



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA - CCEN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

**PAGAMENTO POR PERFORMANCE: uma análise da gestão dos recursos financeiros do
PMAQ-AB na Paraíba**

ANDRÉ WAGNER DANTAS RODRIGUES

JOÃO PESSOA-PB

2021

ANDRÉ WAGNER DANTAS RODRIGUES

**PAGAMENTO POR PERFORMANCE: uma análise da gestão dos recursos financeiros do
PMAQ-AB na Paraíba**

Dissertação para apresentação ao curso de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde como requisito parcial a obtenção do título de Mestre, sob a orientação dos professores Juliana Sampaio e Luiz Medeiros.

JOÃO PESSOA-PB

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R696p Rodrigues, André Wagner Dantas.

Pagamento por performance : uma análise da gestão dos recursos financeiros do PMAQ-AB na Paraíba / André Wagner Dantas Rodrigues. - João Pessoa, 2021.
106 f. : il.

Orientação: Juliana Sampaio.

Coorientação: Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Saúde pública. 2. Pagamento por performance. 3. Financiamento da atenção básica. 4. Gestão municipal. 5. PMAQ-AB. I. Sampaio, Juliana. II. Lima Filho, Luiz Medeiros de Araújo. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

ANDRÉ WAGNER DANTAS RODRIGUES

**PAGAMENTO POR PERFORMANCE: uma análise da gestão dos recursos financeiros do
PMAQ-AB na Paraíba**

João Pessoa, 16 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

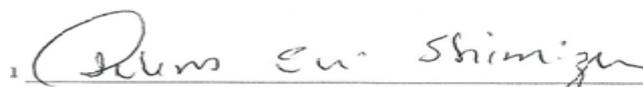
Prof. Dr. Juliana Sampaio
Universidade Federal da Paraíba (Orientador)

Prof. Dr. Luiz Medeiros
Universidade Federal da Paraíba (Orientador)

Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite
(Membro Interno)



Prof. Dr. Ana Maria Gondim Valença
(Membro Interno)



Prof. Dr. Helena Shimizu
(Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por nunca soltar a minha mão e ter me dado forças para chegar até o fim dessa caminhada.

Aos **meus pais Joelma Gomes e Fabio Rodrigues** por toda confiança e apoio em todos os meus objetivos de vida.

Ao meu irmão Marcos Dantas, por sempre me apoiar e me ajudar nas maratonas de viagens que enfrentava para assistir as aulas.

A todos os meus familiares e amigos por todo zelo e força nos momentos que mais precisei de um ombro e um desabafo.

A **minha namorada Mahalla**, por sempre me apoiar e me incentivar a chegar até o fim dessa caminhada.

A **Célio Diniz e a Giovani Amado**, por toda força e incentivo desde o momento que decidi escolher a docência.

Aos Professores e examinadores : **José Carlos, Ana Maria Gondim, Luciano Bezerra e Helena** por todas as contribuições para a construção desse trabalho final.

Aos meus orientadores,

A **professora Juliana Sampaio**, por ter me acolhido e sempre estar disposta a me atender a qualquer momento em que precisei, dentro e fora da universidade.

Ao professor Luiz Medeiros, por toda paciência diante de tantas limitações que tive durante esse processo de especialização.

RESUMO

O processo de gestão na atenção básica tem passado por mudanças nas últimas décadas. Uma delas foi o processo de pagamento por desempenho do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que inovou o método de transferência de recurso para a atenção básica, adicionando o indicador de qualidade para avaliar as equipes. O PMAQ-AB atribuía recursos financeiros para o município de acordo com a avaliação de desempenho das equipes participantes do programa, quanto a qualidade e acesso de serviços ofertados à população. Contudo, o programa não definia como esses recursos deveriam ser aplicados no âmbito municipal, ficando a cargo dos municípios pactuar localmente, através de leis, decretos ou portarias criadas com essa finalidade. O PMAQ-AB teve seu fim decretado no ano de 2019. Este estudo tem como objetivo analisar a gestão de recursos do PMAQ-AB e sua relação com o desempenho dos municípios da Paraíba participantes do programa. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, analítica com abordagem quantitativa, com 219 gestores municipais. Os resultados desse trabalho se deram a partir de duas bases de dados. Os dados passaram por uma análise descritiva exploratória e a utilização do modelo de regressão logística. Os resultados foram apresentados em formato de dois artigos. O primeiro artigo foi descritivo e retratou como ocorreu o repasse dos recursos nos três ciclos de avaliação. O artigo mostrou que a maioria dos municípios da Paraíba adotou lei municipal como normativa para regulamentar o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB. A avaliação externa foi o principal critério de repasse dos recursos financeiros às equipes de saúde. No decorrer dos ciclos, mais atores receberam recursos além da equipe mínima da estratégia de saúde da família e o repasse foi feito de forma semestral e anual, sendo cerca de 40% a 50% do valor destinado às equipes e o restante investido em melhorias das condições de trabalho. Já o segundo artigo foi utilizado apenas com os dados referentes ao terceiro ciclo de avaliação do programa e apontou através do modelo de regressão logística que municípios que usaram o critério do resultado da avaliação externa para repasse dos recursos; repassavam recursos para o apoio/gerente além da equipe mínima da estratégia de saúde da família; adotavam a periodicidade mensal para repasse e repassavam uma porcentagem de 0 a 20% do valor dos recursos para as equipes, possuíam mais chances de ter um melhor desempenho na certificação do PMAQ-AB. Conclui-se que esta pesquisa permitiu identificar aspectos relevantes sobre como se deu a execução em nível local dos recursos do PMAQ-AB por parte dos municípios de um estado com elevada cobertura de ESF e ampla adesão ao Programa. Além disso, permitiu identificar formas mais relevantes para o repasse dos recursos, afim de conseguir melhores resultados das equipes de atenção básica. Isso permite identificar potenciais vetores a serem considerados pelos gestores das três esferas em futuras políticas de pagamento por desempenho, o que ganha maior relevância num momento em que o PMAQ-AB, como uma modalidade de composição do financiamento da atenção básica foi descontinuado.

Palavras-chave: Pagamento por performance; Financiamento da atenção básica; Gestão municipal; PMAQ-AB.

ABSTRACT

The management process in primary care has undergone changes in recent decades. One of them was the payment-for-performance process of the Access and Quality Improvement in Primary Care Program (PMAQ-AB), which innovated the method of transferring resources to primary care, adding the quality indicator to assess the teams. The PMAQ-AB allocated financial resources to the municipality according to the performance evaluation of the teams participating in the program, regarding the quality and access of services offered to the population. However, the program did not define how these resources should be applied at the municipal level, leaving the municipalities to agree locally, through laws, decrees or ordinances created for this purpose. The PMAQ-AB had its end decreed in the year 2019. This study aims to analyze the management of resources of the PMAQ-AB and its relationship with the performance of municipalities in Paraíba participating in the program. This is a descriptive, cross-sectional, analytical research with a quantitative approach, with 219 municipal managers. The results of this work came from two databases. The data underwent an exploratory descriptive analysis and the use of the logistic regression model. The results were presented in two-article format. The first article was descriptive and portrayed how the transfer of resources occurred in the three evaluation cycles. The article showed that most municipalities in Paraíba have adopted a municipal law as a rule to regulate the use of financial incentives under the PMAQ-AB. External evaluation was the main criterion for transferring financial resources to the health teams. During the cycles, more actors received resources in addition to the minimum team of the family health strategy and the transfer was made on a biannual and annual basis, with around 40% to 50% of the amount allocated to the teams and the remainder invested in improvements to the work conditions. The second article, on the other hand, was used only with data referring to the third cycle of the program's evaluation and pointed out, through the logistic regression model, which municipalities used the criterion of the result of the external evaluation to transfer resources; they transferred resources to the support/manager beyond the minimum team of the family health strategy; adopted the monthly frequency for transfer and transferred a percentage of 0 to 20% of the value of resources to the teams, had more chances of having a better performance in the PMAQ-AB certification. It is concluded that this research allowed the identification of relevant aspects about how the PMAQ-AB resources were implemented at the local level by the municipalities of a state with high ESF coverage and broad adherence to the Program. In addition, it allowed the identification of more relevant ways to transfer resources, in order to achieve better results from primary care teams. This allows for the identification of potential vectors to be considered by the managers of the three spheres in future pay-for-performance policies, which gain greater relevance at a time when the PMAQ-AB, as a form of composition of funding for primary care, was discontinued.

Keywords: Pay for performance; Financing of primary care; municipal management; PMAQ-AB.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 -	Matriz de confusão.	31
Tabela 2 -	Resultado da definição do repasse concebido pelo PMAQ-AB para as equipes da atenção básica.	39
Tabela 3 -	Percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassado para as equipes de atenção básica.	41
Tabela 4 -	Distribuição do incentivo do PMAQ-AB entre os profissionais que compõem as equipes de saúde, de acordo com os ciclos de avaliação.	43
Tabela 5 -	Periodicidade repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes.	44
Tabela 6 -	Avaliação do gestor quanto ao incentivo da qualificação das equipes a partir do recurso financeiro do PMAQ-AB.	48
Tabela 7	Resultados das respostas dos gestores ao questionário aplicado.	61
Tabela 8	Variáveis significativas no modelo de regressão logística ajustado.	64
Tabela 9	Matriz de confusão do modelo de regressão logística.	65
Quadro 1 -	Critérios de estratificação dos municípios.	18
Quadro 2 -	Categorias de certificação no 3º ciclo.	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PMAQ-AB -	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AB -	Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
PAB -	Piso da Atenção Básica
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ABS -	Atenção Básica de Saúde
MS -	Ministério da Saúde
EAB -	Equipes da Atenção Básica
EPS -	Educação Permanente em Saúde
PIB -	Produto Interno Bruto
P4P -	Pagamento por Performance (<i>pay-for-performance</i>)
RFB -	Financiamento Baseado em Resultados (<i>result-based-financing</i>)
FNS -	Fundo Nacional de Saúde
FMS -	Fundo Municipal de Saúde
GP -	Grupo de Pessoas
NOB -	Normas Operacionais Básicas
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF -	Programa de Saúde da Família
PSB -	Programa de Saúde Bucal
PSE -	Programa de Saúde na Escola
EC -	Emenda Constitucional
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS -	Centro de Ciências da Saúde
UFPB -	Universidade Federal da Paraíba
CONEP -	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	OBJETIVOS.....	14
2.1	GERAL.....	14
2.2	ESPECÍFICOS.....	14
3.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).....	15
3.2	PAGAMENTO POR DESEMPENHO.....	20
3.3	FINANCIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
4.	MÉTODOS.....	26
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	26
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
4.3	COLETA DE DADOS.....	26
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	27
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6	MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	28
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	32
5.	RESULTADOS	32
5.1	PAGAMENTO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB.....	33
5.2	REPASSE DOS RECURSOS DO PMAQ-AB NO TERCEIRO CICLO DE AVALIAÇÃO: uma análise a partir da técnica de regressão logística.....	54
6.	CONCLUSÕES.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICES.....	85
	ANEXOS.....	101

1 INTRODUÇÃO

Dentre as várias mudanças ocorridas nos últimos anos para aperfeiçoar ações, e consequentemente dar resultados positivos para melhoria da Atenção Básica (AB), destaca-se a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2011 (BRASIL, 2011). O processo desenvolvido no PMAQ-AB rapidamente se tornou uma das principais formas para melhorar a qualidade da AB (MOTA; DAVID, 2015).

O PMAQ-AB se estruturou, nos dois primeiros ciclos, em quatro fases, sendo elas: Adesão e contratualização; Desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Avaliação externa; e Recontratualização, em um esquema que se completava, formando um ciclo contínuo (BRASIL, 2011).

Essa estruturação muda no terceiro ciclo do programa, com a portaria 1.545, de 2 de outubro de 2015. Com a intenção de dar uma ênfase maior à fase de desenvolvimento, o programa foi modificado passando a ter três fases (Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Os objetivos específicos do programa eram:

“Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB; Fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde; Promover a qualidade e inovação na gestão da AB; Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação; Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no Sistema Único de Saúde (SUS) e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e Estimular o foco da AB no usuário” (BRASIL, 2011, p.4).

Segundo Mota e David (2015), os incentivos do programa eram atribuídos a partir dos desfechos registrados, que incluíam processos de autoavaliação realizados pelas próprias equipes municipais, a avaliação externa e a avaliação dos indicadores de saúde pactuados entre os gestores municipais e o Ministério da Saúde. Assim os municípios recebiam recursos financeiros advindos do desempenho alcançado por suas equipes para serem utilizados em ações que proponham a qualidade dos atendimentos ofertados à população. A forma de distribuição de recursos do PMAQ-AB inovou os desenhos de políticas de financiamento do Ministério da Saúde ao estabelecer uma avaliação por meio de metas e indicadores (SANTOS et al., 2016).

De acordo com a literatura, a respeito da forma de financiamento do PMAQ-AB, percebe-se que um dos elementos que compõe sua lógica é a ideia de pagamento por performance (*Pay-For-Performance, P4P*) que, segundo Oxman e Fretheim (2009), é um capital concebido através do alcance de resultados (*Result-Based-Financing, RFB*). Esse tipo de pagamento no âmbito da saúde diz respeito ao repasse de recursos às equipes e/ou serviços de saúde, que pode variar de acordo com os objetivos atingidos, a partir de ações ou metas estabelecidas. Estes mesmos autores apontam que esses tipos de estratégias podem ser também efetivas em um curto período, desde que estabeleçam metas bem definidas, distintas e simples.

Por outro lado, Barreto (2015) destaca que dependendo do modelo escolhido, o *P4P* pode também produzir alguns resultados inesperados, estimulando comportamentos negativos tais como: escolha de pacientes para se ter facilidade em atingir metas, falsificação na apresentação de relatórios, deixar de lado tarefas importantes que não são recompensadas, e dependência dos incentivos financeiros.

O PMAQ-AB, contudo, apresentou particularidades em seu desenho de *P4P*, rompendo com a lógica de pagamento tradicional da saúde que era o pagamento por procedimentos. Após as avaliações e certificação dos resultados dos desempenhos das equipes quanto às metas traçadas, os municípios recebiam os recursos e ficavam livres para investir da forma que acharem necessário, podendo ou não os trabalhadores das equipes participantes receberem recompensas em forma de gratificação salarial. Estas definições municipais deveriam ser realizadas de forma pactuada localmente e normatizada em lei do município ou outras formas elaboradas especificamente para este fim como portarias e decretos (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014; BEZERRA, 2016).

Esta pesquisa justifica-se por haver a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca das estratégias de pagamento por performance para a qualificação da Atenção Básica à Saúde, devido estas estratégias serem cada vez mais utilizadas pelos gestores públicos. No âmbito do Ministério da Saúde esteve presente no Programa PMAQ-AB e continua presente no atual Programa Previne Brasil, apesar das importantes diferenças entre esses dois programas (BRASIL, 2019a).

Dessa forma, esse estudo analisa os diferentes modos de gestão dos recursos do PMAQ-AB desenvolvidos pelos gestores municipais da Paraíba, apontando as estratégias que tiveram maior êxito na melhoria do desempenho das equipes de AB. Além disso, o estudo se torna muito relevante, por haver uma escassez de dados secundários disponíveis e estudos que avaliem a utilização dos recursos do PMAQ-AB em âmbito municipal.

A escolha do estado da Paraíba justifica-se pelas suas características, possuindo uma cobertura populacional de 92,7% da Estratégia Saúde da Família, e por possuir um grande número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): 142 NASF-AB Modalidade I, 51 NASF-AB Modalidade II e 73 NASF-AB Modalidade III, implantadas. Estes dados o tornam um estado representativo para uma pesquisa relacionada a atenção básica. Além disso, 77,2% dos municípios do estado participaram do programa PMAQ-AB desde seu primeiro ciclo, evidenciando a ampla experiência deste no programa (BRASIL, 2019).

Desta forma, esse trabalho traz como problemática: Será que as diferentes formas de gestão de recursos dos municípios impactam no desempenho de suas equipes no PMAQ-AB?

E como hipótese: Diferentes formas de aplicação dos recursos do PMAQ-AB produzem diferentes desempenhos das equipes no Programa.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a estratégia de pagamento por performance na gestão de recursos do PMAQ-AB e sua relação com o desempenho dos municípios da Paraíba participantes do programa.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as formas de gestão de recursos do PMAQ-AB nos municípios da Paraíba participantes dos três ciclos do programa;
- Relacionar as formas de gestão de recursos do PMAQ-AB com o desempenho dos municípios da Paraíba no programa;
- Apresentar um modelo de tomada de decisão que permita identificar formas mais relevantes de repasse de recursos financeiros para subsidiar gestores municipais em programas de pagamento por desempenho na atenção básica de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

No ano de 2011, começou a funcionar no Brasil o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, visando aumentar o acesso e a melhoria da qualidade dos serviços na Atenção Básica. O PMAQ-AB vinha sendo considerado uma das principais formas de melhorar a qualidade no acesso e nos serviços de saúde, realizada pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS (PROTASIO, 2018).

As diretrizes que conduziam o PMAQ-AB eram:

- “I-Construir parâmetros de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II-Estimular 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 de saúde e da atenção básica;
- III-Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV-Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura, de gestão e qualificação da atenção básica;
- V-Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
- 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; e
- VII-Caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos” (BRASIL, 2011a, p.6)”.

Para alguns autores, o PMAQ-AB tem como uma de suas dimensões a gestão por resultados que englobam instrumentos de avaliação do desempenho do trabalhador como requisito para atingir e assegurar o acesso e a qualidade da atenção básica, auxiliando os gestores e profissionais da Atenção Básica a melhorar a oferta de serviços à população, e assim, atingir os compromissos do SUS (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012; SIMON, 2015).

O PMAQ-AB estimulava a formulação de ações que poderiam ampliar a capacidade dos gestores nas três instâncias (federal, estadual e municipal), e além disso, fomentar a oferta

de serviços que faziam melhorar o acesso e qualidade pelas equipes de AB, de acordo com as necessidades reais da população (CAVALCANTI; OLIVEIRA-NETO; SOUSA, 2015).

Para Pinto, Souza e Ferla (2014), o PMAQ-AB era um sistema bem organizado, realizado por profissionais de saúde, gestores e usuários, tendo como propósito alterações no método de trabalho, dando ênfase na qualidade dos serviços e no acesso da população. O programa era estruturado em procedimentos de autoavaliação e avaliação em diversos campos, visando um recebimento de recursos de acordo com o desempenho.

Como foi visto anteriormente, cada ciclo do programa era organizado em fases que se completavam, formando um processo consecutivo para melhorar os serviços ofertados aos usuários. (BRASIL, 2017). A adesão constituía a primeira fase do PMAQ-AB. Nela, se configurava a assinatura de um contrato com compromissos e indicadores pactuados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) e os gestores municipais. Após isso, esses compromissos eram firmados também com o MS em um processo que incluía acordos locais com a participação do controle social (BRASIL, 2012).

A segunda fase do PMAQ-AB, nos dois primeiros ciclos, era a fase de desenvolvimento, que consistia no conjunto de ações que seriam empreendidas pelas equipes, Ministério da Saúde e gestores municipais, com a intenção de agregar mudanças na gestão do cuidado. Nessa fase, era incluída a autoavaliação, monitoramento, educação permanente e o apoio institucional (BRASIL, 2011). Esta fase, no terceiro ciclo, passou a ser Eixo Estratégico Transversal, como tentativa de lhe conferir maior destaque no programa (BRASIL, 2017). Pinto, Sousa e Ferla (2014) defendem que o ponto central do PMAQ-AB nos dois primeiros ciclos era a fase de desenvolvimento, pois nela era que se gerenciava o processo de mudança.

Assim, o Eixo Estratégico de Desenvolvimento era transversal a todas as fases com a intenção de promover atos contínuos para melhorar a qualidade com o decorrer dos ciclos do programa. Nesse item, eram incluídos além do monitoramento, autoavaliação, apoio institucional e educação permanente, a cooperação horizontal (presencial e/ou virtual) (DESTÉFANO; ROCHA; OLIVEIRA, 2017).

A fase de avaliação externa consistia na terceira fase do programa nos dois primeiros ciclos e na segunda fase do programa em seu terceiro ciclo. Nesta eram realizadas um conjunto de avaliações para averiguar as condições de acesso e qualidade das equipes participantes do programa no município. Essa fase se dividia em duas dimensões: certificação do desempenho alcançado pelas equipes e gestão, através do monitoramento dos indicadores pactuados e a verificação dos padrões de qualidade nos locais de atuação das EAB. Já a

segunda dimensão englobava um processo avaliativo da rede local de saúde pelas EAB, satisfação do usuário e uso dos serviços (BRASIL, 2014).

Os padrões de qualidade eram divididos em **essenciais**: eram aqueles que indicavam as condições mínimas de qualidade e acesso na AB como, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), equipamentos, materiais e insumos, esses quesitos não acrescentavam pontos na nota. Os **estratégicos**: eram os de maior relevância, pois foram pactuados de forma tripartite, e apresentavam o maior peso da nota, sendo eles, a acessibilidade na unidade básica de saúde, oferta de ações da equipe, procedimentos realizados na ABS e etc. Os **gerais**: eram todos os demais padrões que compunham a soma de pontuações, como por exemplo, ter espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações semelhantes na UBS, a equipe utilizar a caderneta ou o cartão para o acompanhamento das gestantes. E os **obrigatórios**: eram aqueles formados pelos indicadores que garantiam a permanência da equipe no programa, como por exemplo, a computação dos resultados no sistema de informação da AB (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Já a recontratualização era a última fase do programa nos seus três ciclos. Operada logo após a avaliação externa, era realizada a partir de uma nova pactuação de compromissos. Assim, eram apresentadas novas formas de ações, com inovação de padrões e indicadores de qualidade, de acordo com os resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB. (BERTUSSO, 2017).

