



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

EMMANUELLA COSTA DE AZEVEDO MELLO

**CONFLITOS NO REPASSE FINANCEIRO DO 3º CICLO DO PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ- AB) NA PARAÍBA**

João Pessoa – PB

2022

EMMANUELLA COSTA DE AZEVEDO MELLO

**CONFLITOS NO REPASSE FINANCEIRO DO 3º CICLO DO PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ- AB) NA PARAÍBA**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado – do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba.

Área de Concentração:

Modelos de Decisão e Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. Jozemar Pereira de Souza

Prof. Dr. Luciano Bezerra

Coorientador:

Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite

João Pessoa – PB

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M527c Mello, Emmanuella Costa de Azevedo.

Conflitos no repasse financeiro do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) na Paraíba / Emmanuella Costa de Azevedo Mello. - João Pessoa, 2022.
74 f. : il.

Orientação: Jozemar Pereira de Souza, Orientação: Luciano Bezerra.

Coorientador: José Carlos de Lacerda Leite, Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Saúde - Trabalho. 2. Atenção básica. 3. Equipe de saúde - Pagamento por performance. I. Souza, Jozemar Pereira de. II. Bezerra, Luciano. III. Leite, José Carlos de Lacerda. IV. Título.

UFPB/BC

CDU 614:331(043)

Ata da Sessão Pública de Defesa de
Dissertação de Mestrado de
**EMMANUELLA COSTA DE AZEVEDO
MELLO**, candidata ao Título de Mestre em
Modelos de Decisão e Saúde, realizada em
30 de março de 2022.

Ao trinta dias do mês de março de dois mil e vinte e dois, às dez horas, em sala virtual na plataforma Google Meet, reuniram-se os membros da Banca Examinadora constituída para examinar a candidata ao grau de Mestre em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na linha de pesquisa "**Modelos de Decisão**", a Srta. **Emmanuella Costa de Azevedo Mello**. A Banca Examinadora composta pelos professores doutores: Luciano Bezerra Gomes (DPS/UFPB), como orientador e presidente da Banca Examinadora, José Carlos de Lacerda Leite (DEST/UFPB), como examinador interno, Juliana Sampaio (DPS/UFPB), como examinadora interna e Ricardo de Sousa Soares (DPS/UFPB), como examinador externo. Dando início aos trabalhos, o presidente da banca cumprimentou os presentes, comunicou aos mesmos a finalidade da reunião e passou a palavra à candidata para que se fizesse, oralmente, a exposição do trabalho de dissertação intitulado "**CONFLITOS NO REPASSE FINANCEIRO DO 3º CICLO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ- AB) NA PARAÍBA**". Concluída a apresentação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora que emitiu o parecer "**APROVADA**". Sendo assim, após a candidata proceder às devidas correções exigidas pela Banca Examinadora no prazo máximo de **30 dias** e depositar as cópias finais da dissertação, deverá a Coordenação expedir uma declaração de conclusão do Programa e a Universidade Federal da Paraíba deverá expedir o respectivo diploma de Mestra em Modelos de Decisão e Saúde, na forma da lei. E, para constar, o Prof. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho, Sr. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, lavrou a presente Ata, que vai assinada por ele e pelos demais membros da Banca Examinadora. João Pessoa, 30 de março de 2022.

Prof. Luciano Bezerra Gomes _____
Orientador e Presidente

Prof. José Carlos de Lacerda Leite _____
Examinador Interno

Profa. Juliana Sampaio _____
Examinadora Externa

Prof. Ricardo de Sousa Soares _____
Examinador Externo

Emitido em 30/03/2022

ATA N° 88/2022 - PPGMDS (11.01.14.54)
(N° do Documento: 88)

(N° do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 04/04/2022 20:59)
JOSE CARLOS DE LACERDA LEITE
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
588112

(Assinado digitalmente em 05/04/2022 15:22)
RICARDO DE SOUSA SOARES
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
1063135

(Assinado digitalmente em 04/04/2022 17:15)
LUIZ MEDEIROS DE ARAUJO LIMA FILHO
COORDENADOR DE CURSO
1724406

(Assinado digitalmente em 04/04/2022 08:26)
LUCIANO BEZERRA GOMES
CHEFE DE DEPARTAMENTO
2370877

(Assinado digitalmente em 06/04/2022 08:50)
JULLANA SAMPAIO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
1306094

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número:
88, ano: **2022**, documento (espécie): **ATA**, data de emissão: **04/04/2022** e o código de verificação: **11f87f1d3d**

Dedico este trabalho aos meus filhos **Pedro** e **Beatriz**, que mesmo tão inocentes desse mundo, souberam me esperar, e sem entenderem de um cálculo estatístico sempre acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por tudo, até mesmo por Ele nunca ter desistido de mim, quando eu mesma desisti. Se não fosse Ele eu não estaria aqui.

Agradeço a minha família, que soube entender as minhas ausências e que me apoiaram em todo esse processo. Aos meus filhos, que sempre acharam o máximo eu estudar em uma escola tão grande como a UFPB, e acharem que lá teria vários parques de diversão. Ao meu esposo que assumiu todos os afazeres em cuidar dos meninos, quando a disciplina do Professor Ronney consumiu as minhas horas.

