio>. Acesso em: 01 out. 2019.

MARTINS, Caroline Curry; WACLAWOVSKY, Aline Josiane. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.L.], v. 04, n. 01, p. 100-109, 1 jun. 2015. University Nove de Julho. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i1.157>. Acesso em: 01 out. 2019.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 107, p. 1033-1043, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n107/1033-1043/pt>. Acesso em: 01 out. 2019.

MELO, L.M.F. *et al.* Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 8-22, jan-mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 set 2019

MENDELSON, A *et al.* The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. **Ann Intern Med**, v. 166, n. 5, p. 341-353, mar. 2017. Disponível em <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-1881> . Acesso em 10 out 2019.

MENDES, E.V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp->

[content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf](#). Acesso em: 01 out. 2019.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo and GUERRA, Lucia Dias da Silva. **Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde**. *Saúde debate* [online]. 2018, vol.42, n.spe1, pp.224-243. ISSN 2358-2898. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s115>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500224&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 out de 2019.

MENDES-DA-SILVA, Wesley. Relatório de Gestão da Revista de Administração Contemporânea 2018-2019. **Revista de Administração Contemporânea**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1-10, nov. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac2019190356>. Acesso em: 28 out de 2019.

MENDONÇA, M.H.M. *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 1 ed. p. 610, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005. Acesso em: 03 out 2019

MORAIS, Carlos. **Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa**. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, n.d. Disponível em: <http://www.ipb.pt/~cmmm/discip/ConceitosEstatistica.pdf> . Acesso em: 28 out de 2019.

MOREIRA, K.S.; VIEIRA, M.A. E COSTA, S.M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127, out-dez, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0117.pdf>. Acesso em: 28 out de 2019.

MOTA, R.R.A.; DAVID, H.M.S.L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizaz. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14725>. Acesso em: 08 out. 2019.

MOORI, R.G.; MARCONDES, R.C.; ÁVILA, R.T. **A análise de agrupamentos como instrumento de apoio à melhoria da qualidade dos serviços aos clientes**. *Rev. adm. contemp.* vol.6 no.1 Curitiba Jan./Apr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552002000100005 . Acesso em: 28 out de 2019.

MOITA NETO, José Machado; MOITA, Graziella Ciaramella. Uma introdução à análise exploratória de dados multivariados. **Quím. Nova**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 467-469, July 1998 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40421998000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out de 2019.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO P. Avaliação da atenção à saúde bucal. In: Tanaka OY (org). **Avaliação em saúde: contribuições para a incorporação no cotidiano**. São Paulo: Atheneu; no prelo. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1464>. Acesso em: 02 out 2020.

OXMAN, Andrew D; FRETHERM, Atle. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. **Journal Of Evidence-Based Medicine**, [S.L.], v. 2, n. 2, p. 70-83, maio 2009. Wiley. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1756-5391.2009.01020.x>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA. C.H.A.; TEXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. ciênc. saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

PAIVA, Rosilene Aparecida; RANDOW, Raquel; DINIZ, Luciene Patrícia; GUERRA, Vanessa de Almeida. O papel do gestor de serviços de saúde:: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, [S.L.], v. 28, Supl. 5, 2018. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180135>. Acesso em: 01 out. 2019.

PEARSON, S.D. *et al.* The Impact of Pay-For-Performance on Health Care Quality in Massachusetts, 2001-2003. **Health Affairs**. Millwood, v. 27, n. 4, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18607052>. Acesso em: 08 out. 2019.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/FAPESP, 1999.

PINAFO, Elisângela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 1511-1524, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. acesso em: 01 out. 2019.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A. E FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600358&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 out. 2019.

PINTO, H.A.; KOERNER, R.S.; SILVA, D.C.A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a Atenção Básica**. Brasília: ABRASCO, 2012. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/06/artigoprioridade.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

REZENDE, Amaury José; DALMÁCIO, Flávia Zóboli; RATHKE, Alex Augusto Timm. Avaliação do impacto dos incentivos fiscais sobre os retornos e as políticas de investimento e financiamento das empresas. **Revista Universo Contábil**, Blumenau, v. 14, n. 4, p. 29-40, out./dez. 2018. Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/6460> acesso em: 08 out. 2019.

ROCHA, E.M.S. *et al.* Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: ambiguidades no discurso oficial. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 18, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.portalderepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/view/15127/10708>. Acesso em: 08 out. 2019.