Os parâmetros utilizados na métrica dos desempenhos dos municípios, que se materializava na certificação dos mesmos, também apresentou mudança ao longo dos ciclos. A certificação nos três ciclos foi baseada em três dimensões, contudo com pesos diferentes na nota de cada equipe: 1. Implementação de processos autoavaliativos que equivalia a 10% da nota final da certificação nos três ciclos de avaliação; 2. Verificação do desempenho atingido pelo conjunto de indicadores pactuados entre os municípios e o Ministério da Saúde, que correspondia a 20% nos dois primeiros ciclos e subiu para 30% no terceiro ciclo; e a 3. Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade, realizada a partir da Avaliação Externa junto às equipes de saúde, que nos dois primeiros ciclos equivaliam a um peso de 70% da nota final e no terceiro passou a ser 60% (BRASIL, 2014).

Outra mudança ocorrida ao longo dos ciclos do PMAQ-AB foram os critérios para a certificação. Nos dois primeiros ciclos, eram consideradas a diferença socioeconômica, demográfica e epidemiológicas entre as cidades, sendo os municípios distribuídos em 6 estratos, para uma avaliação equitativa. A proposta tinha como objetivo manter uma avaliação mais justa entre os municípios. Para a composição do índice de estratificação, foi construído

um índice que variava de 0 a 10, formado por cinco indicadores : Produto Interno Bruto (PIB) per capital (peso 2); Densidade demográfica (peso 1); Percentual da população com bolsa família (peso 1); Percentual da população em extrema pobreza (peso 1) e Percentual da população com plano de saúde (peso 1) (BRASIL, 2012).

Os critérios de estratificação dos municípios seguiam a seguinte forma:

Quadro 1: Critérios de estratificação dos municípios.

Estrato	Critérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: (BRASIL, 2014, p. 59).

Desta forma, na fase de certificação as notas eram categorizadas em 4 possíveis classificações: o desempenho **insatisfatório**, atribuído às equipes cujo o resultado fosse menor que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato; o desempenho **regular**, atribuído às equipes que obtivessem o resultado abaixo da média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média da performance das equipes em seu estrato; o desempenho **bom**, atribuído às equipes que obtivessem o resultado acima da média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média da performance das equipes em seu estrato; e por fim o desempenho **ótimo**, atribuído quando o resultado era acima do que +1 (mais 1) desvio-padrão da média da performance das equipes em seu estrato (BRASIL, 2011).

Contudo, no terceiro ciclo, estes estratos não foram considerados para a certificação, sendo as notas brutas de desempenho das equipes categorizadas em 7 possíveis classificações descritas no quadro 2:

Quadro 2: Categorias de certificação no 3º ciclo.

Classificação	Intervalos	Descrição
---------------	------------	-----------

Ótimo	≥ 8	Era atribuído a equipes que cumprissem 90% ou mais dos padrões essenciais e que tivessem uma pontuação maior ou igual a 8, além de cumprir 50% ou mais de padrões estratégicos.
Muito bom	> 7 até 7,99	Era concedido a equipes que atingissem 90% ou mais de padrões essenciais e atingido uma pontuação maior que 7 e menor que 8 pontos, ou mesmo equipes com 90% ou mais dos requisitos de padrões essenciais, com pontuação maior ou igual a 8, que não cumprem 50% ou mais de padrões estratégicos.
Bom	>6 até 7	Era atribuído a equipes com 90% ou mais dos padrões essenciais com pontuação maior que 6 até 7.
Regular	>4 até 6	Se dava a equipes que atingissem 90% ou mais dos de padrões essenciais com pontuação maior que 4 até 6.
Ruim	0 até 4	Era voltado a equipes com 90% ou mais de padrões essenciais com pontuação até 4, ou equipes que não cumprem com 90% dos padrões essenciais.
Insatisfatório	-	Para equipes que não cumprissem os compromissos assumidos na adesão.
Desclassificada	-	Para as equipes que se recusaram a realizar a avaliação externa impedindo assim sua avaliação ou equipes AB que não possuem cadeira odontológica.

Fonte: (BRASIL, 2018, p. 47).

O PMAQ-AB teve seu fim decretado no ano de 2019, após encerrar o seu 3º ciclo de avaliação. O Ministério da Saúde, através da portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, lança o novo modelo de financiamento para a atenção básica chamado de Previner Brasil, que entrou em vigor no ano 2020 (BRASIL, 2019a).

Para Morosini, Fonseca e Baptista (2020) o Previner Brasil promove três mudanças principais para a atenção básica, onde introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas, extingue os pisos fixo e variável e estabelece uma nova forma de pagamento por desempenho. Essa forma de financiamento é considerada “radical” por Massuda (2020), pois a extinção do piso fixo que é a única transferência intergovernamental em saúde com base populacional, poderá ocasionar o fim do financiamento universal da AB.

Em relação aos indicadores de saúde avaliados, o PMAQ-AB possuía cerca de 720 indicadores de saúde para serem analisados e monitorados, o que complexificava sobremaneira o programa, o que era, ainda, agravado pelas dificuldades do sistema de registros das informações (SISAB) que não era atualizado com as informações na maioria dos

municípios, o que dificultava acompanhar a realidade das condições de saúde da população. Com o Previde Brasil serão 21 indicadores, que precisarão ser informados a cada 4 meses, a partir de setembro de 2020, pelos municípios, para que possam receber os recursos. Serão 7 indicadores avaliados em 2020, 7 em 2021 e 7 em 2022, entre esses indicadores estão a vacinação em crianças e consultas pré-natais. Essa redução no número de indicadores é apontada como um importante problema por vários autores, pois essa redução deixa de avaliar vários pontos importantes na AB. Além disso, ao focalizar a avaliação, condicionada ao repasse de recursos, em poucos indicadores, o Ministério da Saúde assume uma perspectiva seletiva da AB, que passa a ser reproduzida pelos municípios. Isto porque sem a indução federal através de repasses de recursos, os demais indicadores passam a ser desqualificados e não recebem investimentos nem federais, nem locais, e isso tem impacto direto na atenção integral à saúde da população (BRASIL, 2019b; MOROSINI, FONSECA, BAPTISTA, 2020; MASSUDA, 2020).

Massuda (2020) em seu trabalho faz uma crítica ao novo modelo de financiamento, afirmando que o Previde Brasil tem objetivo restritivo, que deve limitar a universalidade, causar um aumento nas distorções do financiamento e induzir a uma focalização de ações da atenção primária a saúde no SUS, o que reverte as inúmeras conquistas ao longo dos anos para a diminuição das desigualdades da saúde no Brasil.

3.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO

Fontenele (2010) considera que as avaliações de desempenho são fontes para tomada de decisões e também para a definição de políticas de gestão de pessoas. Esse processo avaliativo se torna tão importante quanto os resultados atribuídos por ele, pois permite o entendimento sobre as carências do processo de trabalho. Assim, o processo avaliativo pode ser considerado ponto de partida para mudanças, desde que desperte interesse das pessoas envolvidas.

Estudos mostram que algumas formas de pagamento em saúde ainda se destacam, liderando os processos de pagamento de profissionais de saúde, como é o caso do salário, pagamento por serviço prestado ou capitação. Mas o pagamento por desempenho vem ganhando espaço, como um complemento para melhorar os resultados e eficiência do setor saúde, em todo o mundo (GOULART, 2017).

No Brasil, o PMAQ-AB surgiu como um modelo inovador de pagamento por desempenho, se diferenciando dos processos de pagamentos tradicionais na saúde. Bendanssolli (2012) aponta que o desempenho no trabalho pode ser avaliado tendo-se como

critério as ações realizadas por um indivíduo ou equipe, para alcançar os objetivos organizacionais pactuados.

Segundo Ditterich, Moysés e Moysés (2012), nos últimos anos, as formas de gestão pública buscaram deixar mais flexível a forma de gerir as organizações, inclusive no setor saúde. No âmbito da AB, diferentes instrumentos de gestão passaram a ser utilizados, como a contratualização de resultados e o pagamento por desempenho, procurando uma maior efetividade, eficiência e eficácia dos serviços públicos. O PMAQ-AB é um exemplo desse movimento, ao instituir instrumentos para medir indicadores de desempenho e monitoramento pactuados para melhorar os padrões de qualidade oferecidos à população (BRASIL, 2012).

Para Poli-Neto et al. (2016), o pagamento por performance (*pay for performance – P4P*) é um dos sistemas de incentivo que pode ser usado em diferentes modelos de gestão. A partir de uma remuneração têm-se o propósito de estimular a equipe de trabalho, otimizando os componentes do processo produtivo e possibilitando o alcance dos objetivos organizacionais e a ampliação da qualidade. Este pode ocorrer de diferentes formas, seja de acordo com a realização de certos procedimentos, ou da melhoria de indicadores referentes às condições de saúde de grupos específicos.

Armond (2017) destaca que são diversas as razões para adotar o pagamento por desempenho na atenção básica, que vão desde elevar a motivação de forma individual e a responsabilização dos trabalhadores públicos, com o intuito de melhorar a remuneração, até promover o recrutamento e a retenção de trabalhadores qualificados, já que o recurso é variável e individualizado. Além de tais fatores, essa maneira de pagamento é uma forma de indicar aos cidadãos que a performance é constantemente avaliada na administração pública.

Vale ressaltar que o PMAQ-AB não direciona um sistema de recompensas diretamente para o trabalhador da equipe de atenção básica, pois nesse programa o PAB Variável é um financiamento que é repassado de forma direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Parte dos municípios participantes do programa direcionam esses recursos como gratificações diretas para os trabalhadores e ou indiretamente, aplicando na melhoria das condições de trabalho. Mesmo assim, para Moraes e Iguti (2013), o PMAQ-AB conseguiu manter o aspecto motivacional e de transformação das práticas profissionais e de gestão, construindo padrões de boas práticas em saúde, em uma busca constante pela oferta de qualidade nos serviços de saúde.

Por outro lado, o trabalho de Fontenele (2010) mostra que a avaliação por desempenho, que atribui como resultado recompensas financeiras, podem disparar polêmicas discussões salariais, pois:

“Ao invés de o governo preocupar-se com o salário do servidor, incentivá-lo de outras maneiras, através de capacitação, oportunizar condições de trabalho, ele fica dando benefícios indiretos e, às vezes, em vez de incentivar, faz o efeito contrário. Onde há incentivo se não há condições de trabalho? Se não há um incentivo à capacitação? Um plano de capacitação anual, uma proposta? Essa capacitação é muito mais pontual do que, na verdade, uma programação sistemática para a qualidade do trabalho” (FONTENELE, 2010, p.6).

Apesar de controverso, o tema vem ganhando destaque devido a evidências teórico-empíricas de que recompensas financeiras podem influenciar na motivação e, conseqüentemente, melhorar o desempenho (AMSTRONG, 2014). Nesse contexto, o pagamento por desempenho seria mais apropriado:

- (I) Para pessoas que são mais propícias a se motivarem por dinheiro;
- (II) Para organizações com uma cultura orientada para desempenho; e
- (III) Quando este pode ser medido objetivamente (AMSTRONG, 2014, p.33).

Assis (2012) defende que problemas graves estão sendo apresentados com o emprego de estímulos financeiros no setor público, tendo em vista que uma minoria dos colaboradores confia que o *P4P* os estimula a produzir bem mais do que precisam. Muitas vezes, esse modelo acaba dando um efeito contrário, ou seja, desmotivando os trabalhadores em caso de tarefas mais complexas.

Ainda nesse contexto, a literatura aponta algumas possíveis dificuldades do *P4P*. Para Bowman (2010), os trabalhadores podem se sentir ofendidos e manipulados com incentivos financeiros, na medida em que, como citado por Bernheim e Whinston (1986), os gestores oferecem maior recompensas aos elementos que lhes interessam e atribuem incentivos mais baixos ao demais. Gehardt (2009) aponta a possível geração de brigas internas em competições por prêmios individuais, ressaltando que essas competições podem dificultar o trabalho em equipe. Por fim, de acordo com Wright (2007), os trabalhadores se esforçam para serem melhores recompensados, e quando isso não ocorre, a avaliação de desempenho pode gerar uma insatisfação, por não produzir o retorno esperado por todo o esforço empreendido.

Por outro lado, Rodrigues, Reis e Gonçalves (2014) mostram que alguns estudos apontaram sinais de que o pagamento por desempenho ajuda na gestão de pessoas, uma vez que esse método de pagamento geralmente utiliza a avaliação por meio de metas a serem atingidas pelos trabalhadores. Dessa forma, os trabalhadores se sentem motivados, pois, entendem os esforços que precisam empenhar para alcançar os objetivos. Assim, eles passariam a perceber o impacto direto de seus desempenhos nas gratificações recebidas. Além

disso, a estrutura de compensação com foco na performance e na qualidade do serviço é parte do rol de práticas de Grupo de Pessoas (GP) que pode crescer a motivação do indivíduo, permitindo à organização a atração de trabalhadores de alto potencial (ARYEE et al., 2013).

3.3 FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é conformada por um conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da saúde, tanto individual quanto coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, além de atuar na prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos e a manutenção da saúde, com vistas a oferecer uma atenção integral em saúde (BRASIL, 2012a).

A melhoria da AB é considerada muito importante para manter a organização dos sistemas de saúde, na medida em que ela deve ser o primeiro nível do sistema, ou seja, sua principal porta de entrada para o usuário e responsável por resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população (FERNANDES et al., 2013).

Para Melamed e Costa (2003), importantes mudanças nas políticas de financiamento da AB se deram na década de 1990, através da criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996. Essas normas definiram um conjunto de processos de descentralização de capital direcionando os repasses financeiros, envolvendo união, estados e municípios, a partir do Piso Assistencial Básico (PAB) (SOLLA et al., 2007).

Essas normas incitaram uma política específica para a AB, beneficiando ações e programas considerados estratégicos para o incremento de um modelo novo de assistência, como foi o caso da diferenciação entre o PAB fixo e variável, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997).

Essa descentralização fez com que houvesse uma participação mais ativa dos municípios na tomada de decisão relacionada às necessidades da saúde local, favorecendo novas formas de repasse de recursos. Ela causou também a mudança de responsabilidades, pela ação direta dos municípios nos serviços da AB (CASTRO; MACHADO, 2010).

Essa autonomia para o município poderia se caracterizar como gestão semiplena, pois nela o município recebia o financiamento e assim poderia utilizá-lo, de acordo com o próprio planejamento local, ou seja, investir nos pontos capazes de satisfazer as necessidades locais, causando assim uma distribuição de recursos mais integral para a AB (MENDES, CARNULT, GUERRA, 2018). Já na gestão plena, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre a alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços (MANSUR, 2001).

Com a NOB 96, foi possível notar um grande avanço, principalmente pela criação do PAB fixo e variável.

“O PAB fixo refere-se à definição de um valor *per capita* nacional para custeio das ações e procedimentos da atenção básica, repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o municipal. Já o PAB variável diz respeito aos incentivos financeiros, onde o município recebe um valor acrescido caso desenvolva programas específicos” (BRASIL, 2006, p. 1).

Dessa forma, nos anos seguintes, os municípios que desenvolvessem programas como o PSF, PACS, Programa de Saúde Bucal (PSB), NASF, Programa de Saúde na Escola (PSE), PMAQ-AB, recebiam incentivos financeiros através do PAB variável (MENDES; MARQUES, 2014).

Para Sousa, Sousa e Silva, (2019) e Vasconcelos (2013) algumas portarias foram criadas no ano de 2013, tendo como objetivo obter uma distribuição equitativa dos recursos do PAB fixo, considerando alguns critérios para repassar um valor maior para municípios mais vulneráveis, como o PIB per capita, % da população com plano de saúde, % da população com bolsa família, % da população em extrema pobreza e também a densidade demográfica.

Como discutido anteriormente, o PMAQ-AB foi uma das principais formas para melhorar a qualidade dos serviços na AB. Nesse programa, uma quantidade maior de recursos poderia ser repassado aos municípios dependendo do desempenho de qualidade e número de equipes participantes do programa através do PAB variável (BRASIL, 2012a).

No PMAQ-AB, a indução de recursos associada à avaliação de qualidade, estabeleceu uma mudança significativa na forma de repasse de capital para a AB, o que alterou também a forma de financiamento do próprio SUS (SANTANA; BURLANDY, 2019).

Pinto, Magalhães e Koerner (2014) afirmam que o PMAQ-AB proporcionou um aumento no financiamento por cada equipe da atenção básica, causando um impacto positivo no financiamento global da AB, em comparação com o ano de 2010. No ano de 2011, o repasse foi de 70 milhões de reais; em 2012 chegou a quase 700 milhões; e em 2014 a estimativa foi de 1,6 bilhões. Para esse período entre 2010 e 2014 foi estimado um aumento do PAB variado de 5,92 para 11,17 bilhões de reais. Os autores afirmam que 30% desse aumento foi ocasionado pela criação do componente de qualidade do programa.

Amaral (2017) relata que nos governos de Lula e Dilma Rousseff, compreendendo os anos de 2003 a 2015, os indicadores do Produto Interno Bruto e a arrecadação de impostos pela União subiram em percentuais mais elevados, 73,4% e 89,9% respectivamente,

comparados ao governo anterior de Fernando Henrique Cardoso. Dessa forma, os autores afirmam que houve uma reorganização das medidas implantadas, sobretudo em relação as políticas públicas, que incluem o financiamento da saúde.

Contudo, Capucci (2014) aponta que o financiamento da saúde no Brasil não tem sido eficiente para assegurar as bases de sustentação do SUS: universalidade, integridade e a qualidade nos serviços prestados. O subfinanciamento tem prejudicado principalmente a AB, pois os investimentos nesse nível da atenção se encontram em torno de 20,0% do total dos recursos aplicados na saúde.

O trabalho de Marques, Piola e Roa (2016) aponta dados sobre esse subfinanciamento:

“Se o art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2015, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 694,5 bilhões, sendo que se 30% fossem destinados à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 208,4 bilhões, mas a dotação foi a metade disso” (p. 169).

O subfinanciamento para a saúde já é um problema existente desde o início da criação do SUS (MENDES, LOUVISON, 2015). Scharamm, Paes-Sousa e Mendes (2018) apontam que o SUS tem enfrentado uma situação muito difícil com a diminuição dos investimentos na saúde, principalmente nos últimos anos, o que pode acarretar no seu fim. Esses cortes estão atrelados as medidas de austeridade (cortes bruscos nos gastos públicos) com a intenção de atingir um suposto controle fiscal.

Romão (2019) afirma que esse subfinanciamento pode piorar por causa da aprovação de medidas de contenção dos gastos públicos como a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95) que foi aprovada no governo Temer, logo após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff. Essa ementa limita gastos primários por um tempo de 20 anos, e afeta de forma direta os investimentos para a saúde e educação. Um dos resultados mais imediatos dessa ementa, apontado por Dwek, Oliveira e Rossi (2018), foi um aumento da mortalidade infantil, que até então, em 26 anos, os números vinham sendo reduzidos.

Dwek, Oliveira e Rossi (2018) ainda apontam que outros efeitos começaram a surgir como a diminuição na oferta e na cobertura de vacinas, comprometendo o atendimento dos ambulatorios e o desenvolvimento das atividades na AB. Desta forma, Mendes, Carnult e Guerra (2018) reiteram que se não forem mudadas as restrições de recursos para a saúde, provavelmente o sistema de saúde entrará em colapso, com implicações diretas na atenção à saúde da população.

4 MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, onde se quantifica a extensão da variação de um fenômeno, situação ou problema. A pesquisa é do tipo descritiva, pois foi realizada uma observação, registro, análise, e em seguida correlacionados fatos ou variáveis (MANZATO; SANTOS, 2012).

É também um estudo analítico, pois, procura verificar a associação entre determinadas variáveis ou fenômenos, com a finalidade de investigar um desfecho de interesse (COSTA-LIMA; BARRETO, 2003).

A pesquisa também é do tipo transversal, pois os dados são coletados em um ponto do tempo, utilizando como base uma amostra, selecionada com finalidade de descrever uma população em um determinado momento (RICHARDSON, 1999).

4.2 População e amostra

A população deste estudo é formada por gestores das equipes da atenção básica que atuavam em todos os municípios do estado da Paraíba. Destas, fizeram parte da amostra de investigação, aqueles que faziam parte do PMAQ-AB e que responderam ao instrumento desta pesquisa, compondo um total de 219 gestores municipais, totalizando 98,2% dos gestores do estado, tornando a amostra representativa.

4.3 Coleta dos dados

Os dados utilizados nesse estudo foram extraídos de duas bases de dados. Uma delas se trata de dados primários construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB, a partir da pesquisa descrita como: “Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil”. Para se alcançar os objetivos deste trabalho foram utilizadas todas as variáveis relacionadas aos gestores presentes neste banco. Cabe-se ressaltar, que o acesso ao banco foi possível devido um dos orientadores desse trabalho ser membro do grupo de estudos o qual gerou o banco, participando ativamente na aplicação e coleta de informações.

Esse banco de dados foi formado por 19 questões dentre perguntas abertas e fechadas. As informações foram coletadas no local de trabalho de cada gestor municipal, entre os meses de julho a setembro de 2018, concomitante à realização da avaliação externa do programa PMAQ-AB na Paraíba. O questionário aplicado se encontra no ANEXO C.

O segundo banco de dados utilizado no presente estudo, se trata de dados secundários disponibilizado pelo Ministério da Saúde via E-mail digital. Por ser um banco de dados não divulgado para acesso público, os autores precisaram fazer uma solicitação formal no site do Ministério da Saúde, explicando o propósito da utilização das informações e se comprometendo com termo de confidencialidade. Esse banco continha todas as notas de cada equipe de saúde, dos municípios da Paraíba, participantes do PMAQ-AB, nos três ciclos.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo no primeiro banco estão divididas em 4 dimensões: a primeira dimensão diz respeito ao perfil dos gestores que participaram da pesquisa; a segunda dimensão está ligada ao tipo de legislação existente no município; a terceira dimensão exibe questões relacionadas a aplicação dos recursos pelos gestores, e a quarta e última dimensão se refere à avaliação dos gestores sobre os efeitos dos recursos do PMAQ-AB na melhoria da qualidade da AB. Já as variáveis do segundo banco retratam as notas e a classificação gerada pela certificação de cada equipe municipal. Todas as variáveis desse estudo estão expostas no APÊNDICE A deste documento.

4.5 Tratamento e análise dos dados

As informações do primeiro banco foram tabuladas no programa Excel versão 2016, e a partir do dia 29/05/2019 iniciou-se o processo de limpeza. Inicialmente, o banco continha 239 observações, porém 4 municípios foram excluídos por não aceitarem participar do estudo, e também se excluiu municípios que estavam duplicados no banco. Desta forma, totalizou-se 219 municípios.

No segundo banco, as notas das equipes nos dois primeiros ciclos estavam distribuídas em uma escala de 0 a 100 e as do terceiro ciclo de 0 a 10. Essas notas por equipe viraram notas atribuídas para o município, através de um cálculo da média das equipes por município da seguinte maneira:

$$x = \frac{\text{SOMATÓRIODASNOTASDASEQUIPESDOMUNICIPIO}}{\text{NUMERODEEQUIPESDOMUNICIPIO}}$$

Esse cálculo foi realizado para os três ciclos, para os 219 todos os municípios da Paraíba que compunham o primeiro banco de dados. Em seguida, os valores das médias dos primeiros ciclos, que estavam em uma escala de 0 a 100, passaram para uma escala de 0 a 10, retirando-se uma casa decimal a direita, para uma melhor compreensão e comparação dos dados.

Após esse processo, foi criada uma categorização para a variável dependente (notas dos municípios) em notas acima da mediana ($>6,358$) e notas abaixo da mediana ($<6,358$) para a realização da técnica de regressão logística.

Todas as análises estatísticas dos dados foram realizadas utilizando os softwares R (versão 4.0.2) e RStudio (versão 1.1.463). Inicialmente foi realizada a estatística descritiva, e num segundo momento foi utilizado o modelo de Regressão Logística.

4.6 Modelo de Regressão Logística

O modelo de regressão logística, segundo Hosmer, Lemeshow, Sturdivant (2013) se tornou conhecido no ponto de vista estatístico devido a sua utilidade para analisar variáveis dependentes dicotômicas com flexibilidade dos pressupostos e facilidade de utilização, além disso, por permitir uma interpretação dos resultados de forma rica e direta.

Daniel (2009) e Medronho et al.(2009) conceituam a regressão logística como um método estatístico que a partir de um conjunto de variáveis independentes, é capaz de produzir um modelo que permite prever valores assumidos por uma variável dependente dicotômica e com isso prognosticar a probabilidade de um evento ocorrer.

Quando se avalia a probabilidade de ocorrência de um evento utilizando o modelo de regressão logística, observa-se que a técnica irá prever um valor para cada observação que estará compreendida entre o intervalo 0 e 1. Quando a variável resposta possui um caráter binário, será dado um ponto de corte para classificar em 1 para a observação que possuir a característica de interesse (sucesso) e 0 para a não ocorrência do evento (fracasso) uma vez que o resultado do modelo será um valor entre 0 e 1(HAIR, 2009).

Os pressupostos necessários para a utilização da técnica de regressão logística segundo Fávero (2009), são: ausência de multicolinearidade; relação linear entre o vetor das variáveis explicativas e o vetor da variável dependente; ausência da autocorrelação; valor

esperado dos resíduos igual a zero; ausência de correlação entre os resíduos e as variáveis explicativas.

Para que um modelo seja considerado logístico, a função deve apresentar a seguinte equação:

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(Z)}}, \quad (1)$$

de modo em que a função $f(Z)$ pode ser interpretada como a probabilidade de a variável dependente ser igual a 1, em virtude do comportamento das variáveis explicativas X_1, X_2, X_k . Em que:

$$z = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k, \quad (2)$$

em que p indica a probabilidade de acontecer um determinado evento de interesse, X representa o vetor de variáveis explicativas (independentes) e α e β os parâmetros do modelo. O termo $\ln(p/1-p)$ é chamado de *logit* e o termo $(p/1-p)$ representa a chance (*odds*) de acontecer o evento de interesse. Dessa forma, a probabilidade de ocorrência de um evento de interesse é dada por:

$$p = \frac{odds}{1+odds}, \quad (3)$$

em que, substituindo:

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(\alpha+\sum\beta_i X_i)}}, \quad (4)$$

Nesse contexto, considera-se que os parâmetros α e β são desconhecidos, sendo necessário estima-los para que seja determinada a probabilidade de ocorrência do fenômeno de interesse. Para que tais parâmetros sejam estimados, faz-se necessário a utilização do método de máxima verossimilhança. A partir disso, o objetivo do modelo de regressão logística é encontrar por meio da estimação desses parâmetros, uma função logística de forma que as variáveis explicativas estabeleçam a importância de cada uma para a ocorrência do evento de interesse, como também calcular a chance de ocorrência do evento (FÁVERO et al., 2009).

Segundo Bezerra (2012), outra importante função associada aos modelos de regressão logística é a *Odds Ratio* (OR), que é conhecida como a Razão de Chances. A razão

de chance é a probabilidade de que um determinado evento ocorra dividido pela probabilidade contrária de que ele não ocorra. Essa função é dada da seguinte forma:

$$\frac{\frac{\pi(1)}{1-\pi(1)}}{\frac{\pi(0)}{1-\pi(0)}},$$

(5)

considera-se que $\pi(1)$ é a probabilidade de sucesso (ocorrência do evento de interesse) e $\pi(0)$ é a probabilidade de fracasso (não ocorrência do evento de interesse). Vale ressaltar que após a realização do cálculo, se os valores de OR forem iguais a 1, o resultado é de que não há diferença entre as categorias. Se for maior que 1, indica-se que a variável em questão é um fator de risco para a ocorrência do desfecho. Do mesmo modo, após a realização do cálculo se os valores de OR forem menores que 1, representa que a variável é um fator de proteção em relação ao desfecho.

Segundo Paula (2010), um dos testes realizados para verificar o ajuste do modelo é o de Hosmer and Lemeshow, o qual consiste na comparação entre os valores observados e os esperados da variável dependente. Além disso, associa os dados as suas possibilidades estimadas, para tanto utiliza-se o teste qui-quadrado para observar se as frequências observadas estão próximas das frequências esperadas. Caso exista diferença significativa entre os valores esperados e observados, então o modelo não está bem ajustado, não sendo capaz de produzir estimativas e classificações confiáveis.

Para analisar o resultado preditivo do modelo de regressão logística é considerada uma matriz de confusão, onde avalia a taxa de acerto do modelo a partir do número de classificações corretas observadas na amostra versus as classificações previstas para cada classe do modelo. Como essa matriz é possível obter o resultado do percentual de decisões corretas e incorretas do modelo, onde o número de acertos é observado na diagonal principal e os demais, que são erros de classificação, encontra-se na diagonal secundária, onde a condição ideal seria que estes últimos fossem iguais a zero (MEDEIROS, 2017).

A matriz de confusão é dada da seguinte forma, como mostra a tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Matriz de confusão.

		Valores observados		
Preditos (valores estimados)	Ocorrência do	Não	Total	
	evento (1)	ocorrência do		

	evento (0)		
Ocorrência do evento (1)	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>a+b</i>
Não ocorrência do evento (0)	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>c+d</i>
Total	<i>a+c</i>	<i>b+d</i>	<i>a+b+c+d</i>

Fonte: Carneiro, (2019).

De acordo com a matriz de confusão, pode-se calcular os resultados de desempenho do modelo que são:

Sensibilidade (porcentagem de classificação correta entre aquelas com o atributo):

$$S = \left(\frac{a}{a+c} \right) \cdot 100 , \quad (6)$$

Especificidade (porcentagem de classificação correta entre aquelas sem o atributo):

$$E = \left(\frac{d}{b+d} \right) \cdot 100 , \quad (7)$$

Valor preditivo positivo (é a probabilidade de o modelo fazer uma classificação positiva e realmente a classificação está correta):

$$VPP = \left(\frac{a}{a+b} \right) \cdot 100 , \quad (8)$$

Valor preditivo negativo (é a probabilidade de o modelo fazer uma classificação negativa e realmente a classificação está correta):

$$VPN = \left(\frac{d}{c+d} \right) \cdot 100 , \quad (9)$$

Acurácia (percentual de acerto do modelo):

$$A = \left(\frac{a+d}{a+b+c+d} \right) \cdot 100 , \quad (10)$$

Assim, para um modelo de regressão logística bem ajustado, espera-se que o modelo final obtenha uma maior taxa de acertos possível, sendo capaz de identificar se um desfecho está presente (verdadeiro positivo) ou ausente (verdadeiro negativo).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa que gerou o primeiro banco cumpriu com os aspectos éticos da resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCS/UFPB e aprovada com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número: 90331418.6.0000.8069.

O segundo banco de dados foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde, após solicitação formal (autorização no Anexo B).

5. RESULTADOS

Os resultados advindos desta dissertação foram expostos em formato de artigos científicos, apresentados em duas sessões 5.1 e 5.2. Na primeira sessão 5.1, será exposto o artigo que retrata da análise descritiva do banco de dados dos gestores da pesquisa originária “Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil”. Já na sessão 5.2 será exposto o segundo artigo, utilizando todas as variáveis dos dois bancos de dados (banco da sessão 5.1 e o banco do Ministério da Saúde) expostas no APÊNDICE A desta dissertação, para utilizar o modelo estatístico de regressão logística.

- O primeiro artigo foi intitulado: Pagamento por desempenho às equipes da atenção básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB, cujo o objetivo é compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba, respondendo assim o primeiro objetivo específico desta dissertação. O artigo foi aprovado e publicado na Revista Saúde em Debate (ISSN 0103-1104), que possui classificação B1 na categoria Interdisciplinar.
- Já o segundo artigo foi intitulado: Desempenhos dos municípios da Paraíba no terceiro ciclo do PMAQ-AB: uma análise a partir da aplicação dos recursos do programa, o qual tem como objetivo: analisar se a forma de aplicação dos recursos do PMAQ-AB influencia no desempenho dos municípios da Paraíba no terceiro ciclo do programa.. Esse artigo respondeu os demais objetivos específicos do estudo e será submetido a Revista Gestão e Sociedade (ISSN 1980-5756), que possui classificação B3 na categoria Interdisciplinar.

ARTIGO 1: PAGAMENTO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA:
uma avaliação a partir dos três ciclos do PMAQ-AB

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 219 municípios de um total de 223 existentes no estado, com os quais realizou-se um inquérito com os gestores municipais em 2018. Os dados sofreram análise estatística descritiva. Os resultados apontam que a maioria dos municípios adotou lei municipal como normativa para regulamentar o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB. A avaliação externa foi o principal critério de repasse dos recursos financeiros às equipes de saúde. No decorrer dos ciclos, mais atores receberam recursos além da equipe mínima da estratégia de saúde da família e o repasse foi feito de forma semestral e anual, sendo cerca de 40% a 50% do valor destinado às equipes e o restante investido em melhorias das condições de trabalho. Conclui-se que os recursos do PMAQ-AB foram utilizados com uma tendência homogênea nos municípios da Paraíba, repassando incentivos financeiros para os trabalhadores, mas se preocupando também com investimentos nas condições de trabalho das equipes.

Palavras-chave: PMAQ-AB. Atenção Primária à Saúde. Remuneração. Gestão de Recursos. Pagamento por desempenho.

Performance payment to the basic care teams: analysis from the PMAQ-AB cycles

ABSTRACT

The objective of the study was to understand how the resource of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) was used at the municipal level, as a payment-for-performance strategy, in the state of Paraíba. This is a descriptive study with a quantitative approach. 219 municipalities of a total of 223 existing in the state participated in the study, with which a inquiry was carried out with municipal managers in 2018. The data underwent descriptive statistical analysis. The results show that most municipalities have adopted a municipal law as a rule to regulate the use of financial incentives under the PMAQ-AB. External evaluation was the main criterion for transferring financial resources to the health teams. During the cycles, more actors received resources in addition to the minimum team of the family health strategy and the transfer was made on a biannual and annual basis, with around 40% to 50% of the amount allocated to the teams and the remainder invested in improvements to the work conditions. It is concluded that the resources of the PMAQ-AB were used with a homogeneous trend in the municipalities of Paraíba, transferring financial incentives to the workers, but also being concerned with investments in the working conditions of the teams.

Keywords: PMAQ-AB. Primary Health Care. Remuneration. Resource management. Performance pay.

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, segundo Flôres *et al.*¹ e Pinto, Sousa e Ferla², têm sofrido com as dificuldades devido à insuficiência de recursos, às estruturas inadequadas das unidades de saúde e à deficiência no acesso da atenção. Dessa forma, no ano de 2011, com a intenção de aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o acesso e a qualidade na Atenção Básica (AB), o então Governo Federal, administrado pela presidente Dilma Rousseff, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa foi instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e trouxe como principal objetivo:

Induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a atenção básica em saúde³.

O PMAQ-AB, logo quando lançado, estava estruturado em 4 fases, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, formando um ciclo que se completava. Essa estrutura se manteve durante os dois primeiros ciclos, porém, no terceiro ciclo, o programa passou a ser constituído por 3 fases – adesão e contratualização, certificação e recontratualização – sendo a fase desenvolvimento transformada em eixo transversal do programa^{3,4}. Esta alteração se sustentou na tentativa de conferir maior destaque ao momento de desenvolvimento, considerado como estruturante do programa⁴, pois nele se esperava que ocorressem os processos de mudança da atenção básica.

O programa inovou também o processo de financiamento da atenção básica ao adotar avaliações para repasse de recursos por meio de indicadores e metas estabelecidas, adicionando o componente de qualidade. As equipes de atenção básica aderiram ao programa de maneira voluntária. Com a adesão das equipes, houve um aumento no valor repassado pelo Piso da Atenção Básica variado (PAB variado) para os municípios, de acordo com o desempenho alcançado^{5,2}.

O PMAQ-AB utilizou como base para a transferência de recurso, o pagamento por desempenho (*Pay-For-Performance*, *P4P*). Amstrong⁶ conceitua o pagamento por desempenho como um sistema de recompensa que atrela o repasse de recursos ao mérito de cada servidor ou equipe, aferido por meio de avaliações.

Poli-Neto *et al.*,⁷ citam que o PMAQ-AB adotava uma forma de *P4P* diferente do modelo tradicional, onde, o recurso é transferido para os provedores ou serviço de saúde com base em metas ou ações determinadas. Nesse programa, o *P4P* passou a ser uma forma de descentralização orçamentária em que os municípios decidiam sobre a aplicação dos incentivos financeiros variáveis alcançados. Essa forma de pagamento poderia estimular os trabalhadores e a gestão a alcançarem resultados cada vez mais significativos, podendo aumentar os valores de recursos recebidos de acordo com o desempenho das equipes. Contudo, Fontenele⁸ aponta que, em alguns estudos, os trabalhadores se mostram insatisfeitos com a distribuição dos recursos pela gestão, alegando que, em vez de o gestor se preocupar apenas com os acréscimos nos salários dos servidores, deveria incentivá-los de outras formas, como a partir de capacitação e melhoria das condições de trabalho.

O PMAQ-AB teve seu fim decretado no ano de 2019, após encerrar o seu 3º ciclo de avaliação. O Ministério da Saúde, através da portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, lança o novo modelo de financiamento para a atenção básica chamado de Previner Brasil, que entrou em vigor a partir do ano 2020⁹.

Para o presente estudo, o estado da Paraíba foi escolhido por questão de conveniência dos pesquisadores. Além disso, a escolha do estado justifica-se pelas suas características, possuindo uma cobertura populacional de 94,0% da Estratégia Saúde da Família (ESF), e por possuir um grande número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): 152 NASF-AB Modalidade I, 54 NASF-AB Modalidade II e 78 NASF-AB Modalidade III, implantadas. Estes dados o tornam um estado representativo para uma pesquisa relacionada à atenção básica. Além disso, 77,2% dos municípios do estado participaram do programa PMAQ-AB desde seu primeiro ciclo, evidenciando a ampla experiência deste no programa¹¹.

Como o PMAQ-AB não estabelece como os recursos repassados pelo programa deverão ser aplicados pela gestão municipal, esta tem autonomia para investi-los de acordo com as necessidades locais. Diante desta flexibilização, o presente estudo objetiva compreender como se deu o uso do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em nível municipal, como estratégia de pagamento por desempenho, no estado da Paraíba. Com isso, pretendemos ampliar a compreensão sobre as maneiras como esse programa pode ter afetado a AB em nosso estado e contribuir com a literatura, na identificação de possíveis modalidades mais frequentes de execução desses recursos, agregando na elaboração de modelos para avaliar o uso do PMAQ-AB na gestão da AB no Brasil.

MÉTODOS

O estudo é um recorte da pesquisa: “Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil”. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A base de dados da pesquisa foi construída pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir de questionário respondido por gestores municipais de saúde do estado da Paraíba.

O instrumento de coleta de dados é composto por quatro partes: a primeira parte contém questões que exploram o perfil do gestor municipal respondente; a segunda aborda a existência de normativas que regulamentam a gestão do recurso do PMAQ-AB no município; a terceira versa sobre a forma de aplicação dos recursos; e a quarta (e última) parte aborda a avaliação dos gestores dos efeitos causados pelos recursos na melhoria da AB.

A coleta de dados foi realizada com cada participante entre os meses de julho e setembro de 2018, concomitante à avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB na Paraíba. Para responder o questionário o indivíduo deveria ser secretário de saúde ou alguém que representasse a gestão municipal nas questões relacionadas à política de atenção básica. Cabe ressaltar, ainda, que a coleta de informações referentes aos ciclos 1, 2 e 3 foi realizada de forma retrospectiva com os atuais gestores de 2018.

A maior parte dos respondentes era do sexo feminino, 76,7% (168), com média de idade de 39,72 anos (Desvio Padrão 9,974), com idades variando entre 23 e 70 anos. Quanto ao cargo, 63,9% (140) ocupavam a função de secretária (o) de saúde, 25,1% (55) de direção/coordenação da atenção básica, 5,9% (13) de gerente, e 5,0% (11) se encaixavam na opção “outros cargos”. Para efeito deste estudo, esse conjunto de participantes será compreendido como os gestores municipais da AB.

Para coletar as informações a equipe de avaliação externa solicitava que os gestores respondessem a um questionário aplicado pelo próprio entrevistador. Quando o gestor afirmava não ter condições de respondê-lo naquele momento, era fornecido um link de acesso ao formulário via WhatsApp para que fosse respondido posteriormente.

Os dados coletados foram organizados e agrupados através do programa Excel, na versão 2016. Para a análise de dados, utilizou-se a técnica estatística de análise descritiva, recorrendo aos cálculos de médias, valores relativos (percentuais e desvios padrões) das variáveis em estudo. Essa estratégia foi proposta segundo o seu potencial explicativo,

permitindo a visualização, de forma mais clara e objetiva, dos desfechos do estudo e suas interpretações¹².

Ressalta-se que a pesquisa originária do banco cumpriu os aspectos éticos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB e aprovada com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, de número 90331418.6.0000.8069.

Ressalta-se ainda, que esta pesquisa não obteve financiamento específico de agências de fomento para seu desenvolvimento, porém, parte do seu trabalho de campo foi realizado em paralelo às ações de avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, os quais, foram realizados com o financiamento do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desse estudo foram agregados em temas e serão apresentados em quatro partes, para uma melhor abordagem e discussão dos dados: (a) modos de aplicação dos recursos operados pelos municípios da Paraíba; (b) tipos de legislações utilizadas para o repasse dos recursos no município; (c) critérios de avaliação e de repasse dos recursos do PMAQ-AB; (d) avaliação dos gestores sobre os efeitos do PMAQ-AB na qualificação da AB.

MODOS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS OPERADOS PELOS MUNICÍPIOS DA PARAÍBA

Dado que o PMAQ-AB não determinava a forma de aplicação dos recursos financeiros, cabendo ao gestor municipal essa tomada de decisão, é importante compreender como foi realizada nos municípios a definição do repasse do incentivo para as Equipes de Atenção Básica (EAB). Os dados da tabela 1 demonstram como isso se deu na Paraíba.

Tabela 1: Resultado da definição do repasse concebido pelo PMAQ-AB para as equipes da atenção básica.

Como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB?	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	N	%	N	%	n	%
Valor fixo para todos os profissionais	50	22,8	58	26,5	53	24,2
Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional	46	21,0	67	30,6	68	31,1
Não há repasse para as EAB	27	12,3	02	0,9	10	4,6
Outros	39	17,8	57	26,0	61	27,9
NS/NR	57	26,0	35	16,0	27	12,3

Total	219	100	219	100	21	100
					9	

Fonte: Própria dos autores.

Os resultados mostram que, nos três ciclos, as formas mais frequentes de repasse dos incentivos financeiros aos trabalhadores eram: por um valor fixo ou por um percentual sobre a remuneração mensal. Observa-se, ainda, que os valores entre essas duas opções de respostas encontram-se bem próximos e vão se distanciando com o passar dos ciclos, com destaque para a opção percentual sobre a remuneração mensal que aumentou sua diferença de 1,8% no primeiro ciclo para 6,9% no terceiro ciclo. Ressalta-se ainda, a queda dos valores na opção “não há repasse para as EAB” com a transição dos ciclos de avaliação. Isso mostra que houve um aumento na diferença entre os valores repassados para os diferentes trabalhadores das equipes.