ROCHA, P.M. Avaliando a Qualidade em Atenção Primária em Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.1, n. 4, p. 132-140, jan/mar, 2006. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm_04_art_03.pdf. Acesso em 15 out. 2019.

SAMPAIO, Juliana; MORAES, Marina Nascimento de; MARCOLINO, Emanuella de Castro; CASTRO, Israel Dias de; GOMES, Luciano Bezerra; CLEMENTINO, Francisco de Sales. PMAQ-AB: A experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem**: UFPE Online, Recife, v. 5, n. 10, p. 4318-4328, nov. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30007>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SANTANA, Vagner Caminhas; BURLANDY, Luciene. Inflexões na avaliação e financiamento da atenção básica com o PMAQ-AB. **Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social**, issue 26, 2019. Disponível em: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:erv:oidles:y:2019:i:26:3>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SANTOS, Adriano Maia dos; NÓBREGA, Iva Karla Silva da; ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Sandra Rego de; KOCHERGIN, Claudia Nicolaevna; BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALVES, Josenildo de Sousa; SANTANA, Katiuscy Carneiro. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 1, p. 39-49, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771351>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev. bras. med. fam. comunidade**. Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/qualidade-servicos-publicos-savassi.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

SOSSAI, T. A.; GALAVOTE, H. S.; VIEIRA, E. C. L.; FREITAS, P. de S. S.; LIMA, R. de C. D. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health**

Research, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 111-119, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15142>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802783. Acesso em: 01 out. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

STEVANIM, L.F. **Previne Brasil: mudança sem debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, nov. 2019. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/previne-brasil-mudanca-sem-debate>. Acesso em: 01 out. 2019.

SUTTON M. Reduced Mortality with Hospital Pay for Performance in England. **N Engl J Med**, n. 367, p. 1821-1828, 2012. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1114951?articleTools=true>. Acesso em: 08 out. 2019.

110. UCHÔA, Severina Alice da Costa; MARTINIANO, Claudia Santos; QUEIROZ, Ana Angélica Rêgo de; BAY JÚNIOR, Osvaldo de Goes; NASCIMENTO, Wezila Gonçalves do; DINIZ, Ítalo Vinícius Albuquerque; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Inovação e utilidade: avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 100-113, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s107>. Acesso em 09 out 2019

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Relatório final diálogos online: remuneração por desempenho na Atenção Básica – 1ª e 2ª Edição**. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dialogos%20Online%20Remunera%C3%A7%C3%A3o%20por%20Desempenho%20na%20AB%20\(Rel.%20Final\).pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dialogos%20Online%20Remunera%C3%A7%C3%A3o%20por%20Desempenho%20na%20AB%20(Rel.%20Final).pdf). Acesso em: 08 out. 2019.

VIALI, Lorí. Algumas considerações sobre a origem da teoria da probabilidade. **Revista Brasileira de História da Matemática**, [S.L.], v. 8, n. 16, p. 143-153, out./mar. 2008.

VICINI, Lorena. **Análise multivariada da teoria à prática** / Lorena Vicini; orientador Adriano Mendonça Souza. - Santa Maria: UFSM, CCNE, 2005. 215 p.

VOLPATO L.F. *et al.* Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1561-72, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000800010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Primary health care: transforming vision into action - Operational framework (UNICEF). Geneva: WHO/HIS/SDS/2018.16. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Payingfor-Performance-in-Health-Care.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

ZERMIANI, T. C.; HELENA BALDANI PINTO, M.; GOMES DITTERICH, R. Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade. **Sociedade e Cultura**, v. 21, n. 2, 17 dez. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329722482_Pagamento_por_Desempenho_na_Atencao_Primaria_a_Saude_em_Curitiba-PR_Incentivo_ao_Desenvolvimento_da_Qualidade. Acesso em: 08 out. 2019.

ANEXOS

ANEXO I – DIRETRIZES NORTEADORAS DA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PMAQ-AB.