Esse critério de repasse pode gerar nos trabalhadores insatisfação, pois o fato de se esforçarem em conjunto, mas receberem valores diferentes (percentual sobre remuneração mensal) produz tensões internas nas equipes, gerando disputas e competições por bônus individuais, que podem prejudicar o trabalho em equipe^{13,14}. Destaca-se que o trabalho individual não era capaz de promover as mudanças de interesse do PMAQ-AB, cabendo, portanto, a toda a equipe o envolvimento no processo que repercuta na organização do serviço como um todo¹⁵.

Os resultados que se referem às equipes de atenção básica que receberam os recursos do PMAQ-AB evidenciam que grande parte dos gestores municipais repassaram os recursos de forma exclusiva para as equipes participantes do programa. Observou-se que, no 1º ciclo, 53,9% (118) dos gestores repassavam recursos para as equipes de atenção básica, e que esse critério sofre um aumento ao longo dos ciclos, 2º ciclo 71,7% (157) e 3º ciclo 73,1% (160), assim como, o valor de resposta para a alternativa “não houve repasse para as equipes” foi diminuindo com a transição dos ciclos.

Esses dados evidenciam que o pagamento por desempenho, através de repasse de recursos para os trabalhadores, passou a ser adotado cada vez mais pelos municípios paraibanos. A partir disso, geram-se reflexões sobre o real motivo da adoção do pagamento por desempenho por parte dos gestores, haja vista a pressão dos servidores para receber recursos, municípios vizinhos adotando essa forma de pagamento, ou mesmo uma compreensão dos gestores da sobre os benefícios de um programa de *P4P*.

Armond,¹⁶ e Bertusso e Rizzotto¹⁷ apontam que são vários os motivos para a adoção do pagamento por desempenho no setor saúde, pois sua contribuição vai desde motivar os

trabalhadores aumentando seu empenho nos serviços, por meio de um aumento ou atribuição de remuneração, até a melhoria na qualidade dos serviços oferecidos pela instituição como um todo. Contudo, Barreto¹⁸, Zermiani, Baldani e Ditterich¹⁹, ressaltam que o pagamento por desempenho requer um planejamento dos incentivos que serão repassados aos trabalhadores, sob pena de gerar efeitos inesperados como: desmotivar o trabalhador a realizar tarefas que são importantes, porém, não remuneradas, fraude na apresentação de relatórios, seleção de pacientes para a facilidade de atingir objetivos e até mesmo causar uma dependência dos recursos financeiros.

No contexto da falsificação na apresentação dos dados, percebe-se que alguns autores relatam a existência de uma manipulação da realidade local, como é o caso da “PMAQuiagem”, citada por Sampaio *et al.*²⁰. Essa “PMAQuiagem” forjava a percepção dos entrevistadores, produzindo resultados mais favoráveis na avaliação externa. Assim, o município não deixaria de receber os recursos anteriores e poderia ampliá-los, o que mostra também uma dependência de recursos das equipes.

Neves, Montenegro e Bittencourt^{21,22}, ressaltam que o modelo de gestão baseado no cumprimento de objetivos, visando apenas o quantitativo de procedimentos sem ter reuniões frequentes entre os atores envolvidos para gerar reflexões sobre a melhoria do processo de trabalho pode gerar problemas entre os gestores e os profissionais de saúde.

As informações expostas a seguir apontam o percentual dos incentivos que são repassados para as EAB (tabela 2).

Tabela 2: Percentual dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassado para as equipes de atenção básica.

Percentual repassado	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	N	%	n	%	n	%
De 0 a 20%	05	2,3	06	2,7	04	1,8
De 20 a 30%	15	6,8	18	8,2	18	8,2
De 30 a 40%	13	5,9	21	9,6	22	10,0
De 40 a 50%	59	26,9	80	36,5	84	38,4
De 50 a 60%	21	9,6	32	14,6	31	14,2
De 60 a 70%	06	2,7	12	5,5	10	4,6

De 70 a 100%	07	3,2	08	3,7	07	3,2
Não houve repasse para as equipes	25	11,4	02	0,9	08	3,7
NS/NR	68	31,2	40	18,3	35	16,0
Total	219	100	219	100	219	100

Fonte: Própria dos autores.

Analisando de modo específico as alternativas de respostas fornecidas, verifica-se que a maioria dos gestores municipais designaram um percentual de 40% a 50% do valor recebido do PMAQ-AB para as equipes de atenção básica (tabela 2). É possível compreender que houve avanço gradual de adesão dos municípios nesta modalidade de percentual de repasse, conforme a ocorrência dos ciclos.

A decisão de destinar uma parcela do incentivo para o pagamento dos profissionais de saúde tem sido amplamente discutida pela literatura científica. Diversos estudos apontam que o recurso financeiro repassado sobre um percentual variável é pactuado por vários municípios, como forma de um mecanismo para incentivar a adesão dos trabalhadores das equipes de atenção básica ao processo^{2,17,18}.

Esses incentivos poderiam ser repassados para os trabalhadores das equipes da AB ou serem utilizados em outros investimentos na AB, aplicando-se como fomento contínuo à qualificação da assistência ofertada neste âmbito. Essa parcela de recursos, quando destinada às equipes como forma de pagamento por desempenho, é capaz de incentivar a alcançar os objetivos estabelecidos²¹.

Nesse contexto, percebe-se que os outros 50% a 60% dos recursos tendiam a ser investidos nas condições de trabalho e na educação permanente em saúde. Essa distribuição do restante do recurso é de suma importância, pois viabiliza a resolução de problemas de menor complexidade dos pacientes e pode atingir os objetivos pactuados e, conseqüentemente, o sucesso de uma atividade, programa ou projeto na atenção básica de saúde^{21,23,24}.

Os resultados apontaram para uma homogeneidade em três opções de respostas (reparos nas unidades básicas de saúde, processos de educação permanente em saúde e compras de medicamentos, insumos e materiais) nos três ciclos de avaliação. Desta forma, percebe-se que, possivelmente, na Paraíba, existia um padrão para o investimento do restante dos recursos na melhoria dos processos de trabalho conforme a decorrência dos ciclos.

Essa forma de utilização do restante dos recursos se mostra de forma positiva para a melhoria das condições de trabalho das equipes participantes do programa. Neste âmbito,

destaca-se que é essencial para qualquer trabalhador ter uma boa estrutura e oferta de materiais para oferecer qualidade nos serviços. Estes, inclusive, são pontos bastante discutidos na gestão do trabalho da AB, como citado no trabalho de Frigoto²⁵.

Vale ressaltar que as condições de trabalho na Atenção Básica de Saúde (ABS) é um aspecto bastante comprometido desde o surgimento do SUS, devido à ocorrência do subfinanciamento na saúde. A questão da limitação dos recursos acaba acarretando vários problemas na oferta de serviços à população, e nos últimos anos, após a aprovação da Ementa Constitucional 95 (EC 95) isso parece ainda pior, com a imediata diminuição na cobertura de vacinas e o aumento na mortalidade infantil^{26,27}.

É de suma importância destacar, também, o investimento na educação permanente. Esta tem a finalidade de produzir mudanças no setor saúde, ampliando a capacidade de auto avaliação e autogestão dos trabalhadores, capacitando os profissionais e qualificando o processo de trabalho da equipe. Além disso, ela é instituída com uma estratégia importante na estimulação dos envolvidos no processo, causando uma reflexão crítica sobre o que precisa ser transformado e melhorado^{28,29}.

Jales, Jales e Gomes¹⁵ ressaltam que o PMAQ-AB não considerava a educação permanente apenas como participação em cursos, mas como parte de uma estratégia de gestão através de planejamento e programação de trabalhos coletivos para resolução de problemas e necessidades de saúde sofridas pela população.

Na tabela 3, abaixo, estão descritos os resultados referentes à distribuição do recurso entre os profissionais da AB.

Tabela 3: Distribuição do incentivo do PMAQ-AB entre os profissionais que compõem as equipes de saúde, de acordo com os ciclos de avaliação.

Profissionais da saúde	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	N	%	n	%	n	%
Médico	124	13,1	164	12,6	158	11,8
Enfermeiro	137	14,4	179	13,7	176	13,1
Odontólogos	135	14,2	179	13,7	179	13,3
Técnico em Enfermagem	70	7,4	170	13,0	170	12,7
Agente Comunitário de Saúde	125	13,2	167	12,8	170	12,7

Técnico em Saúde Bucal	124	13,1	168	12,9	169	12,6
Equipe NASF	57	6,0	95	7,3	125	9,3
Outros Profissionais de Nível Superior	28	2,9	41	3,1	49	3,7
Gerente	62	6,5	86	6,6	84	6,3
Não há repasse financeiro	29	3,1	01	0,1	13	1,0
Outros profissionais	31	3,3	47	3,4	48	3,6
NS/NR	28	2,9	10	0,8	0	0

Fonte: Própria dos autores.

As informações contidas na tabela 3 apontam que, ao longo dos ciclos, os repasses do incentivo financeiro do PMAQ-AB foram destinados a mais atores, além da equipe mínima (médicos, enfermeiros, técnicos e equipe de saúde bucal). Este dado pode estar relacionado a questões relatadas anteriormente, como a pressão das categorias profissionais para receber recursos, a adoção do *P4P* como incentivo a implantação de boas práticas em saúde, ou mesmo a valorização, por parte dos gestores, do incentivo ao trabalho em equipe envolvendo outros trabalhadores no esquema de recompensa do *P4P*.

Os dados expressos na questão: “Para quem ou para qual outro serviço foram repassados incentivos financeiros além da EAB?” apontam que poucos municípios tendiam a repassar recursos para outros serviços além das EAB. Porém, nota-se que os municípios que faziam esse repasse para além das EAB acabam investindo de alguma forma na atenção básica. Entre os agentes que recebiam recursos além das equipes de AB, estão: no 1º ciclo, a “equipe de apoio institucional”, com 2,7% (06) respondentes; no 2º ciclo, a “equipe de gestores da AB”, com 4,1% (09) respondentes; e no 3º ciclo, “Agente de Combate a Endemias-ACE, Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e Centro Especializado de Odontologia-CEO”, com 5,5% (12) respondentes. Sobre os resultados, sugere-se estudos que avaliem se tal divisão foi capaz de proporcionar benefícios ou conflitos em termos de processos de trabalho, haja vista a realidade local de cada município.

A seguir, na tabela 4, estão expostos os resultados referentes à periodicidade com que esses recursos eram repassados pelo município para as equipes.

Tabela 4: Periodicidade repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes.

Periodicidade	Ciclos do PMAQ-AB		
	Ciclo 1	Ciclo 2	Ciclo 3

	N	%	n	%	n	%
Mensal	30	13,7	36	16,4	27	12,4
Bimestral	09	4,1	09	4,1	09	4,1
Trimestral	16	7,3	19	8,6	20	9,2
Semestral	42	19,1	65	29,7	72	32,9
Anualmente	34	15,5	51	23,3	49	22,4
Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB	03	1,3	01	0,6	01	0,6
Não há periodicidade definida	26	11,8	02	1,2	03	1,3
Não há repasse para as equipes	36	16,4	03	1,3	11	4,7
NS/NR	23	10,8	33	14,8	27	12,4
Total	219	100	219	100	219	100

Fonte: Própria dos autores.

Os resultados (tabela 4) apontam que o repasse semestral era o mais utilizado nos três ciclos. Porém, percebe-se que o pagamento anual possui valores de respostas bem próximos da opção semestral. Além disso, é possível observar que, nos dois casos, houve um aumento paulatino com o decorrer dos ciclos de avaliação. Os dados ainda revelam que, no 1º ciclo, 13,3% (26) dos gestores municipais não tinham periodicidade definida de repasse, e que este comportamento foi reduzido na ocorrência do 2º ciclo 1,0% (02) e do 3º ciclo 1,5% (03). Esse fato pode estar relacionado à criação/definição de normativas por cada município, uma vez que passou a haver um padrão de distribuição.

Não foram encontrados estudos que ajudassem a compreender a opção por essa periodicidade do pagamento. Contudo, estima-se que a experiência dos gestores ao longo dos ciclos do PMAQ-AB, aliada às discussões oportunizadas entre os atores participantes e ao conhecimento adquirido neste caminho, foram conformando esta definição da periodicidade dos repasses financeiros. Esta reflexão apoia-se no fato de que os dados mostram uma variação positiva dos percentuais de respostas dos gestores municipais, conforme a ocorrência dos ciclos para todos os municípios participantes da amostra.

LEGISLAÇÃO

No quesito relacionado à existência de normativas no município que regulamentem o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB, 47,0% (103) apontam à existência dessas

normativas desde o primeiro ciclo de avaliação, chegando a 79,0% (173) no segundo ciclo, e 86,3% (189) no terceiro ciclo. Ao analisar as normativas existentes, percebeu-se que a lei municipal foi a mais utilizada nos três ciclos – 1º ciclo 41,6% (91), 2º ciclo 72,6% (159) e 3º ciclo 74,0% (162) –, seguida da pactuação do conselho municipal de saúde – 1º ciclo 1,8% (04), 2º ciclo 2,7% (06) e 3º ciclo 5,5% (12).

Moraes e Iguti³⁰ ressaltam que o PMAQ-AB não pressupunha que os incentivos financeiros recebidos pelos municípios fossem repassados para suas equipes de saúde, mesmo sendo estes recursos alcançados a partir da avaliação do desempenho delas¹⁷. Assim, o sistema introduzido pelo PMAQ-AB demandava dos gestores municipais de saúde a adequação ao novo e a criação de legislações próprias baseadas na realidade e nas necessidades locais. Nesse sentido, cada município definia os percentuais e áreas nas quais os recursos deveriam ser aplicados, norteados os possíveis investimentos e o repasse de gratificações aos trabalhadores.¹⁷

Para Reis,³¹ o fato de o município adotar uma normativa regulamentando o repasse dos recursos financeiros concebidos pelo programa para as equipes se apresentava como um ponto positivo. Isto porque a existência de uma norma tenderia a evitar maiores descontentamentos dos profissionais e desconforto no processo de trabalho, melhorando o diálogo entre gestão e trabalhadores, permitindo a estes últimos saberem como se dava a destinação dos recursos.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E DE REPASSE DOS RECURSOS DO PMAQ-AB

Dentre os respondentes, a maior parte, 76,7% (168), respondeu que não havia no município incentivo financeiro adicional para os trabalhadores antes do PMAQ-AB. Dos que afirmaram que havia no município algum tipo de incentivo antes do programa, a maior parte foi composta por gestores de municípios de pequeno e médio porte (até 25 mil habitantes e de 25 mil a 100 mil habitantes, respectivamente), tendo apenas João Pessoa e Campina Grande com características de grande porte (acima de 100 mil habitantes). Ainda, dentre os que afirmaram que havia o incentivo financeiro antes do PMAQ-AB, 67,5% (29) responderam que o recurso era repassado para os trabalhadores em forma de bônus, prêmio e gratificação; os demais 32,5% (14) não sabiam ou não responderam (NS/NR). Esses dados mostram que a maioria dos municípios não utilizava o pagamento por performance, e o PMAQ-AB surge com uma proposta positiva para atribuir incentivos financeiros aos trabalhadores.

Machado³² aponta que o fato de atribuir bônus, prêmio ou gratificação motiva as equipes de atenção básica a designarem sistemas de verificação do processo de trabalho e

atenção à saúde da população de sua área de abrangência, de acompanhamento e avaliação de indicadores, de participação da comunidade e de satisfação do usuário.

Pinto, Magalhães e Koerner³³ pontuam que o PMAQ-AB ocasionou um aumento nos recursos de cada equipe que aderissem ao programa. Além disso, os autores complementam que o programa foi capaz de causar um impacto positivo no financiamento geral da AB. Esse impacto positivo pode ser observado entre a comparação aos anos de 2010 e 2014, onde no ano de 2011, o repasse foi de 70 milhões de reais; em 2012 chegou a quase 700 milhões; e em 2014 a estimativa foi de 1,6 bilhões. Para esse período foi estimado um aumento do PAB variado de 5,92 para 11,17 bilhões de reais. Os autores complementam que 30% desse aumento foi ocasionado pela criação do componente de qualidade do programa.

Segundo os gestores municipais, a avaliação externa do PMAQ-AB foi o principal critério utilizado para a definição do repasse financeiro do programa para as equipes da AB, sendo paulatinamente o mais utilizado no decorrer dos ciclos: 47,0% (103) no 1º ciclo, 57,5% (126) no 2º ciclo e 56,6% (124) no 3º ciclo. Outro critério utilizado foi o alcance de metas absolutas e/ou relativas: 8,7% (19) no 1º ciclo, 15,1% (33) no 2º ciclo e 16,0% (35) no 3º ciclo. Na mesma direção, a opção de distribuir o recurso igualmente a todas as equipes da AB foi a menos indicada pelos respondentes: 7,3% (16) no 1º ciclo, 11,0% (24) no 2º ciclo e 10,0% (22) no 3º ciclo. O conjunto desses dados evidencia que a medida da performance das equipes (seja pelo resultado da avaliação externa ou pelo alcance de metas absolutas e/ou relativas) foi um importante critério para o repasse de recursos, o que caracteriza o pagamento por desempenho.

Alguns autores apontam que, com o passar dos anos, várias estratégias como o pagamento por desempenho e a contratualização de resultados tem sido adotadas na atenção básica, na busca por uma maior qualidade dos serviços ofertados à população^{31, 33}. Nesta perspectiva, o PMAQ-AB ao adotar a lógica de recompensa do *P4P*, a partir da avaliação de desempenho das equipes de saúde, parecia buscar incentivar a melhoria do acesso e da qualidade na AB a partir do fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação e o cumprimento de metas estabelecidas^{34, 35, 29,20}.

EFEITOS DO PMAQ-AB NA QUALIFICAÇÃO DA AB

Em seu último bloco de perguntas, o instrumento desse estudo abordou a percepção dos gestores sobre se os recursos do PMAQ-AB incentivaram melhorias na AB, conforme a tabela 5, a seguir.

Tabela 5: Avaliação do gestor quanto ao incentivo da qualificação das equipes a partir do recurso financeiro do PMAQ-AB.

Variáveis	Ciclos do PMAQ-AB					
	Ciclo 1		Ciclo 2		Ciclo 3	
	N	%	n	%	n	%
Melhoria do Acesso						
Não incentiva nenhuma melhora	52	23,7	48	21,9	33	15,1
Indiferente	30	13,7	39	17,8	42	19,2
Incentiva a melhora	77	35,2	112	51,1	127	58,0
NS/NR	60	27,4	20	9,1	17	7,8
Melhoria da Eficiência						
Não incentiva nenhuma melhora	48	21,9	49	22,4	34	15,5
Indiferente	33	15,1	37	16,9	39	17,8
Incentiva a melhora	78	35,6	114	52,1	129	58,9
NS/NR	60	27,4	19	8,7	17	7,8
Melhoria dos processos de Trabalho						
Não incentiva nenhuma melhora	47	21,5	48	21,9	31	14,2
Indiferente	30	13,7	35	16,0	39	17,8
Incentiva a melhora	83	37,9	116	53,0	133	60,7
NS/NR	59	26,9	20	9,1	16	7,3
Melhoria dos Resultados em Saúde						
Não incentiva nenhuma melhora	46	21,0	50	22,8	36	16,4
Indiferente	29	13,2	30	13,7	33	15,1
Incentiva a melhora	85	38,8	121	55,3	134	61,2
NS/NR	59	26,9	18	8,2	16	7,3
Melhoria da Satisfação do Usuário						
Não incentiva nenhuma melhora	46	21,0	49	22,4	32	14,6
Indiferente	32	14,6	33	15,1	41	18,7
Incentiva a melhora	81	37,0	117	53,4	129	58,9

NS/NR	60	27,4	20	9,1	17	7,8
Melhoria da Satisfação Profissional						
Não incentiva nenhuma melhora	48	21,9	47	21,5	30	13,7
Indiferente	27	12,3	31	14,2	37	16,9
Incentiva a melhora	84	38,4	120	54,8	136	62,1
NS/NR	60	27,4	21	9,6	16	7,3

Fonte: Própria dos autores.

Os resultados mostram que os gestores afirmaram que o PMAQ-AB incentivou a melhoria em todas as categorias questionadas. Nos dois primeiros ciclos, percebe-se que a categoria que obteve maiores valores de resposta foi “melhoria nos resultados de saúde”, com 38,8% (85) e 55,3% (121) dos respondentes, respectivamente. Já no terceiro ciclo, percebe-se que o maior valor de respostas foi atribuído à “melhoria da satisfação profissional”, com 62,1% (136) dos respondentes.

Percebe-se ainda, que os valores para a opção de resposta “não incentiva nenhuma melhora” e o “NS/NR” em todos os aspectos questionados são bem semelhantes nos dois primeiros ciclos e vão diminuindo com o passar dos ciclos do programa.

O trabalho de Pinto, Sousa e Ferla,² apresenta alguns dados de resposta de gestores municipais em âmbito nacional, que se referem à melhoria ocasionada pela implementação do PMAQ-AB. Os avaliados classificaram alguns pontos, como: a redução no tempo de espera nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a ampliação das pessoas atendidas pelas EAB, e a melhora no acesso e na humanização do atendimento aos usuários. Esses pontos foram conceituados pelos respondentes em muita ou moderada melhoria, corroborando, assim, os achados desse estudo.

Percebe-se com os dados levantados que, na visão dos gestores municipais, o programa conseguiu atingir os objetivos específicos traçados dentre os quais: fornecer padrões de boas práticas e organização das unidades básicas de saúde, ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população e também na satisfação de seus usuários além de estimular o foco da procura da atenção básica pelo usuário³.

Cabe ressaltar que o PMAQ-AB foi além de um programa de pagamento por desempenho, mas sim, uma inovação na gestão da Atenção Básica, que buscou fomentar diferentes processos: institucionalização do monitoramento e avaliação, Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ), ações de educação permanente e apoio institucional, além do

pagamento por desempenho, com o intuito de mobilizar os indivíduos envolvidos em uma dinâmica de gestão, atuação e negociação que impulsionasse de forma permanente a mudança³⁶.

Como limitações do estudo, indica-se: 1. O fato de se tratar de uma coleta de dados transversal sobre aspectos não apenas do momento, mas também referentes a anos anteriores, podendo incidir em viés de memória o ocasionou em um número expressivo nos valores de “não sabe ou não respondeu” (NS/NR), em várias questões do instrumento de coleta, em especial nas questões referentes aos primeiros ciclos do programa. 2. O fato de uma parte dos respondentes não ter estado na condição de gestão que ocupava no momento em que os ciclos anteriores estavam sendo executados, podendo reduzir a precisão das informações de ciclos anteriores. 3. O caráter mais exploratório deste artigo é uma limitação devida, em parte, à inexistência de estudos em profundidade sobre o uso dos recursos do PMAQ-AB em nível municipal, lacuna esta que tentamos ajudar a preencher com o presente artigo, mas que demanda outras pesquisas a serem desenvolvidas. Ainda assim, como o objetivo era identificar a maneira como os gestores atuais valoraram o processo como um todo do PMAQ-AB, considera-se que os dados, ainda que com eventuais imprecisões, são adequados para as análises propostas nesse estudo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os municípios da Paraíba tendiam a utilizar uma forma de gestão homogênea para repasse dos recursos advindos do programa para as equipes da atenção básica participantes do PMAQ-AB. Esse perfil homogêneo se dá pela semelhança nas medidas adotadas pelos municípios, como: a adoção do uso da avaliação externa como critério de repasse; a atribuição de um valor percentual sobre a remuneração mensal de cada profissional; o repasse de recursos para outros profissionais, além da equipe mínima; o repasse de 40% a 50% dos valores recebidos aos trabalhadores em uma periodicidade semestral ou anual; e a utilização do restante dos recursos em melhorias nas condições de trabalho, em reparos nas unidades, no processo de educação permanente e na compra de medicamentos, insumos e materiais.

Foi possível perceber, ainda, que os objetivos propostos pelo programa foram alcançados no estado, tendo o resultado da ótica dos gestores como base. Nesse sentido, percebeu-se que o PMAQ-AB, ao transferir recursos financeiros, pontua objetivos para a indução e a ampliação do acesso e da qualidade da atenção, da formação dos profissionais e da melhoria das condições de trabalho. Além disso, o programa se caracterizou como um

importante sistema de *P4P* para os trabalhadores e induziu o reconhecimento e a valorização das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da AB.

Esta pesquisa permitiu identificar aspectos relevantes sobre como se deu a execução em nível local dos recursos do PMAQ-AB por parte dos municípios de um estado com elevada cobertura de ESF e ampla adesão ao Programa. Isso permite identificar potenciais vetores a serem considerados pelos gestores das três esferas, num momento em que esta modalidade de composição do financiamento da atenção básica foi descontinuada, por meio Previne Brasil. Por ter sido a primeira experiência em âmbito nacional de repasse de recursos aos municípios vinculados ao alcance de resultados com base em diferentes maneiras de avaliação, compreender o modo como PMAQ-AB foi executado pode ajudar a construir diferentes cenários para superar desafios postos pela maneira em curso de se realizar o financiamento federal para a AB.

REFERÊNCIAS

- 1 Flôres Gabriela Mendes da Silva, Weigelt Leni Dias, Rezende Maristela Soares de, Telles Rosimeri, Krug Suzane Beatriz Frantz. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Jan; 42(116): 237-247. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811619>.
- 2 Pinto Hêider Aurélio, Sousa Allan Nuno Alves de, Ferla Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct 38(spe): 358-372. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600358&lng=en. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>.
- 3 Ministério da Saúde. (Brasil) Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, (DF): 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em 16 jan. 2020.
- 4 Ministério da Saúde. (Brasil). 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): 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em 02 fev. 2020.
- 5 Santos, T. C. et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição? In: Gomes, L. B.; Barbosa, M. G.; Ferla, A. A. (Orgs.). *Atenção básica: olhares a partir do*

programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 75-99.

6 Armstrong, M. *Armstrong's handbook of human resource management practice*. 13. ed. London: Kogan Page, 2014.

7 Poli Neto Paulo, Faoro Nilza Teresinha, Prado Júnior José Carlos do, Pisco Luís Augusto Coelho. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 May; 21(5): 1377-1388. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501377&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.02212016>.

8 Fontenele Maria de Fátima Marrocos. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 June; 15(Suppl 1): 1315-1324. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700040&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700040>.

9. Ministério da Saúde. (BRASIL). **Agência Saúde**: tire suas dúvidas. 2019a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46122-tire-todas-as-suas-duvidas-sobre-o-previne-brasil>>. Acesso em: 22 de jul. de 2020.

10. Harzheim, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da atenção primária a saúde. **Ciência e Saúde** [Internet]. 2020 nove; 25(4): 1189-1196. Available from: <http://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1189-1196/>.

11. Neves Rosália Garcia et al. Tendência temporal da cobertura de estratégia de saúde da família no Brasil, regiões e unidades da federação, 2006-2016. *Epidemiologia, serviço e saúde* [Internet]. 2018 June; 27(3): 1-8. Available from: <https://scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n3/e2017170/pt>.

12. Huot, R. *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. 1. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.13.

14. Gerhart, Barry. Compensation. In Wilkinson, A., Bacon, N., Redman, T. & Snell, S. (eds) *The SAGE Handbook of Human Resource Management*. London: SAGE, 2009.

15. Jales E. D, Jales R. D, Gomes J. G. N. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde. *RSC online*, 2017; 6 (3): p 77-97.

16. Armond, L. P. *Motivação pela remuneração por desempenho, justiça oraganizacional e desempenho humano no trabalho*. 2017. 120f. [Dissertação (Mestrado em Administração)] – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciencia da Informação, [Brasilia-DF], 2017.

17. Bertusso Francielle Regina, Rizzotto Maria Lucia Frizon. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde debate* [Internet]. 2018 June; 42(117): 408-419. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811705>.
18. Barreto Jorge Otávio Maia. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 May; 20(5): 1497-1514. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-.
19. Zermiani, T. C., Helena Baldani Pinto, M., & Gomes Ditterich, R. (2018). Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade. *Sociedade E Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.5631>.
20. Sampaio, J. et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. *Rev enferm UFPE online*, Recife, 10(5), p. 4318-4328, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewfile/11179/1272>
21. Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. 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.
22. Neves, Teresa Cristina de Carvalho Lima, Montenegro, Luiz Albérico Araújo e Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [online]. 2014, v. 38, n. 103, pp. 756-770.
23. Faria, H. P. et al. O processo de trabalho em atenção básica à saúde. NESCON/UFMG. 18p. 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 30 de junho de 2020.
24. Assunção, A. A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde In: Gomez, C. M.; Machado, J. M. H.; Pena, P. G. L. (Org.). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 453-473.
25. Frigoto, V. Gestão do trabalho em saúde: uma análise a partir do PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná. 2018. 100f. [Dissertação (Mestrado em Serviço Social)]- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, [Toledo-PR], 2018.
26. Mendes, A.; Louvison, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência do SUS. *Saúde e Sociedade*. 24(2), p. 393-402, 2015.
27. Dwek E, Oliveira ALM, Rossi P, organizadores. *Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil* [internet]. São Paulo: Brasil Debate; 2018 [acesso em 17 jun. 2020]. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf.

28. Viana, D. M. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 5(2), p. 1658-1668, 2015.
29. Castro, B. M. C. Avaliação da atenção básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB-CICLO II). 2017. 132f. [Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)] - Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz (Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD), [Manaus], 2017.
30. Moraes Paulo Navarro de, Iguti Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2013 Sep; 37(98): 416-426. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300005>.
31. Reis, A. L. G. O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ- AB) como indutor de novas práticas em unidades de saúde da família no município de Camaçari-BA: relato de experiência. 2018. 50f. [Trabalho de Conclusão de Residência (Residência e Saúde da Família)] - Fundação Oswaldo Cruz, [Bahia], 2018.
32. MACHADO, G. A. B. Organização do processo de trabalho vivenciada pelas equipes de saúde da família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). 2013. 45f. [Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica)] - Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga - [Minas Gerais], 2013.
33. Pinto, H. A; Magalhães, J. R. H. M; Koerner, R. S. Evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família - 1998 a 2014. In: Pinto, H. A. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. Dissertação [mestrado]. [Porto Alegre]: UFRGS/Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.
34. Ditterich Rafael Gomes, Moysés Simone Tetu, Moysés Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Apr; 28(4): 615-625. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400002>.
35. Feitosa Rúbia Mara Maia, Paulino Ayslon Ayron, Lima Júnior José Oscar de Souza, Oliveira Kallyane Kelly Duarte de, Freitas Rodrigo Jacob Moreira de, Silva Wanderley Fernandes da. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saude soc.* [Internet]. 2016 Sep; 25(3): 821-829. Available

from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=en. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016151514>.

36. Sossai Thaís Antunes et al. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica . Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde [Internet]. 2016 jan-mar; 18(1): 111-119. Available from: [file:///C:/Users/Andr%C3%A9%20\(Trabalho\)/Downloads/canhoque,+13.+12131+\(p.+111-119\).pdf](file:///C:/Users/Andr%C3%A9%20(Trabalho)/Downloads/canhoque,+13.+12131+(p.+111-119).pdf)

ARTIGO 2: DESEMPENHOS DOS MUNICÍPIOS DA PARAÍBA NO TERCEIRO CICLO DO PMAQ-AB: uma análise a partir da aplicação dos recursos do programa

RESUMO

O objetivo do presente estudo é analisar se a forma de aplicação dos recursos do PMAQ-AB influencia no desempenho dos municípios da Paraíba no terceiro ciclo do programa. Trata-se de um estudo analítico, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 219 gestores municipais. Os dados foram retirados a partir de duas bases de dados os quais passaram por uma análise descritiva e utilizou-se a técnica de regressão logística. No modelo de regressão foi utilizado o método backward stepwise para seleção das variáveis de forma univariada considerando o *p-valor* menor ou igual a 0,30. Posteriormente as variáveis selecionadas foram testadas de forma conjunta, obtendo-se um modelo final com todas as variáveis significativas *p-valor* menor ou igual a 0,05. Os resultados apontaram que houve uma maior frequência de gestores (38,3%) que repassavam um percentual de 40 a 50% do valor do PMAQ-AB para trabalhadores e o restante investidos nas condições de trabalho das equipes. A periodicidade de repasse dos recursos era realizada com maior frequência (32,9%) de forma semestral usando como critério o resultado da avaliação externa. Percebe-se ainda que mais atores receberam recursos além da equipe mínima da saúde da família. O resultado do modelo estatístico apontou que municípios que usaram o critério do resultado da avaliação externa para repasse dos recursos; Repassavam recursos para o apoio/gerente; Adotavam a periodicidade mensal para repasse e repassavam uma porcentagem de 0 a 20% do valor dos recursos para as equipes possuíam mais chances de ter um melhor desempenho na certificação do PMAQ-AB. Conclui-se que o pagamento por desempenho contribuiu para a motivação e satisfação dos trabalhadores das equipes da atenção básica.

Palavras-chave: PMAQ-AB. Atenção Primária à Saúde. Gestão de Recursos. Análise de regressão. Modelos logísticos.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the relationship between the application of PMAQ-AB resources in the performance of teams from Paraíba in the third cycle of the program. This is a descriptive study with a quantitative approach. 219 municipal managers participated in the research. Data underwent descriptive analysis and the logistic regression technique was used. The results showed that most municipalities transferred a percentage of 40 to 50% of the value of the PMAQ-AB to workers and the rest invested in the working conditions of the teams. The frequency of transfer of funds was carried out mostly every six months, using the result of the external evaluation as a criterion. It is also noticed that more actors received resources in addition to the minimum family health team. The result of the statistical model indicated that municipalities that used the criterion of the result of the external evaluation to transfer resources; They transferred resources to the support/manager; They adopted the monthly frequency for transfer and transferred a percentage of 0 to 20% of the value of resources to the teams that had more chances of having a better performance in the PMAQ-AB certification. It is concluded that payment for performance contributed to the motivation and satisfaction of workers in primary care teams.

Keywords: PMAQ-AB. Primary Health Care. Resource Management. Regression analysis. Logistic models.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) surgiu no ano de 2011 como parte de uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificar a Atenção Básica (AB). Essa estratégia era conhecida como “saúde mais perto de você - acesso e qualidade” e tinha como proposta a avaliação e coordenação de ações, buscando a melhoria dos padrões de qualidade assistencial dos serviços de saúde através das equipes da AB (PINTO et al., 2014).

Inicialmente quando lançado no ano de 2011, o programa era composto por 4 fases que se completavam, formando um ciclo contínuo de melhoria: adesão e contratualização; Desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Avaliação externa; e Recontratualização (BRASIL, 2011).

Com o passar dos anos o programa sofreu algumas mudanças em sua estrutura, passando no terceiro ciclo de avaliação a ter apenas três fases, sendo elas: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização e com um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que foi criado com o intuito de dar ênfase à fase de desenvolvimento do programa (BRASIL, 2015).

Segundo Seus et al. (2019), no processo de adesão havia a assinatura de um contrato com compromissos e indicadores pactuados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) e os gestores municipais. Após isso, esses compromissos eram firmados também com o MS em um processo que incluía acordos locais com a participação do controle social (BRASIL, 2012).

O eixo estratégico transversal de desenvolvimento incluía todas as fases com a intenção de promover atos contínuos para melhorar a qualidade com o decorrer dos ciclos do programa. Nesta fase eram incluídos elementos como: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

A fase de avaliação externa objetivava avaliar as equipes através do monitoramento dos indicadores contratualizados e a verificação de um conjunto de padrões de qualidade no local de atuação de cada equipe, além disso, havia um levantamento de informações, que complementavam a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de

atenção básica e os processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços, para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde (BRASIL, 2012).

O desempenho na certificação das equipes nos três ciclos dependia do resultado da avaliação de cada fase, sendo distribuída da seguinte maneira: 1. Implementação de processos autoavaliativos que equivalia a 10% da nota final da certificação nos três ciclos de avaliação; 2. Verificação do desempenho atingido pelo conjunto de indicadores pactuados entre os municípios e o Ministério da Saúde, que correspondia a 30% no terceiro ciclo; e a 3. Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade, realizada a partir da Avaliação Externa junto às equipes de saúde, que equivaliam a um peso de 60% da nota (BRASIL, 2016).

Segundo Mota e David (2015), os incentivos do programa eram atribuídos pelo PAB variável a partir do desempenho na certificação alcançado pelas equipes para serem utilizados em ações que proponham a qualidade dos atendimentos ofertados à população. Sabe-se que o PMAQ-AB não direcionava um sistema de recompensas diretamente para o trabalhador da equipe de atenção básica, pois no programa o PAB Variável era um financiamento repassado de forma direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), cabendo assim aos municípios à autonomia para investi-los de maneira pactuada no que achassem necessário. Parte dos municípios participantes do programa direcionavam esses recursos como gratificações diretas para os trabalhadores e ou indiretamente, aplicando na melhoria das condições de trabalho (MORAIS; IGUTI, 2013).

Essa forma de distribuição de recursos do PMAQ-AB inovou os desenhos de políticas de financiamento do Ministério da Saúde ao estabelecer uma avaliação por meio de metas e indicadores (SANTOS et al., 2016). O fim do PMAQ-AB foi decretado no ano de 2019, após o encerramento do 3º ciclo de avaliação.

Diante do exposto, é necessário compreender como se deu os investimentos dos incentivos financeiros do terceiro ciclo do PMAQ-AB no estado da Paraíba, para se analisar futuras modalidades de políticas de pagamento por desempenho. Desta forma, o objetivo do estudo é analisar se a forma de aplicação dos recursos do PMAQ-AB influencia no desempenho dos municípios da Paraíba no terceiro ciclo do programa..

METODOLOGIA

Este estudo faz parte da pesquisa: Pagamento por desempenho às equipes da atenção básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB que surgiu a partir de um recorte da

pesquisa: “Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil”.

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, transversal com abordagem quantitativa. Foram utilizados para este estudo duas bases de dados. A primeira base de dados utilizada para esse estudo foi elaborada por pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir de questionário respondido por gestores municipais de saúde do estado da Paraíba. Ressalta-se que a pesquisa que originou o banco cumpriu os aspectos éticos da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde, onde teve sua proposta de estudo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB e aprovada sob o parecer de número 90331418.6.0000.8069.

O segundo banco de dados utilizado, se trata de dados secundários disponibilizado pelo Ministério da Saúde via E-mail digital. Por ser um banco de dados não divulgado para acesso público, os autores precisaram fazer uma solicitação formal no site do Ministério da Saúde, explicando o propósito da utilização das informações e se comprometendo com termo de confidencialidade. Esse banco continha todas as notas de cada equipe de saúde, dos municípios da Paraíba, participantes do PMAQ-AB, nos três ciclos.

Os dados referentes ao primeiro banco foram coletados de 219 gestores de um total de 223 existentes no estado o que representa 98,2% dos gestores do estado, entre os meses de julho e setembro de 2018, mesmo período em que ocorria à avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB na Paraíba. Para responder o questionário os participantes deveriam ocupar o cargo de secretário de saúde ou algum outro que representasse a gestão municipal nas questões relacionadas à política de atenção básica.

As variáveis do questionário eram divididas em 4 blocos: o primeiro bloco diz respeito ao perfil dos gestores e dos municípios que participaram da pesquisa (5 questões); o segundo bloco está ligado ao tipo de legislação existente no município (2 questões); o terceiro bloco exhibe questões relacionadas a aplicação dos recursos pelos gestores (34 questões), e o quarto e último bloco se refere à avaliação dos gestores sobre os efeitos dos recursos do PMAQ-AB na melhoria da qualidade da AB (6 questões).

Os dados do segundo banco por conter as notas de cada equipe municipal, se transformou em uma nota para o município através de um cálculo da média das equipes da seguinte maneira:

$$x = \frac{\text{SOMATÓRIODASNOTASDASEQUIPESDOMUNICIPIO}}{\text{NUMERODEEQUIPESDOMUNICIPIO}}$$

Os dados foram organizados e agrupados através do programa Excel, na versão 2016. Em seguida os dados foram exportados para o software R onde foram realizadas a técnica estatística de análise descritiva (frequências, porcentagens, médias e desvio padrão). Em seguida, foi aplicado o modelo de regressão logística que tem como objetivo prognosticar a probabilidade de um evento ocorrer, fazendo uma análise a partir de um conjunto de variáveis independentes, sendo capaz de prever valores assumidos por uma variável dependente dicotômica (DANIEL, 2009; MEDRONHO et al., 2009). Destaca-se que as variáveis independentes que entraram no modelo referiam-se ao segundo bloco do questionário, pois tinham a finalidade de responder os objetivos do presente estudo.

Para a realização do modelo de regressão logística foi utilizado o método backward stepwise, para testar todas as variáveis independentes de forma univariada (uma a uma) com o desfecho do estudo (que foi categorizada da seguinte forma: notas acima da mediana $>6,358$ e notas abaixo da mediana $<6,358$). A partir disso, foram pré-selecionadas as variáveis com *p-valor* $< 0,30$. Em um segundo momento, todas as variáveis que apresentaram *p-valor* menor ou igual a 0,30 foram testadas novamente de forma conjunta (todas de uma vez) com o desfecho, sendo retiradas do modelo uma a uma, usando o critério do maior *p-valor*. Esse processo se repetiu até que todas as variáveis fossem significativas *p-valor* menor ou igual a 0,05 para o modelo de regressão logística final.

RESULTADOS

Os resultados apontaram que a maioria dos respondentes era do sexo feminino, 76,7% (168), com média de idade de 39,72 anos (Desvio Padrão 9,97), com idades variando entre 23 e 70 anos. Em relação ao cargo, 63,9% (140) ocupavam a função de secretária (o) de saúde, 25,1% (55) de direção/coordenação da atenção básica, 5,9% (13) de gerente, e 5,0% (11) se encaixavam na opção “outros cargos”. Para realização deste trabalho, esse conjunto de participantes será compreendido como os gestores municipais da AB.

Os dados da tabela 1, a seguir, mostram que a maioria dos gestores (90,0%) afirmou que há ou já houve repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB para as equipes de AB. Destes gestores a maioria respondeu que no 3º ciclo o incentivo financeiro era concedido de forma exclusiva para as equipes participantes do programa 160 (73,1%). Em relação a quanto pagava, observa-se que os valores repassados eram em torno de 40 a 50% do valor recebido pelos municípios (38,3%), sendo aplicado de forma semestral (32,9%) para as equipes. Observa-se que para 56,7% dos gestores, o critério para repasse dos incentivos era o resultado da avaliação externa do PMA-AB, ou seja, só recebiam o recurso às equipes que

participaram do PMAQ-AB e elas recebiam parte do recurso proporcional ao seu desempenho no programa, isto é, sua certificação.

Ainda na tabela 1, é possível notar que para 31,1% dos gestores o repasse dos incentivos financeiros era definido por um percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo. Os dados (gráfico 1) apontam que, no 3º ciclo mais atores, além da equipe mínima de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos e equipe de saúde bucal) receberam recursos do PMAQ-AB, contudo, os profissionais que compõem a equipe mínima ainda se destacaram com os maiores valores de resposta, somando juntos 63,5%.