DRETRIZ I	Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde: Um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de Atenção Básica, respeitando os diferentes contextos.
DRETRIZ II	Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes e gestão, considerou a experiência e os resultados obtidos nos ciclos anteriores, com revisão e categorização dos padrões observados na avaliação externa, conforme detalhado posteriormente.
DRETRIZ III	Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade: O processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal, das Equipes participantes do PMAQ pode ser acompanhado pelos estados, municípios e sociedade civil organizada, dentre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica
DRETRIZ IV	Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal 2, municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica: Desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e equipes deverão se responsabilizar por ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da Atenção Básica. Os usuários também estarão envolvidos no Programa, na medida em que participarão das mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, duas importantes dimensões estarão presentes no processo de avaliação: a avaliação da satisfação dos usuários a respeito das Equipes participantes do Programa e a satisfação das EAB a respeito dos NASF participantes do PMAQ.
DRETRIZ V	Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: Um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das equipes, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.
DRETRIZ VI	Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários: Todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por esta para os usuários e os trabalhadores. Tendo como

	referência os princípios da Atenção Básica, o Programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das equipes. O Programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos trabalhistas, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.
DRETRIZ VII	Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos: A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõe o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do Programa e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

FONTE: Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF - Terceiro ciclo.

Ministério da saúde, 2017.

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre IMPACTOS DO PMAQ NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOBRE O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DE SAÚDE e está sendo desenvolvida por Juliana Sampaio e colaboradores, do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. O objetivo do estudo é Analisar as diferentes modalidades de repasse dos incentivos financeiros por desempenho do PMAQ realizadas pelos municípios da Paraíba e a avaliação destas pelos atores envolvidos. A finalidade deste trabalho é contribuir para a qualificação do PMAQ no que se refere à transferência dos incentivos financeiros por desempenho.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário, que terá duração médica de 5 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Informamos que esta pesquisa tem como único risco seu possível constrangimento em responder a alguma questão do questionário. Portanto, garantimos seu direito de não responder a quaisquer questões e ou desistir de realizar a pesquisa, sem nenhum dano ou constrangimento. Esclarecemos que sua participação no estudo é **voluntária** e, portanto, não a/o obriga a participar da mesma.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , ____ de _____ de _____
dactiloscópica

Impressão

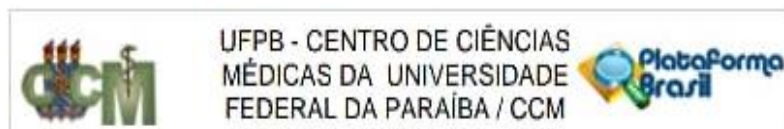
Assinatura do participante ou responsável legal

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Juliana Sampaio. Telefone: (83) 32167242 ou para o Comitê de Ética do CCM: *Centro de Ciências Médicas, 3º andar, sala 14 - Cidade Universitária - Campus I, Universidade Federal da Paraíba, CEP: 58051-900 - Bairro Castelo Branco - João Pessoa- PB. Telefone: (83) 3216.7619. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br*

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer 2.860.014

Objetivo da Notificação:

Ampliação da amostra do projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente destacados pela pesquisadora, seguindo as normas e diretrizes da Resolução 466/12, CNS, MS.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação aceita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Observar os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos durante todas as etapas da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a Resolução 466/12, CNS, MS, a notificação foi aceita e aprovada por não haver óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Senhora Pesquisadora: O Colegiado do CEP-CCM, após apreciação do projeto de pesquisa (Notificação) enviado por V.Sª, decidiu por parecer APROVADO por não haver óbices éticos. Recomendamos ACESSAR o Parecer Consubstanciado emitido por este CEP, disponível em sua página na Plataforma Brasil. O Manual Funcionalidades, da Aba Pesquisador na Plataforma Brasil, contém instruções de como localizar o parecer. Parabéns!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_Anuencia_consems.pdf	14/09/2018 08:31:51	Juliana Sampaio	Postado
Outros	Carta_Anuencia_conass.pdf	14/09/2018 08:32:22	Juliana Sampaio	Postado

Situação do Parecer:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus I
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA
 Telefone: (81)3218-7817 E-mail: comitetedetica@ccm.ufpb.br



UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 2.985.514

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 13 de Outubro de 2018

Assinado por:

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

UF: PB **Município:** JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7517

E-mail: comfocmedica@ccm.ufpb.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO E ESCORES ATRIBUÍDOS