Percebe-se ainda que dos gestores que responderam que repassavam os recursos para outros profissionais além das equipes AB participantes do programa, 12,9% declarou ter repassado recursos para: outras equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes comunitários de Endemias (ACE), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialização Odontológica (CEO) (5,5%); Equipe de gestores da AB (3,7%); Equipe de apoio institucional (2,3%) e profissionais das unidades de saúde da AB que não fazem parte da Equipe de Saúde da Família (EQSF) (1,4%). Os demais gestores não souberam ou quiseram responder (87,1%).

Por fim, o restante do incentivo (50% a 60%) era investido em obras na Unidade Básica de Saúde (UBS) (24,8%), em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) (24,6%), em compra de medicamentos e insumos (24,4%) em investimentos não especificados na ABS (15,7%), repassados para gestores da ABS (4,7%) e outros (6,0%).

Tabela 1: Resultados das respostas dos gestores ao questionário aplicado (n=219).

Variável	N	%
Há ou já houve repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB para as equipes de AB?		
Sim	197	90,0
Não	20	9,1
NS/NR	02	0,9
O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ-AB?		

Sim	160	73,1
Não	35	16,0
Não há repasse financeiro para as equipes/ NS-NR	24	10,9

Porcentagem repassada para as EAB

De 0 a 20%	04	1,8
De 20 a 30%	18	8,2
De 30 a 40%	22	10,0
De 40 a 50%	84	38,4
De 50 a 60%	31	14,2
De 60 a 70%	10	4,6
De 70 a 100%	07	3,2
Não há repasse financeiro para as equipes/ NS-NR	43	19,7

Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes?

Mensalmente	27	12,3
Bimestralmente	09	4,1
Trimestralmente	20	9,1
Semestralmente	72	32,9
Anualmente	49	22,4
Vinculada a avaliação externa do PMAQ-AB	01	0,5
Não há periodicidade definida	03	1,4
Não há repasse para as equipes da AB/NS-NR	38	17,3

Crítérios considerados para repasse dos recursos?

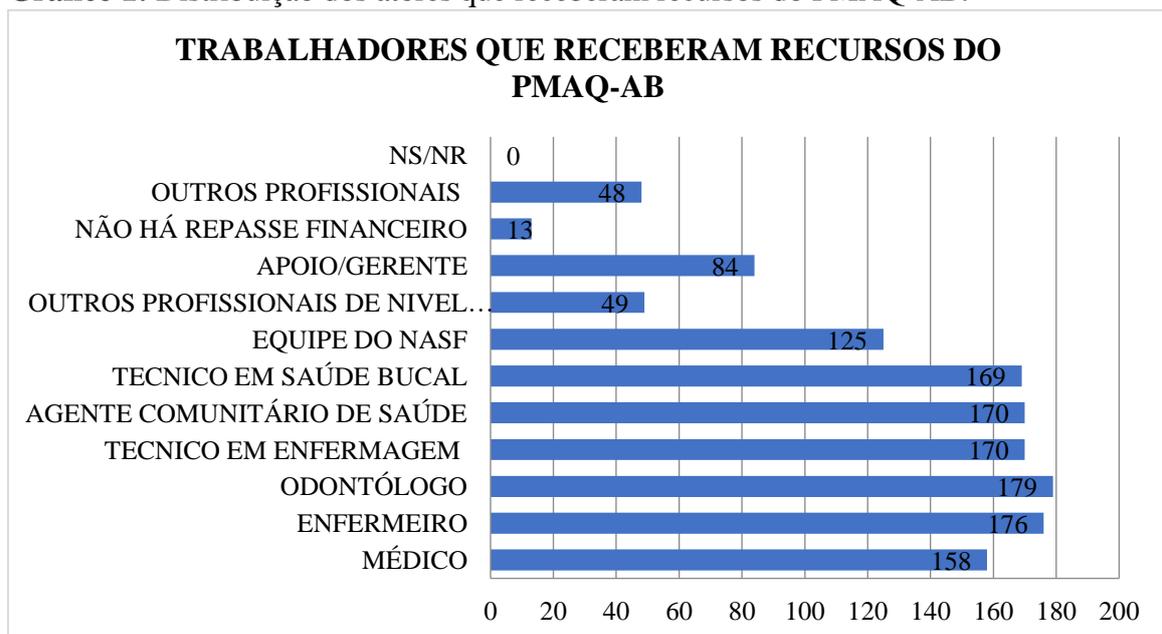
O resultado da avaliação externa do PMAQ-AB	124	56,6
O alcance de metas absolutas e relativas	35	16,0
Todas as equipes da atenção básica recebem iguais	22	10,0

Outros/NS-NR	38	17,4
Nas equipes da Atenção Básica, como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB?		
Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo	53	24,2
Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo	68	31,1
Não há repasse para as equipes da AB	10	4,6
Outros/NS-NR	88	40,1

Fonte: Própria dos autores.

No gráfico 1, a seguir, estão expostos os resultados referentes aos atores que recebiam recursos advindos do PMAQ-AB.

Gráfico 1: Distribuição dos atores que receberam recursos do PMAQ-AB.



Fonte: Própria dos autores.

O método Backward foi utilizado para a seleção das variáveis no modelo de regressão logística. As variáveis selecionadas pelo modelo final estão expostas na tabela 2, a seguir.

Tabela 2: Variáveis significativas no modelo de regressão logística ajustado.

Variável	Estimativa	Erro padrão	p-valor	OR
Intercepto	-3,116	0,839	0,000	0,044

Critérios de repasse (resultado da avaliação externa)	0,962	0,343	0,005	2,617
Quem recebe recursos além da equipe mínima (apoio/gerente)	0,631	0,319	0,048	1,880
Periodicidade de repasse dos recursos (mensal)	1,203	0,361	0,000	3,330
Porcentagem dos recursos que foram repassados para as equipes (0 a 20%)	1,536	0,710	0,030	4,646

Fonte: própria dos autores do estudo.

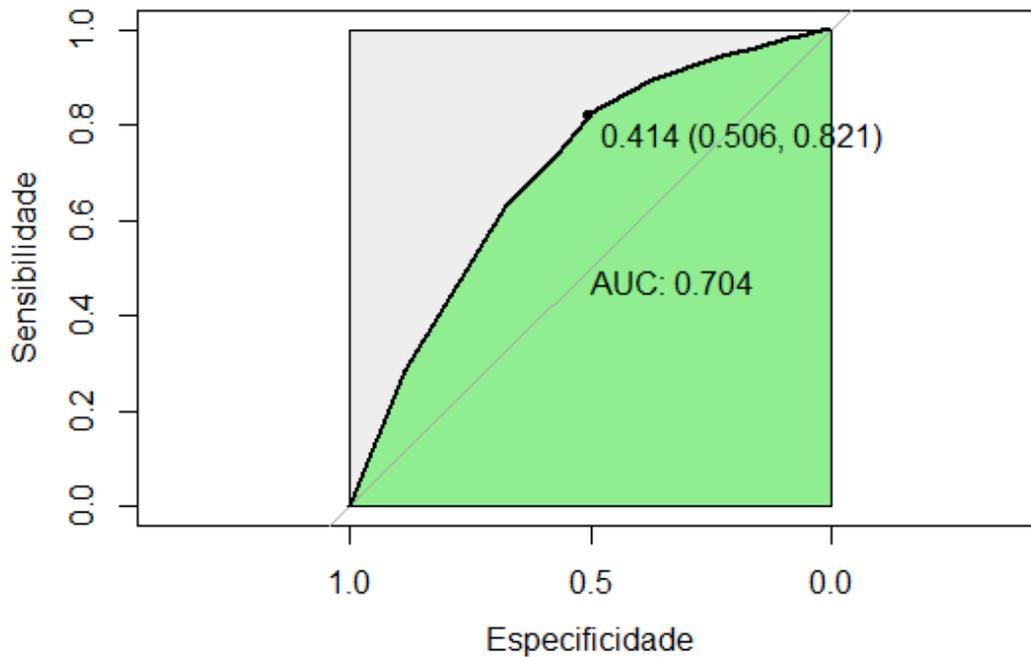
O modelo de regressão logística final selecionou 4 das 49 variáveis existentes no banco, sendo elas: Critérios de repasse (resultado da avaliação externa); Quem recebe recursos além da equipe mínima (apoio/gerente); Periodicidade de repasse dos recursos (mensal); e Porcentagem dos recursos que foram repassados para as equipes (0 a 20%).

Foi realizado o teste de Hosmer e Lemeshow para verificar a qualidade do ajuste do modelo final. Os resultados apontaram para um valor qui-quadrado 1,2472 e *p-valor* de 0,9962, ou seja, a hipótese de que o modelo está bem ajustado não foi rejeitada.

De acordo com os valores de OR encontrados, percebe-se que municípios que adotaram o critério do resultado da avaliação externa do PMAQ-AB para repasse dos recursos para as equipes tinham 2,61 vezes mais chances de ter um melhor desempenho na certificação do que os municípios que adotaram outros critérios. Os municípios que repassavam recursos para o pessoal do apoio/gerente tinham 1,88 vezes mais chance de ter um melhor desempenho na certificação. Do mesmo modo, municípios que adotavam a periodicidade mensal para repasse dos recursos tinham 3,33 mais chances de obter um melhor desempenho na certificação. Por fim, percebe-se que os municípios que repassavam uma porcentagem de 0 a 20% do valor dos recursos para as equipes possuíam 4,64 vezes mais chances para ter um melhor desempenho na certificação do PMAQ-AB.

De acordo com a curva ROC representada na figura 1, a seguir, é possível notar que o ponto de corte estabelecido foi de 0,414, sensibilidade de 82,1%, especificidade de 50,6% e uma área sob a curva de 0,704. Desta forma, o modelo utilizou a seguinte regra de decisão para fazer a classificação dos perfis de distribuição dos recursos dos municípios participantes do PMAQ-AB: perfis que apresentam probabilidade acima do ponto de corte tiveram valor predito $Y=1$, (chance de influenciarem para a ocorrência do evento de interesse) e perfis com probabilidade abaixo do ponto de corte terão valor predito $Y=0$, (chance de não influenciarem para a ocorrência do evento de interesse).

Figura 1: Gráfico da curva ROC, especificidade e sensibilidade.



Fonte: própria dos autores do estudo.

Ao analisar a matriz de confusão do modelo de regressão logística na tabela 3, a seguir, pode-se observar que o valor preditivo positivo foi de 66,4% e valor preditivo negativo de 70,3%. Logo, o modelo final obtido demonstrou a capacidade de prever corretamente os perfis dos municípios para obter um melhor desempenho no conceito da certificação com taxa de acerto de 66,3%.

Tabela 3: Matriz de confusão do modelo de regressão logística.

Valores preditivos	Valores observados		Total
	0	1	
0	45 (24,0%)	19 (9,74%)	64
1	44 (23,0%)	87 (43,26%)	131
Total	89	106	195

Fonte: própria dos autores do estudo.

DISCUSSÃO

Os dados deste trabalho permitiram identificar que municípios que usaram o critério do resultado da avaliação externa para repasse dos recursos; Repassavam recursos para o apoio/gerente; Adotavam a periodicidade mensal para repasse e repassavam uma porcentagem de 0 a 20% do valor dos recursos para as equipes possuíam mais chances de ter um melhor desempenho na certificação do PMAQ-AB.

É importante destacar que nem sempre os valores mais frequentes de respostas informados pelos gestores municipais para repasse dos recursos foram considerados como formas eficientes no modelo de regressão logística. Esses resultados levam a reflexões que nem sempre as tomadas de decisões mais frequentes ou pactuadas localmente como políticas mais interessantes causarão efeitos mais positivos, nesse contexto, tornam-se importantes os processos avaliativos.

Como limitação do estudo, pode-se citar o fato da pesquisa ter sido realizada apenas com os dados referentes ao terceiro ciclo de avaliação. Essa limitação se deu devido o grande número de respostas missing (NS/NR) que foram explicados devido às informações terem sido coletadas de forma transversal com os atuais gestores municipais no ano de 2019 sobre informações não apenas do momento, mas de anos anteriores, o que influenciou para um possível viés de memória.

O resultado de municípios que adotaram o critério do resultado da avaliação externa para repasse dos recursos para as equipes apresentarem um melhor desempenho na certificação do PMAQ-AB pode estar atrelado à importância que os trabalhadores davam a essa fase no programa, devido ela ser o componente que equivalia os maiores percentuais da nota na certificação do programa, sendo nos dois primeiros ciclos equivalente a um peso de 70% da nota final e no terceiro ciclo 60% fazendo com que os trabalhadores se esforçassem mais no desenvolvimento dessa fase (BRASIL, 2014). Nesta fase do programa eram realizadas um conjunto de ações para averiguar a estrutura da rede de saúde, do processo de trabalho das equipes participantes do programa e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2019; BERTUSSO, 2017).

Além disso, o uso do resultado da avaliação externa como critério para o repasse dos recursos aos trabalhadores pode ser compreendida como uma valorização dada ao próprio PMAQ-AB, uma vez que reforçava junto aos trabalhadores que o recebimento da gratificação dependia do seu desempenho no programa o que parece aumentar a motivação dos trabalhadores para qualificar as ações avaliadas pelo programa.

O resultado do modelo estatístico em identificar o repasse do recurso realizado para outros profissionais além da equipe mínima (pessoal do apoio/gerente) como um ponto positivo para um melhor desempenho no PMAQ-AB, aponta sobre a valorização do trabalho em equipe, uma vez que valorizar e reconhecer a importância de cada profissional os motivam a alcançar objetivos comuns dentro de uma organização (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013). Almeida e Mishima (2001) afirmam que dentro das equipes de atenção básica, se não houver cooperação no trabalho entre os profissionais corre um grande risco de se repetir uma prática fragmentada, desumana e centralizada no enfoque biológico individual com diferentes valorizações sociais dos diversos trabalhos.

Segundo Marquart (2009), existem algumas formas de periodicidade para o pagamento de uma remuneração variável que são: de curto prazo (quando são efetuadas em até um ano) e são chamadas de incentivos anuais, prêmios ou bônus e a periodicidade de longo prazo (quando são efetuados em um tempo de mais de um ano). A periodicidade para o repasse da remuneração variável para os trabalhadores é citada como a mais frequente no trabalho de Pizysiezing, Machado e Carvalho (1997), para ser realizada de forma trimestral, pois os autores afirmam que essa periodicidade tem maior relevância para as medidas de desempenho.

Já o trabalho de Marquezi (2011) aponta que a periodicidade de pagamento mensal como premiação por equipe de trabalho tendem a trazer melhores resultados operacionais. G-achter (2006), aponta que o pagamento de premiações ou bônus repassados para os trabalhadores de forma constante os motivam a produzirem mais e melhor dentro da organização, além disso, a aceitação em receber percentuais mais baixos não os desmotivam, pois o fato de ter trabalhadores cooperantes motivados pelo trabalho em equipe não os incomodam, tendo a garantia de recompensas intrínsecas posteriormente e condições de trabalho adequadas.

O trabalho de Fontenele (2010) aponta que, não basta somente a atribuição de recursos para os trabalhadores, mas os gestores precisam também ter um olhar para incentivá-los de outras maneiras como: a partir de capacitação e melhoria das condições de trabalho. Nesse aspecto, foi perceptível nesse estudo que vários gestores municipais utilizaram o restante dos recursos repassados (50% a 60%) em investimentos nas condições de trabalho.

Os investimentos nas condições de trabalho são considerados importantes em vários estudos como o de Herzberg (1968), Faria et al. (2009), Mendes e Luovison (2015) e Frigoto (2018). Essa importância se dá devido a esses investimentos facilitarem a resolução de problemas de menor complexidade no setor saúde, qualificar o processo de trabalho, além

de satisfazer os trabalhadores por ter uma boa estrutura e oferta de materiais para realizarem seu trabalho.

O trabalho de Lima et al. (2014) e Herzberg (1968) apontam alguns elementos que os profissionais consideram motivadores e causam satisfação na construção do trabalho em equipe e que estão relacionados diretamente à sua valorização e reconhecimento como profissionais, como falta de recursos materiais, questão salarial (bônus, prêmios ou gratificações), e valorização do trabalho realizado. Neste sentido, o reconhecimento está associado às expectativas de retribuição pela contribuição aportada pelos indivíduos à organização.

Segundo Ribeiro e Estender (2016), os trabalhadores veem o salário e os benefícios como principais fatores de satisfação dentro de uma organização, ou seja, a atribuição de remunerações, a implantação de benefícios e a reestruturação dos cargos existentes dentro da instituição farão com que os trabalhadores se sintam valorizados e satisfeitos para desenvolverem seu trabalho da melhor forma possível, mas caso esses aspectos de satisfação não ocorram poderá fazer com que a qualidade dos serviços dos trabalhadores caia significativamente, podendo ocasionar prejuízos para a empresa ou organização.

O estudo de Poli-Neto et al. (2016) aponta a importância do pagamento por desempenho no sentido de que a partir de um bônus têm-se o propósito de estimular e satisfazer a equipe de trabalho, otimizando os componentes do processo produtivo e possibilitando o alcance dos objetivos organizacionais e a ampliação da qualidade. Este pode ocorrer de diferentes formas, seja de acordo com a realização de certos procedimentos, ou da melhoria de indicadores referentes às condições de saúde de grupos específicos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o bônus recebido pelos trabalhadores como pagamento por desempenho pode ter contribuído para a motivação dos trabalhadores das equipes da atenção básica uma vez que o modelo estatístico de regressão logística apontou que o repasse de recursos realizados de formas objetivas influenciou no desempenho das equipes participantes do programa PMAQ-AB. Além disso, cabe ressaltar por um lado que o pagamento por desempenho se mostra muito importante em contextos de sub e desfinanciamento da saúde, em que os trabalhadores da saúde têm péssimas remunerações e condições de trabalho. Já por outro lado, vale citar que apesar de eficiente o pagamento por desempenho pode ser considerado perigoso, pois pode ajudar a precarizar ainda mais as relações de trabalho.

Essa pesquisa permitiu identificar formas que apresentem melhores resultados para o repasse dos recursos atrelados ao pagamento por desempenho, sendo importante para os gestores municipais ter base de como realizar o repasse de recursos, afim de conseguirem obter melhores resultados de desempenhos por suas equipes de atenção básica.

REFERENCIAS

Almeida M.C.P.; Mishima S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface. **Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n. 1, p.150-153, 2001.

BERTUSSO, F. R. **A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. 2017. 113f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PB, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Saúde: tire suas dúvidas**. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46122-tire-todas-as-suas-duvidas-sobre-o-previne-brasil>>. Acesso em: 22 de jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf>. Acesso em 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica AMAQ**. Brasília, DF: 2016. Disponível em: <

https://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq_homologacao/static/assets/docs/AMAQ_AB_SB_3.pdf>.

Acesso em 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Gabinete do Ministro. Brasília, DF: 2015. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em

16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2012.

DANIEL, W. W. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 1 ed. Ninth Edition ed. John Wiley & Sons, New York, 2009.

FARIA, H. P. et al. O processo de trabalho em atenção básica à saúde. NESCON/UFMG.

18p. 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 30 de junho de 2020.

FONTENELE, M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um hospital geral de Fortaleza (CE). **Ciencia e saúde coletiva**. Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 1315-1324, 2010.

FRIGOTO, V. **Gestão do trabalho em saúde: uma análise a partir do PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná**. 2018. 100f. [Dissertação (Mestrado em Serviço Social)]- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, [Toledo-PR], 2018.

GÄCHTER, S. **Conditional Cooperation: Behavioral Regularities from the Lab and the Field and their Policy Implications**. 3 ed. CeDEx Discussion Paper, University of Nottingham , 2006.

HERZBERG, F. I. 1968. "One more time: how do you motivate employees?" **Harvard Business Review**, Boston, v. 46, n. 1, p. 53-62, jan./fev. 1968.

LIMA, F. B.; VELASCO, A. R.; LIMA, A. B.G.; ALVES, E. A.; SANTOS, P. S. S. R. dos; PASSOS, J. P. Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 5. n. 4. p. 417-423, out.-dez. 2014. Disponível em: Acesso em: 05 mar. 2014.

MARQUART, A. **Análise das características da remuneração variável nas 100 maiores empresas de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em contabilidade)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, UFSC, 2009.

MARQUEZI, R. L. **REMUNERAÇÃO VARIÁVEL NA LIMPEZA URBANA MINEIRA**: desenvolvimento de proposta baseada em indicadores operacionais a ser empregada como Programa de Participação nos Resultados – PPR. 2011. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Estratégica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-BH, 2011.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**: caderno de exercicios. 2 ed. Atheneu, São Paulo, 2009.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência do SUS. **Saúde e Sociedade**. v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

Moraes P. N.; Iguti, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**. v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300005>.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E.. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013.

Pinto AH, Ferla AA, Ceccim RB, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB). **Saúde Debate**. v. 15, n. 51, p. 145-160, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.

PIZYSIEZING FILHO, João; MACHADO, Solange Aparecida; CARVALHO, Marly Monteiro de. Remuneração variável em um instituto de pesquisa: o caso do Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo. (Em CD-Rom). **Anais..** Porto Alegre: UFRGS/PPGEP, 1997.

POLI-NETO, P. et al. Remuneração variável na atenção primária a saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016.

RIBEIRO, T.; ESTENDER, A. C. Gestão de cargos e salários e sua influencia na motivação dos colaboradores. **Revista de Ciências Gerenciais**. v.20, n. 31, p. 25-31, 2016.

SANTOS, T. C. et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função, dispositivo ou repetição. In: BEZERRA, L. G.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade-(PMAQ-AB)**. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 75-99.

SEUS, T. L. C. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e serviços de saúde**. v. 28, n. 2, p. 201-214, Brasília-DF, 2019.

6. CONCLUSÕES

Conclui-se que todos os objetivos propostos no presente estudo foram alcançados de forma satisfatória, permitindo identificar uma gestão homogênea dos municípios da Paraíba dos recursos advindos do PMAQ-AB. Esse perfil homogêneo se dá pela semelhança nas medidas adotadas pelos municípios, como: a adoção do uso da avaliação externa como critério de repasse; a atribuição de um valor percentual sobre a remuneração mensal de cada profissional; o repasse de recursos para outros profissionais, além da equipe mínima; o

repassse de 40% a 50% dos valores recebidos aos trabalhadores em uma periodicidade semestral ou anual; e a utilização do restante dos recursos em melhorias nas condições de trabalho, em reparos nas unidades, no processo de educação permanente e na compra de medicamentos, insumos e materiais.

Além disso, conclui-se que municípios que usaram o critério do resultado da avaliação externa para repasse dos recursos; repassavam recursos para o apoio/gerente além da equipe mínima; adotavam a periodicidade mensal para repasse e repassavam uma porcentagem de 0 a 20% do valor dos recursos para as equipes, possuíam mais chances de ter um melhor desempenho na certificação do terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Destaca-se como limitações do estudo, o fato de se tratar de uma coleta de dados transversal sobre aspectos não apenas do momento, mas também referentes á anos anteriores, podendo incidir em viés de memória o que ocasionou em um número expressivo nos valores de “não sabe ou não respondeu” (NS/NR), em várias questões do instrumento de coleta, em especial nas questões referentes aos primeiros ciclos do programa. Dessa forma, com o número expressivo de NS/NR, ficou inviável a utilização de um modelo estatístico para fazer análises com os dois primeiros ciclos do programa.

O caráter mais exploratório desta dissertação é uma limitação devida, em parte, à inexistência de estudos em profundidade sobre o uso dos recursos do PMAQ-AB e a formas mais eficiente de fazê-lo em nível municipal, lacuna esta que tentamos ajudar a preencher com o presente trabalho, mas que demanda outras pesquisas a serem desenvolvidas.

Esta pesquisa permitiu identificar aspectos relevantes sobre como se deu a execução em nível local dos recursos do PMAQ-AB por parte dos municípios de um estado com elevada cobertura de ESF e ampla adesão ao Programa. Por ter sido a primeira experiência em âmbito nacional de repasse de recursos aos municípios vinculados ao alcance de resultados com base em diferentes maneiras de avaliação, compreender o modo como PMAQ-AB foi executado pode ajudar a construir diferentes cenários para superar desafios postos pela maneira em curso de se realizar o financiamento federal para a AB.

Além disso, essa pesquisa permitiu identificar formas que possam trazer melhores resultados para o repasse dos recursos atrelados ao pagamento por desempenho, sendo importante para os gestores municipais ter base de como realizar o repasse de recursos, afim de conseguirem obter melhores resultados de desempenhos por suas equipes de atenção básica.

REFERENCIAS

ALENCAR, B., PEREIRA, M. e RAMOS, N. Curso de Auto aprendizado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Apostila completa. Realização: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e Universidade de Brasília. Brasília, 2012. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=149>. Acesso em: 22 jul. 2020.

Almeida M.C.P.; Mishima S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface. **Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n. 1, p.150-153, 2001.

AMARAL, N. C. Com a PEC 241/55 (EC 95) haverá prioridade para cumprir as metas do PNE (2014-2024)?. **Revista Brasileira da Educação**. v. 22, n. 71, p. 2014-2024, 2017.

AMSTRONG, M. **Armstrong's handbook of human resource management practice**. 13. ed. London: Kogan Page, 2014.

ARMOND, L. P. **Motivação pela remuneração por desempenho, justiça organizacional e desempenho humano no trabalho**. 2017. 120f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação, Brasília-DF, 2017.

ARYEE, S. et al. Developing and Leveraging Human Capital Resource to Promote Service Quality: Testing a Theory of Performance. **Journal of Management**. v. 20, n. 5, p. 1–13, .2013.

ASSIS, L. O. M. **Efeitos organizacionais da implantação de metas e remuneração variável por desempenho: o caso da segurança pública em Minas Gerais**. 2012. 177f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo-SP, 2012.

Assunção, A. A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde In: Gomez, C. M.; Machado, J. M. H.; Pena, P. G. L. (Org.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 453-473.

BARRETO, Jorge Otávio Maia. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BENDASSOLLI, P. F. Desempenho no trabalho: revisão da literatura. **Psicologia argumento**. Curitiba- PR, v. 30, n. 68, p. 171-184, 2012.

BERNHEIM, B. D.; WHINSTON, M. D. Menu auctions, resource allocation, and economic influence. **The Quarterly Journal of Economics**. v. 101, n. 1, p. 1-31, 1986.

BERTUSSO, F. R. **A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. 2017. 113f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PB, 2017.

Bertusso, F. R.; Rizzotto, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, v. 42, n. 117, p.408-419, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811705>.

BEZERRA, J.K.A. **Modelo de regressão logística para previsão do óbito na unidade de terapia intensiva**. 2012. 90f. Dissertação [Mestrado] - Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BEZERRA, M. E. A. **O papel das políticas e práticas de gestão de pessoas na construção da identidade organizacional**. 2016. 94f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Univesidade de Brasília, Brasília-DF, 2016.

BOWMAN, J. S. The success of failure: the paradox of performance pay. **Review of Public Personnel Administration**. v. 30, n. 1, p. 70-88, (2010).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Saúde: governo investirá R\$ 2 bilhões para incluir 50 milhões de brasileiros no sus**, 2019b. Disponível em: < <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45998-governo-investira-r-2-bilhoes-para-incluir-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus-2>>. Acesso em: 22 de jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Saúde**: tire suas dúvidas. 2019a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46122-tire-todas-as-suas-duvidas-sobre-o-previne-brasil>>. Acesso em: 22 de jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa de saúde da família. **Gabinete do Ministro**. Brasília, DF: 1997. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em 06 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. **Gabinete do Ministro**. Brasília, DF: 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, 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 financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. **Gabinete do Ministro**. Brasília, DF: 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em 18 jan. 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Gerência de Planejamento e Gestão**. Paraíba, PB: 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária a Saúde no âmbito do Sistema Único da Saúde, por meio da alteração da portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Gabinete do Ministro**. Brasília, DF: 2019a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Gabinete do Ministro. Brasília, DF: 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** 1 ed. Editora MS, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, DF: 2011. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em 16 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aceso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf>.

Acesso em 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica AMAQ.** Brasília, DF: 2016. Disponível em: <

https://amaq.lais.huol.ufrn.br/amaq_homologacao/static/assets/docs/AMAQ_AB_SB_3.pdf>.

Acesso em 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica**. 2018.

Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/nota_metodologica_certificacao.pdf>. Acesso em 02 fev. 2020.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. **J Manag Prim Heal Care**. v.5, n. 1, p. 127-128, 2014.

CARNEIRO, R.R. **Qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com hiv/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento**. 2019. 141F.

DISSERTAÇÃO [Mestrado] - Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad Saúde Pública**. v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

Castro, B. M. C. **Avaliação da atenção básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB-CICLO II)**. 2017. 132f. [Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)] - Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz (Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD), [Manaus], 2017.

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 Debate**. v. 39, n. 105, p. 323-336, 2015.

COSTA-LIMA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

DANIEL, W. W. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. 1 ed. Ninth Edition ed. John Wiley & Sons, New York, 2009.

DESTÉFANO, J. D. C.; ROCHA, K. B.; OLIVEIRA, A. L. I. Avaliação dos resultados no 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos municípios

da região de saúde central. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública**. v. 5, n. 3, p. 2-19, 2019.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.

Dwek E, Oliveira ALM, Rossi P, organizadores. **Austeridade e Retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil [internet]**. São Paulo: Brasil Debate; 2018 [acesso em 17 jun. 2020]. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf.

FARIA, H. P. et al. O processo de trabalho em atenção básica à saúde. NESCON/UFMG. 18p. 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em 30 de junho de 2020.

FÁVERO, L. P. et. al. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 442-444, 2009.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saude soc.** v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300821&lng=en. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016151514>.

FERNANDES V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 6, p. 928-936, 2013.

FONTENELE, M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um hospital geral de Fortaleza (CE). **Ciencia e saúde coletiva**. Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 1315-1324, 2010.

FRIGOTO, V. **Gestão do trabalho em saúde: uma análise a partir do PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná**. 2018. 100f. [Dissertação (Mestrado em Serviço Social)]- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, [Toledo-PR], 2018.

Gächter, S. **Conditional Cooperation: Behavioral Regularities from the Lab and the Field and their Policy Implications**. 3 ed. CeDEx Discussion Paper, University of Nottingham, 2006.

- GOULART, J. **Remuneração médica por performance**. 2017. 66f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Projetos) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo-RS, 2017.
- GERHART, BARRY. Compensation. In Wilkinson, A., Bacon, N., Redman, T. & Snell, S. (eds) **The SAGE Handbook of Human Resource Management**. London: SAGE, 2009.
- HAIR, J.F et al.. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HERZBERG, F. I. 1968. “One more time: how do you motivate employees?” **Harvard Business Review**, Boston, v. 46, n. 1, p. 53-62, jan./fev. 1968.
- HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied Logistic Regression**. 3 ed., John Wiley & Sons, 2013.
- Huot, R. **Métodos quantitativos para as ciências humanas**. 1. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.
- Jales E. D, Jales R. D, Gomes J. G. N. 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.
- LIMA, F. B.; VELASCO, A. R.; LIMA, A. B.G.; ALVES, E. A.; SANTOS, P. S. S. R. dos; PASSOS, J. P. Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, v. 5. n. 4. p. 417-423, out.-dez. 2014. Disponível em: Acesso em: 05 mar. 2014.
- MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas equipes de saúde da família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB)**. 2013. 45f. [Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica)] - Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga - [Minas Gerais], 2013.
- MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, 2001.
- MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. Departamento de Ciência de Computação e Estatística. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP**, p. 1–17, 2012.

MARQUART, A. **Análise das características da remuneração variável nas 100 maiores empresas de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado em contabilidade)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, UFSC, 2009.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de saúde no Brasil**. ed.1. Triagem. 2016.

Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 1181-1188, 2020.

MEDEIROS, A.R.C. [Tese]. **João Pessoa: Consequências clínicas e metabólicas da insegurança alimentar familiar em pessoas vivendo com HIV/AIDS: um estudo coorte**. Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2017.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia: caderno de exercicios**. 2 ed. Atheneu, São Paulo, 2009.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal á atenção básica. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no sistema único de saúde. **Revista Saúde Debate**. v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência do SUS. **Saúde e Sociedade**. v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no sistema único de saúde. **Saúde Debate**. v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

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**. v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015.

Neves, R. G. et al. Tendência temporal da cobertura de estratégia de saúde da família no Brasil, regiões e unidades da federação, 2006-2016. **Epidemiologia, serviço e saúde**, v. 27, n. 3, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n3/e2017170/pt>.

Neves, T. C. C. L.; Montenegro, L. A. A.; Bittencourt, S. D. A.. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 756-770, 2014.

OLIVEIRA, A. A. **Inferências e aplicações no modelo de regressão beta com dispersão variável**. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em estatística aplicada) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2017.

OXMAN, A. D.; FRETHEIM, A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v. 2, n. 2, p. 70 - 83, 2009.

PAULA, G. de. **Modelos de Regressão com apoio computacional**. São Paulo: Ime-USP, 2010.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E.. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun. 2013.

Pinto AH, Ferla AA, Ceccim RB, et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB). **Saúde Debate**. v. 15, n. 51, p. 145-160, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.

PINTO, H.A; MAGALHÃES J.R.H.M; KOERNER, R.S. Evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família - 1998 a 2014. In: PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS/Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 358-372, 2014.

PIZYSIEZING FILHO, João; MACHADO, Solange Aparecida; CARVALHO, Marly Monteiro de. Remuneração variável em um instituto de pesquisa: o caso do Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo. (Em CD-Rom). **Anais..** Porto Alegre: UFRGS/PPGEP, 1997.

POLI-NETO, P. et al. Remuneração variavel na atenção primária a saúde: relato das experiencias de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016.

PROTASIO, A. P. L. **Satisfação do usuário com os serviços da atenção básica no Brasil:** uma avaliação a partir da participação das equipes nos ciclos do PMAQ-AB. 2018. 114f. Tese (Doutorado em Modelos em Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Paraíba-PB, 2018.

Reis, A. L. G. **O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ- AB) como indutor de novas práticas em unidades de saúde da família no município de Camaçari-BA:** relato de experiência. 2018. 50f. [Trabalho de Conclusão de Residência (Residência e Saúde da Família)] - Fundação Osvaldo Cruz, [Bahia], 2018.

RIBEIRO, T.; ESTENDER, A. C. Gestão de cargos e salários e sua influencia na motivação dos colaboradores. **Revista de Ciências Gerenciais.** v.20, n. 31, p. 25-31, 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, W. A.; REIS, N. M. T.; GONÇALVES, C. F. As influências na motivação para o trabalho em ambientes com metas e recompensas: um estudo no setor público. **Revista Da Administração Pública,** v. 48, n. 1, p. 253–274, 2014.

ROMÃO, A. L. P. A. O financiamento da saúde frente ao novo regime fiscal. **Revista de Direito Sanitário.** v. 20, n. 1, p. 86-106, 2019.

Sampaio, J. et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. **Rev enferm UFPE online,** v. 10, n. 5, p. 4318-4328, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewfile/11179/1272>

SANTANA, V. C.; BURLANDY, L. Inflexões na avaliação e financiamento da atenção básica com o PMAQ-AB. **Revista Oidles,** v. 1, n. 26 [Internet], 2019. Disponível em < <https://www.eumed.net/rev/oidles/26/pmaq.html>>. Acesso em 05 de jun. 2020.

- SANTOS, T. C. et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função, dispositivo ou repetição. In: BEZERRA, L. G.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade-(PMAQ-AB)**. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 75-99.
- SCHARAMM, J. M. A.; PAES-SOUSA, R.; MENDES, L. V. P. **Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise**. 23 ed. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018.
- SEUS, T. L. C. et al. Núcleo de apoio a saúde da família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e serviços de saúde**. v. 28, n. 2, p. 201-214, Brasília-DF, 2019.
- SIMON, C. **O desempenho das equipes de saúde da família do município de Santa Rosa-RS no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a satisfação do usuário**. 2015. 49f. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) – Universidade Aberta do Brasil – UAB, Porto Alegre-RS, 2015.
- SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Materna. Infantil** v. 7, n. 4, p. 495-502, 2007.
- Sossai, T. A. et al. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica . **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 18, n. 1, p. 111-119, 2016. Disponível em:
file:///C:/Users/Andr%C3%A9%20(Trabalho)/Downloads/canhoque,+13.+12131+(p.+111-119).pdf
- SOUSA, N.L.; SOUSA, M. H. L.; SILVA, M. G. C. Evolução do financiamento federal da atenção primária da saúde frente às políticas de financiamento federal: o caso do Ceará - Brasil. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 12º de dezembro de 2019 [citado 22º de julho de 2020];110. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/883>>.
- Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. 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.

VASCONCELOS, S. C. **A problemática do financiamento da atenção básica nos municípios no período do pacto pela saúde (2006-2010): o caso do estado da Bahia.** 165f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Viana, D. M. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 2, p. 1658-1668, 2015.

WRIGHT, B. E. Public service and motivation: does mission matter?. **Public Administration Review**. v. 67, n. 1, p. 54-63, 2007.

Zermiani, T. C.; Helena, B. P. M.; Gomes, D. R. Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade. **Sociedade E Cultura**, v. 21, n. 2 p.97-118, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.5631>.

APÊNDICE A

VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável	Classificação	Tipo
Concorda em participar do estudo?	1-Sim 2-Não	Nominal
Idade	-	Contínua
Sexo	1-Masculino 2-Feminino	Nominal
Cargo/Função na Secretaria de Saúde	1-Secretária(o) municipal de saúde 2-Direção/Coordenação da atenção básica 3-Gerente 4-Outros	Nominal
Cidades	-	Nominal
Há no município alguma normativa que regulamente o uso dos incentivos financeiros do PMAQ-AB no município?	1-Sim 2-Não	Nominal
Qual a normativa existente em cada ciclo (1º ciclo)?	1-Lei municipal do PMAQ 2-Portarias e decretos 3-Pactiação formal no conselho municipal 4-Outras	Nominal
Qual a normativa existente em cada ciclo (2º ciclo)?	1-Lei municipal do PMAQ 2-Portarias e decretos 3-Pactiação formal no conselho municipal 4-Outras	Nominal
Qual a normativa existente em cada ciclo (3º ciclo)?	1-Lei municipal do PMAQ 2-Portarias e decretos 3-Pactiação formal no conselho municipal 4-Outras	Nominal
Existe, no município, algum incentivo financeiro adicional à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado a avaliação de desempenho para as equipes da Atenção Básica (EqAB),	1-Sim 2-Não	Nominal

ALÉM DO PMAQ-AB?		
Qual(is) o(s) incentivo(s) financeiro(s) adicional(is) à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado(s) a avaliação de desempenho são repassados para as equipes da Atenção Básica (EqAB) e desde quando são repassados?	1-Bônus 2-Gratificação 3-Prêmio	Nominal
O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ-AB? (1º ciclo)	1-Sim 2-Não 3-Não há repasse financeiro para a equipe	Nominal
O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ-AB? (2º ciclo)	1-Sim 2-Não 3-Não há repasse financeiro para a equipe	Nominal
O incentivo financeiro por desempenho do PMAQ-AB é/foi concedido EXCLUSIVAMENTE para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ-AB? (3º ciclo)	1-Sim 2-Não 3-Não há repasse financeiro para a equipe	Nominal
Para quem mais ou para qual outro serviço foram concedidos os incentivos financeiros do PMAQ-AB no 1º ciclo?	1-Equipe de apoio institucional 2-Equipe de gestores da atenção básica 3-ESF, ACE, NASF e CEO 4-Profissionais que não fazem parte da equipe de saúde	Nominal
Para quem mais ou para qual outro serviço foram concedidos os incentivos financeiros do PMAQ-AB no 2º ciclo?	1-Equipe de apoio institucional 2-Equipe de gestores da atenção básica 3-ESF, ACE, NASF e CEO 4-Profissionais que não fazem parte da equipe de saúde	Nominal
Para quem mais ou para qual outro serviço foram concedidos os incentivos financeiros do PMAQ-AB no 3º ciclo?	1-Equipe de apoio institucional 2-Equipe de gestores da atenção básica 3-ESF, ACE, NASF e CEO 4-Profissionais que não fazem parte	Nominal

	da equipe de saúde	
Há ou já houve repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB para as equipes de AB? (considerar SIM se em algum dos ciclos há/houve repasse para as equipes)	1-Sim 2-Não	Nominal
Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (1° ciclo)	1-O resultado da avaliação externa do PMAQ 2-O alcance de metas absolutas e relativas 3-Algum tipo de ranqueamento relativo 4-Todas as equipes da atenção básica recebem iguais 5-Outros	Nominal
Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (2° ciclo)	1-O resultado da avaliação externa do PMAQ 2-O alcance de metas absolutas e relativas 3-Algum tipo de ranqueamento relativo 4-Todas as equipes da atenção básica recebem iguais 5-Outros	Nominal
Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados? (3° ciclo)	1-O resultado da avaliação externa do PMAQ 2-O alcance de metas absolutas e relativas 3-Algum tipo de ranqueamento relativo 4-Todas as equipes da atenção básica recebem iguais 5-Outros	Nominal
Nas equipes da Atenção Básica, como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB? (1° ciclo)	1-Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo 2-Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo 3-Não há repasse para as equipes da AB	Nominal

	4-Outros	
Nas equipes da Atenção Básica, como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB? (2º ciclo)	1-Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo 2-Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo 3-Não há repasse para as equipes da AB 4-Outros	Nominal
Nas equipes da Atenção Básica, como é definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB? (3º ciclo)	1-Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo 2-Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo 3-Não há repasse para as equipes da AB 4-Outros	Nominal
Médico (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Enfermeiro (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Odontólogo (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Técnico de Enfermagem (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Agente Comunitário de Saúde (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
NASF (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Outros Profissionais de nível superior (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Apoio/Gerente (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Não há repasse para as equipes da AB (1º Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Outros (1º Ciclo)	1-Sim	Nominal

	2-Não	
Não sabe/Não respondeu (1° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Médico (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Enfermeiro (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Odontólogo (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Técnico de Enfermagem (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Agente Comunitário de Saúde (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
NASF (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Outros Profissionais de nível superior (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Apoio/Gerente (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Não há repasse para as equipes da AB (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Outros (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Não sabe/Não respondeu (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Médico (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Enfermeiro (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Odontólogo (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Técnico de Enfermagem (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Agente Comunitário de Saúde (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal

NASF (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Outros Profissionais de nível superior (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Apoio/Gerente (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Não há repasse para as equipes da AB (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Outros (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Não sabe/Não respondeu (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes? (1° ciclo)	1-Mensalmente 2-Bimestralmente 3-Trimestralmente 4-Semestralmente 5-Anualmente 6-Vinculada a avaliação externa do PMAQ 7-Não há periodicidade 8-Não há repasse para as equipes 9-Outros	Ordinal
Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes? (2° ciclo)	1-Mensalmente 2-Bimestralmente 3-Trimestralmente 4-Semestralmente 5-Anualmente 6-Vinculada a avaliação externa do PMAQ 7-Não há periodicidade 8-Não há repasse para as equipes 9-Outros	Ordinal
Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ-AB é repassado às equipes? (3° ciclo)	1-Mensalmente 2-Bimestralmente 3-Trimestralmente 4-Semestralmente 5-Anualmente 6-Vinculada a avaliação externa do PMAQ 7-Não há periodicidade	Ordinal