Variáveis da Dimensão 1 da pesquisa			
Variáveis	Descrição das variáveis	Categorias de respostas	Escore atribuído
Q1	Idade	-	-
Q2	Sexo	Feminino	-
		masculino	-
Q3	Cargos ocupados pelos entrevistados	Secretário (a) municipal de saúde	4
		Direção/Coordenação da ABS	3
		Gerente	2
		Outros	1
		NS/NR	0
Q4	Há no município alguma normativa que regulamente o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB no município?	Sim, desde o 1º ciclo	4
		Sim, desde o 2º ciclo	3
		Apartir do 3º ciclo	2
		Não existe normativa	0
		NS/NR	0
Q5	Qual a normativa existente em cada ciclo do programa? (ciclo 1) (ciclo 2) (ciclo 3)	Lei municipal do PMAQ	4
		Portarias e decretos	3
		Pactuação Formal do Conselho Municipal de Saúde	2
		Outras	1
		NS/NR	0
Variáveis da Dimensão 2 da pesquisa			
Variáveis	Descrição das variáveis	Categorias de respostas	Escore atribuído
Q6	O incentivo financeiro foi concedido exclusivamente para as equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB?	Sim	1
		Não	0
Q7	Qual a periodicidade do repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB para as equipes? (ciclo 1) (ciclo 2) (ciclo 3)	Mensal	6
		Bimestral	5
		Trimestral	4
		Semestral	3
		Anual	2
		Vinculada à avaliação externa do PMAQ	1
		Não há periodicidade definida	0
		Não há repasse para as equipes	0
Q8	Você sabe em MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica? (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Até 40% do valor recebido pelo município	1
		De a 40% a 60% do valor recebido pelo município	2
		Mais de 60% do valor recebido pelo município	3
		Não houve repasse para as equipes nesse ciclo	0
		NS/NR	0
Q9	Para o repasse do incentivo	O resultado da avaliação	4

	financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	externa do PMAQ	
		O alcance de metas absolutas e relativas	3
		Algum tipo de ranqueamento relativo	2
		Todas as equipes de atenção básica recebem igual	1
		NS/NR	0
		Outros	0
Q10	Para quais profissionais das equipes de Atenção Básica o incentivo do PMAQ-AB foi/é repassado (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Médico	1
		Enfermeiro	1
		Odontólogo	1
		Tec de Enfermagem	1
		Agente comunitário de saúde (ACS)	1
		Técnico ou auxiliar de saúde Bucal	1
		NASF	0
		Outro profissionais de nível superior	1
		Apoio/gerente	1
		Não há repasse para as equipes de AB	0
		Outros	0
		NS/NR	0
Q11	Como é utilizado o restante do incentivo do PMAQ-AB (1º ciclo) (2º ciclo) (3º ciclo)	Repassado para gestores da Atenção Básica à Saúde	Sim 0 Não 1 NS/NR 0
		Em Obras das Unidades Básicas de Saúde	Sim 1 Não 0 NS/NR 0
		Em processos de Educação Permanente em Saúde para a Atenção Básica à Saúde	Sim 1 Não 0 NS/NR 0
		Em compra de medicamentos, insumos e materiais	Sim 1 Não 0 NS/NR 0
		Em investimentos não especificados na Atenção Básica à Saúde	Sim 1 Não 0 NS/NR 0
		Todo o valor é repassado às equipes	Sim 1 Não 0 NS/NR 0
		Outros	Sim 0 Não 1 NS/NR 0
		NS/NR	Sim 0 Não 1 NS/NR 0
Variáveis da Dimensão 2 da pesquisa			
Variáveis	Descrição das variáveis	Categorias de respostas	Escores atribuídos
Q12	O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (1º ciclo)	Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS.	1
		Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão.	1

	(2º ciclo) (3º ciclo)	Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde	1	
		Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde	1	
		Não há problemas quanto ao repasse	2	
		Não há repasse para as equipes da AB	0	
		Outros	0	
		NS/NR	0	
Q13	Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (ciclo 1)	Melhorar acesso	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar eficiência	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar processos de trabalho	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar resultados em saúde	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar satisfação do usuário	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar satisfação profissional	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
Q14	Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (ciclo 2)	Melhorar acesso	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar eficiência	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar processos de trabalho	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0

		Melhorar resultados em saúde	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar satisfação do usuário	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar satisfação profissional	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	2
			NS/NR	0
Q15	Considerando o ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (ciclo 3)	Melhorar acesso	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar eficiência	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar resultados em saúde	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar resultados em saúde	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar satisfação do usuário	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0
		Melhorar satisfação profissional	Não incentiva nenhuma melhora	1
			Indiferente	2
			Incentiva a melhora	3
			NS/NR	0