	8-Não há repasse para as equipes 9-Outros	
Você sabe em MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica? (1° ciclo)	1-De 0 a 20% do valor recebido pelo município 2-De 20 a 30% do valor recebido pelo município 3-De 30 a 40% do valor recebido pelo município 4-De 40 a 50% do valor recebido pelo município 5-De 50 a 60% do valor recebido pelo município 6-De 60 a 70% do valor recebido pelo município 7-De 70 a 100% do valor recebido pelo município 8-Não houve repasse para as equipes 9-NS/NR	Ordinal
Você sabe em MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica? (2° ciclo)	1-De 0 a 20% do valor recebido pelo município 2-De 20 a 30% do valor recebido pelo município 3-De 30 a 40% do valor recebido pelo município 4-De 40 a 50% do valor recebido pelo município 5-De 50 a 60% do valor recebido pelo município 6-De 60 a 70% do valor recebido pelo município 7-De 70 a 100% do valor recebido pelo município 8-Não houve repasse para as equipes 9-NS/NR	Ordinal
Você sabe em MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica? (3° ciclo)	1-De 0 a 20% do valor recebido pelo município 2-De 20 a 30% do valor recebido pelo município	Ordinal

	<p>3-De 30 a 40% do valor recebido pelo município</p> <p>4-De 40 a 50% do valor recebido pelo município</p> <p>5-De 50 a 60% do valor recebido pelo município</p> <p>6-De 60 a 70% do valor recebido pelo município</p> <p>7-De 70 a 100% do valor recebido pelo município</p> <p>8-Não houve repasse para as equipes</p> <p>9-NS/NR</p>	
Uso do restante do incentivo: Repassado para gestores da ABS (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em Obras das UBS (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em processos de EPS para a ABS (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: m compra de medicamentos e insumos (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em investimentos não especificados na ABS (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Todo o valor é repassado às equipes (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Outros (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Não sabe/Não respondeu (1° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Repassado para gestores da ABS (2° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em Obras das UBS (2° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em processos de EPS para a ABS (2° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em compra de medicamentos e insumos (2° Ciclo)	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em investimentos não especificados na ABS (2°	<p>1-Sim</p> <p>2-Não</p>	Nominal

Ciclo)		
Uso do restante do incentivo: Todo o valor é repassado às equipes (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Outros (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Não sabe/Não respondeu (2° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Repassado para gestores da ABS (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em Obras das UBS (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em processos de EPS para a ABS (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em compra de medicamentos e insumos (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Em investimentos não especificados na ABS (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Todo o valor é repassado às equipes (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Outros (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Uso do restante do incentivo: Não sabe/Não respondeu (3° Ciclo)	1-Sim 2-Não	Nominal
Essa forma de utilização do restante do incentivo, está prevista na normativa do PMAQ-AB?	1-Sim 2-Não	Nominal
O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (1° ciclo)	1-Há problemas entre os profissionais das equipes da ABS 2-Há problemas entre os profissionais das equipes de ABS e a Gestão 3-Há problemas entre a gestão e o ministério da saúde 4-Há problemas com o conselho municipal de saúde 5-Não há problemas quanto ao repasse 6-Não há repasse para as equipes da AB	Nominal

	7-Outros	
O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (2º ciclo)	1-Há problemas entre os profissionais das equipes da ABS 2-Há problemas entre os profissionais das equipes de ABS e a Gestão 3-Há problemas entre a gestão e o ministério da saúde 4-Há problemas com o conselho municipal de saúde 5-Não há problemas quanto ao repasse 6-Não há repasse para as equipes da AB 7-Outros	Nominal
O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (3º ciclo)	1-Há problemas entre os profissionais das equipes da ABS 2-Há problemas entre os profissionais das equipes de ABS e a Gestão 3-Há problemas entre a gestão e o ministério da saúde 4-Há problemas com o conselho municipal de saúde 5-Não há problemas quanto ao repasse 6-Não há repasse para as equipes da AB 7-Outros	Nominal
Que outros atores, além dos citados na questão 16, tem apresentado dificuldade na relação devido ao repasse financeiro do PMAQ-AB?	1-Profissionais da especialidades de outros serviços (farmácia, policlínica, caps e pronto atendimento querem receber PMAQ	Nominal
Especifique quais os problemas citados na questão 14, referentes ao 1º ciclo	1-Valor da gratificação por categoria 2-Não alcance de metas 3-Periodicidade	Nominal
Especifique quais os problemas citados na questão 14, referentes ao 2º ciclo	1-Valor da gratificação por categoria	Nominal

	2-Não alcance de metas 3-Periodicidade	
Especifique quais os problemas citados na questão 14, referentes ao 3º ciclo	1-Valor da gratificação por categoria 2-Não alcance de metas 3-Periodicidade	Nominal
Considerando o 1º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar acesso)	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal
Considerando o 1º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar eficiência)	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal
Considerando o 1º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar processos de trabalho)	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal
Considerando o 1º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar resultados em saúde)	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal
Considerando o 1º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar satisfação do usuário)	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal
Considerando o 1º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar satisfação)	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal
Considerando o 2º ciclo, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB para as equipes tem incentivado a qualificação da Atenção Básica? (Melhorar	1-Não incentiva nenhuma melhora 2-Indiferente 3-Incentiva a melhora	Ordinal

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

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

Quadro 2: Variável dependente do estudo.

Variável		Tipo
Média das Equipes		Quantitativa contínua
Categorização da variável dependente	0-Notas acima da mediana (>6,358) 1-Notas abaixo da mediana (<6,358)	Qualitativa ordinal

APÊNDICE B

SCRIPT USADO NO SFTWARE R

```

library(Epi)
library(pROC)
library(caret)
library(ResourceSelection)
library(modEvA)
library(faraway)
library(caret) # matriz de confusÃ£o
library(descr)

library(readxl)
banco1 <- read_excel("BANCO_3ciclo.xlsx", na="NA")
attach(banco1)
summary(banco1)
names(banco1)

ind_c3 <- as.factor(ifelse(banco1$media3 < median(banco1$media3),0,1))

## RegressÃ£o LogÃstica (RL)

banco1$Quest.11.3 <- ifelse(banco1$Quest.11.3==5,0,1)
banco1$Quest.10.3 <- ifelse(banco1$Quest.10.3==2 | banco1$Quest.10.3==4,0,1)
banco1$Quest.10 <- ifelse(banco1$Quest.10==2 ,0,1)
banco1$Quest.14.3 <- ifelse(banco1$Quest.14.3==5,0,1)
banco1$Quest.13.3 <- ifelse(banco1$Quest.13.3==5,0,1)

teste <- cbind.data.frame(ind_c3, banco1$Quest.10.3, banco1$Quest.12.3.9_,
banco1$Quest.13.3, banco1$Quest.14.3) # inclui a variÃ¡vel no mesmo banco
dim(teste)
teste2 <- na.omit(teste)
dim(teste2)

```

```

names(teste2)
summary(teste2)

teste2$`banco1$Quest.12.3.9_` <- ifelse(teste2$`banco1$Quest.12.3.9_` == 2,0,1)

f <- as.formula(as.factor(teste2$ind_c3) ~ as.factor(teste2$`banco1$Quest.10.3`) +
as.factor(teste2$`banco1$Quest.12.3.9_`) + as.factor(teste2$`banco1$Quest.13.3`) +
as.factor(teste2$`banco1$Quest.14.3`))
modelo <- glm(f,binomial(link="logit"),banco1)
summary(modelo)

# Teste de ajuste do modelo - teste Hosmer e Lemeshow
# Hipótese nula de que o modelo está bem ajustado

hl=hoslem.test(modelo$y,fitted(modelo),g=10)
hl

roc1=plot.roc(modelo$y,fitted(modelo))

plot(roc1,
print.auc=TRUE,
auc.polygon=TRUE,
grid=c(0.1,0.2),
grid.col=c("green","red"),
max.auc.polygon=TRUE,
auc.polygon.col="lightgreen",
print.thres=TRUE,xlab = "Especificidade", ylab = "Sensibilidade")

optimal_lr.eta=function(x){
no=which.max(x$sensitivities+x$specificities)[1]
result=x$thresholds[no]
result
}

```

```
cutpoint <- optimal_lr.eta(roc1)

y_chapeu <- as.numeric(na.omit(ifelse(modelo$fitted.values > cutpoint,"1","0")))
y <- as.numeric(modelo$y)
confusionMatrix(as.factor(y_chapeu), as.factor(y), positive="1")

# Razão de chance
exp(modelo$coefficients)
#exp(cbind(OR=coef(modelo), confint(modelo)))

#vif(modelo)
```

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTOS DO PMAQ NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOBRE O REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DE SAÚDE

Pesquisador: Juliana Sampaio

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90331418.6.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Ampliação da amostra do projeto

Justificativa: Solicitamos a autorização para ampliar a amostra do projeto, incluindo todos os

Data do Envio: 14/09/2018

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.960.514

Apresentação da Notificação:

A pesquisadora solicita autorização para ampliar a amostra do projeto, incluindo todos os gestores municipais de saúde do Brasil (5.324 municípios) que contratualizaram no 3º ciclo do PMAQ. Para tanto, será aplicado apenas o formulário dos gestores, e o mesmo será enviado on line para os gestores. Continuará sendo mantido o sigilo dos participantes e todos os cuidados éticos. Para a aplicação do instrumento, os gestores concordarão com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será apresentado como a primeira página do referido formulário. A continuação do instrumento será condicionada a aceitação do TCLE. Para o desenvolvimento da pesquisa, já contamos com a anuência do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Seguem em anexo as referidas cartas de anuências.

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)3216-7617 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

ANEXO B

PARECER DE APROVAÇÃO DE ACESSO AO BANCO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Dados do Pedido	
Protocolo	25820001470202010
Solicitante	André Wagner Dantas Rodrigues
Data de Abertura	17/02/2020 17:54
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	09/03/2020
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Informações de resultados do PMAQ-AB referentes aos três ciclos de avaliação.
Detalhamento	Boa tarde, eu já enviei uma solicitação para ter acesso aos dados referentes as notas das equipes participantes do PMAQ nos três ciclos de avaliação, obtive resposta de que seria possível, e me pediram para assinar e enviar um termo para confidencialidade das informações para um email "cgmatp@saude.gov.br" para que o banco fosse compartilhado por Google Drive. e até agora não obtive resposta alguma, nem de recebimento do pedido. Preciso dos dados com uma certa urgência para poder organizar os dados e utilizar na minha dissertação, e gostaria muito de uma resposta.
Dados da Resposta	
Data de Resposta	04/03/2020 16:17
Tipo de Resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de Resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	<p>Prezado Cidadão,</p> <p>Em atendimento à sua solicitação, a Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária confirma o recebimento do termo de responsabilidade assinado e envia os dados solicitados.</p> <p>Na demanda LAI foi solicitado notas das equipes sem especificação de localidade, porém no envio do termo de responsabilidade, foi solicitado pelo pesquisador apenas os dados do Estado da Paraíba, que são os dados em planilha anexa.</p> <p>Reforçamos que os dados enviados são sigilosos, devendo ser enviados por fonte segura, mantendo a confidencialidade da informação.</p>
Responsável pela Resposta	Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária
Destinatário do Recurso de Primeira Instância:	Secretário De Atenção Primária à Saúde
Prazo Limite para Recurso	16/03/2020
Classificação do Pedido	
Categoria do Pedido	Saúde
Subcategoria do Pedido	Participação e controle social em saúde
Número de Perguntas	1

ANEXO C

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GESTORES

1. Dados de Identificação:

1.a. Nome: _____

1.b. Idade: _____

1.c. Sexo: _____

1.d. Cargo/Função na Secretaria de Saúde: _____

2. Os recursos financeiros do PMAQ-AB são usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não ● NS/NR

3. Além do PMAQ, existe outro incentivo financeiro adicional à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado a avaliação de desempenho para as equipes da Atenção Básica (EqAB)?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Sim, qual: _____ ● Não ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim, qual: _____ ● Não ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim, qual: _____ ● Não ● NS/NR

4. O incentivo financeiro por desempenho é concedido exclusivamente para equipes da Atenção Básica participantes do PMAQ-AB?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não, para quem mais: _____ ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim, qual: _____ ● Não, para quem mais: _____ ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim, qual: _____ ● Não, para quem mais: _____ ● NS/NR

5. O objetivo **prioritário** do incentivo financeiro por desempenho é:

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar acesso ● Melhorar eficiência ● Melhorar processos de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar acesso ● Melhorar eficiência ● Melhorar processos de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar acesso ● Melhorar eficiência ● Melhorar processos de trabalho

<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar resultados em saúde ● Melhorar satisfação do usuário ● Melhorar satisfação do profissional ● Outro: _____ ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar resultados em saúde ● Melhorar satisfação do usuário ● Melhorar satisfação do profissional ● Outro: _____ ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Melhorar resultados em saúde ● Melhorar satisfação do usuário ● Melhorar satisfação do profissional ● Outro: _____ ● NS/NR
--	--	--

6. Há no município alguma normativa que regule o repasse dos incentivos financeiros do PMAQ para as equipes de saúde?

- Desde o primeiro ciclo
- Desde o segundo ciclo
- A partir do terceiro ciclo
- Não existe normativa
- NS/NR

7. Qual a normativa existente em cada ciclo? (coletar uma cópia da normativa)

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Lei municipal do PMAQ ● Portaria da Secretaria de Saúde ● Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde ● Outros: _____ ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lei municipal do PMAQ ● Portaria da Secretaria de Saúde ● Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde ● Outros: _____ ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lei municipal do PMAQ ● Portaria da Secretaria de Saúde ● Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde ● Outros: _____ ● NS/NR

8. Você sabe qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ é repassada para as equipes de atenção básica?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Até 10% do valor recebido pelo município ● 10 a 20% do valor recebido pelo município ● 20 a 30% do valor recebido pelo município ● 30 a 40% do valor recebido pelo município 	<ul style="list-style-type: none"> ● Até 10% do valor recebido pelo município ● 10 a 20% do valor recebido pelo município ● 20 a 30% do valor recebido pelo município ● 30 a 40% do valor recebido pelo município 	<ul style="list-style-type: none"> ● Até 10% do valor recebido pelo município ● 10 a 20% do valor recebido pelo município ● 20 a 30% do valor recebido pelo município ● 30 a 40% do valor recebido pelo município

<ul style="list-style-type: none"> ● 40 a 50% do valor recebido pelo município ● 50 a 60% do valor recebido pelo município ● 60 a 70% do valor recebido pelo município ● 70 a 80% do valor recebido pelo município ● 80 a 90% do valor recebido pelo município ● 90 a 100% do valor recebido pelo município ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● 40 a 50% do valor recebido pelo município ● 50 a 60% do valor recebido pelo município ● 60 a 70% do valor recebido pelo município ● 70 a 80% do valor recebido pelo município ● 80 a 90% do valor recebido pelo município ● 90 a 100% do valor recebido pelo município ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● 40 a 50% do valor recebido pelo município ● 50 a 60% do valor recebido pelo município ● 60 a 70% do valor recebido pelo município ● 70 a 80% do valor recebido pelo município ● 80 a 90% do valor recebido pelo município ● 90 a 100% do valor recebido pelo município ● NS/NR
--	--	--

9. Como é utilizado o restante do incentivo do PMAQ (não repassado para as equipes)? (pode marcar mais de uma opção)

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Repassado para gestores da ABS <input type="radio"/> Em Obras das UBS <input type="radio"/> Em processos de EPS para a ABS <input type="radio"/> Em compra de medicamentos e insumos <input type="radio"/> Em investimentos não especificados na ABS <input type="radio"/> Outros: _____ <input type="radio"/> NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Repassado para gestores da ABS <input type="radio"/> Em Obras das UBS <input type="radio"/> Em processos de EPS para a ABS <input type="radio"/> Em compra de medicamentos e insumos <input type="radio"/> Em investimentos não especificados na ABS <input type="radio"/> Outros: _____ <input type="radio"/> NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Repassado para gestores da ABS <input type="radio"/> Em Obras das UBS <input type="radio"/> Em processos de EPS para a ABS <input type="radio"/> Em compra de medicamentos e insumos <input type="radio"/> Em investimentos não especificados na ABS <input type="radio"/> Outros: _____ <input type="radio"/> NS/NR

10. Essa forma está prevista na normativa do PMAQ?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sim ● Não ● NS/NR

11. A concessão do incentivo financeiro por desempenho às EqABS está condicionada **prioritariamente**:

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:

<ul style="list-style-type: none"> • Ao resultado da avaliação externa do PMAQ-AB • Ao alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre) • Ao alcance de metas relativas (ex: aumento percentual em relação ao período anterior do número de consultas por mês/trimestre/semestre) • A algum tipo de ranqueamento relativo (ex: apenas as equipes melhor 'classificadas' no mês/trimestre/semestre serão beneficiadas) • Outros: _____ • Todas as equipes da ABS recebem igual • NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> • Ao resultado da avaliação externa do PMAQ-AB • Ao alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre) • Ao alcance de metas relativas (ex: aumento percentual em relação ao período anterior do número de consultas por mês/trimestre/semestre) • A algum tipo de ranqueamento relativo (ex: apenas as equipes melhor 'classificadas' no mês/trimestre/semestre serão beneficiadas) • Outros: _____ • Todas as equipes da ABS recebem igual • NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> • Ao resultado da avaliação externa do PMAQ-AB • Ao alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre) • Ao alcance de metas relativas (ex: aumento percentual em relação ao período anterior do número de consultas por mês/trimestre/semestre) • A algum tipo de ranqueamento relativo (ex: apenas as equipes melhor 'classificadas' no mês/trimestre/semestre serão beneficiadas) • Outros: _____ • Todas as equipes da ABS recebem igual • NS/NR
--	--	--

12. Nas equipes da ABS, como é definido o repasse do incentivo do PMAQ?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> • Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo • Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo • Outros: _____ • NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> • Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo • Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo • Outros: _____ • NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> • Valor fixo para todos os profissionais que recebem o incentivo • Percentual sobre a remuneração mensal individual de cada profissional que recebe o incentivo • Outros: _____ • NS/NR

13. Para quais profissionais das equipes de ABS o incentivo é repassado

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> • Apenas para o médico • Para profissionais de nível superior • Para profissionais de nível 	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas para o médico • Para profissionais de nível superior • Para profissionais de nível 	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas para o médico • Para profissionais de nível superior • Para profissionais de nível

superior e técnico <input type="radio"/> Para todos os membros da equipe <input type="radio"/> Para toda a equipe e profissionais do NASF <input type="radio"/> Para toda a equipe e gerente/apoio <input type="radio"/> NS/NS	superior e técnico <input type="radio"/> Para todos os membros da equipe <input type="radio"/> Para toda a equipe e profissionais do NASF <input type="radio"/> Para toda a equipe e gerente/apoio <input checked="" type="radio"/> NS/NS	superior e técnico <input type="radio"/> Para todos os membros da equipe <input type="radio"/> Para toda a equipe e profissionais do NASF <input type="radio"/> Para toda a equipe e gerente/apoio <input type="radio"/> NS/NS
--	---	--

14. Quanto à magnitude, o incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a:

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Menos que 10% da remuneração mensal individual ● 10-20% da remuneração mensal individual ● 20-30% da remuneração mensal individual ● 30-50% da remuneração mensal individual ● 50-70% da remuneração mensal individual ● 70-100% da remuneração mensal individual ○ NS/NR ○ Outros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 10% da remuneração mensal individual ● 10-20% da remuneração mensal individual ● 20-30% da remuneração mensal individual ● 30-50% da remuneração mensal individual ● 50-70% da remuneração mensal individual ● 70-100% da remuneração mensal individual ● NS/NR ● Outros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 10% da remuneração mensal individual ● 10-20% da remuneração mensal individual ● 20-30% da remuneração mensal individual ● 30-50% da remuneração mensal individual ● 50-70% da remuneração mensal individual ● 70-100% da remuneração mensal individual ● NS/NR ● Outros: _____

15. Qual a periodicidade em que a avaliação para a concessão do incentivo financeiro por desempenho é realizada:

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● Mensalmente ● Bimestralmente ● Trimestralmente ● Semestralmente ● Anualmente ● Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mensalmente ● Bimestralmente ● Trimestralmente ● Semestralmente ● Anualmente ● Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mensalmente ● Bimestralmente ● Trimestralmente ● Semestralmente ● Anualmente ● Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB

16. O repasse de recurso financeiro do PMAQ tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos?

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● NS/NR 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● NS/NR

17. Favor, detalhar os problemas citados na questão anterior:

No 1º Ciclo:	No 2º Ciclo:	No 3º Ciclo:
●	●	●

18. De 0 a 10, como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ para as Equipes de AB tem incentivado a qualificação da ABS? (Marque 0 para não incentiva nenhuma melhora e 10 para incentiva fortemente a melhora)

No 1º Ciclo:	Melhorar acesso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar eficiência: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar processos de trabalho: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar resultados em saúde: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar satisfação do usuário: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar satisfação do profissional: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No 2º Ciclo:	Melhorar acesso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar eficiência: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar processos de trabalho: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar resultados em saúde: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar satisfação do usuário: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar satisfação do profissional: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No 3º Ciclo:	Melhorar acesso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhorar eficiência: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	Melhorar processos de trabalho: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhorar resultados em saúde: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhorar satisfação do usuário: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Melhorar satisfação do profissional: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10