Aos amigos que fiz no MDS, André, Rayana, Adriana, que tiveram toda a dedicação em me acolher quando a pandemia destruiu meu projeto de dissertação e eu tive que trocar de temática. André, muito obrigado por todas as noites que ficamos no Skype construindo linha por linha de um sonho.

Não poderia deixar de agradecer aos meus orientadores ao Professor Jozemar e ao Professor Luciano, uma honra ser aluna de vocês. Luciano é meu exemplo de vida, de conhecimento. Aos membros da banca meus sinceros agradecimentos por participarem da contribuição desse trabalho. Em especial não poderia deixar de mencionar a professora Juliana, que em todos os momentos sempre foi solícita e esteve abrindo minha mente para novas ideias e novos horizontes, jamais vou ter palavras para agradecer à senhora. Ao professor José Carlos que no momento de desespero me ajudou de uma forma magistral, jamais teria entendido sobre regressão logística se não fosse o senhor.

Aos amigos que mesmo sem entender os porquês do mestrado estiveram comigo, me dando tranquilidade, e sempre me dizendo que eu conseguiria, mesmo quando eu não acreditava que esse dia chegaria. A todos, meu muito obrigada.

A leitura de todos os bons livros é uma conversação
com as mais honestas pessoas dos séculos passados.
René Descartes

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) visava alterar o processo de trabalho das equipes da AB participantes do programa através de mecanismos de avaliação, intervenção e certificação, aliados à transferência de recursos. Tornando-se um modelo inovador de remuneração por desempenho, diferente do processo tradicional na saúde, e neste caso fica claro que o desempenho no trabalho é considerado vital. Este estudo tem como objetivo: analisar os conflitos produzidos pelos modelos de repasses financeiro do 3º Ciclo do PMAQ-AB nos municípios da PB, na perspectiva dos trabalhadores envolvidos no programa. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico. 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”. A pesquisa é composta por dados primários, extraídos de uma investigação realizada com gestores e trabalhadores que compõem a força de trabalho da atenção básica dos municípios da Paraíba, no ano de 2018. Do banco dos trabalhadores, com 840 trabalhadores, foram excluídos da amostra de trabalhadores que não desejaram participar da pesquisa e questionários respondidos em duplicidade, restando assim 810 trabalhadores. Os dados gerados pelo questionário foram transformados em tabela e exibidos em planilha (Microsoft Office Excel 2013), sendo posteriormente analisados e classificados pelo software de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Science, versão 20.0). Todas as variáveis propostas foram analisadas por meio do método de regressão logística para determinar quais variáveis mais contribuem para os resultados. Verifica-se que a maior parte do incentivo recebido pelo município é utilizada no repasse às equipes de saúde da atenção básica, bem como na utilização em obras e reformas das unidades de saúde. Também foi possível verificar a existência dos conflitos devido aos repasses do PMAQ-AB, onde a maior parte dos profissionais alegou ter problemas com a gestão, demonstrando assim uma possível debilidade nos processos de gestão, bem como na comunicação entre gestor e profissionais de saúde. Dentre os fatores relacionados à geração de conflitos, os principais foram: a forma como é utilizado o restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes), sendo importante destacar que essa variável consiste em vários meios em que o valor foi empregado; e se essa forma de emprego do valor estava prevista na normativa do PMAQ-AB.

Palavras-chave: Pagamento por performance; Trabalho em saúde; Conflitos; PMAQ-AB.

ABSTRACT

The PMAQ-AB aimed to change the work process of the team that adheres to the plan through the evaluation, request and verification mechanism, based on their performance in the various aspects of implementation and development, together with the transfer of resources. It becomes an innovative pay-for-performance model, different from the traditional process in health, and in this case it is clear that job performance is considered vital. This study aims to: analyze the results of the models of financial transfers of the 3rd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in the municipalities of PB, from the perspective of workers obliged in the program. This is a cross-sectional, descriptive and analytical study. The study is an excerpt from the research: "Impacts of the PMAQ-AB on Primary Care: analysis of the application of the financial incentive for performance to health teams in Brazil". The research is composed of primary data, extracted from an investigation carried out with managers and workers who make up the workforce of primary care in the municipalities of Paraíba, in 2018. The workers' bank, has 840 workers, were excluded from the sample workers who did not wish to participate in the research and questionnaires answered in duplicate, leaving 810 workers. The data generated by the questionnaire were transformed into a table and changed into a spreadsheet (Microsoft Office Excel 2013), being possible and classified by the statistical analysis software SPSS (Statistical Package for Social Science, version 20.0). All proposed variables were analyzed using the logistic regression method to determine which variables contributed the most to the results. It was pointed out that most of the incentive for promotion by the municipality and use does not pass on to primary care health teams, as well as in use in works and renovations of health units. It was also possible to verify the existence of conflicts due to transfers from the PMAQ-AB, where most professionals claimed to have problems with management, thus demonstrating a possible weakness in management processes, as well as in the communication between manager and health professionals. Since the factors related to the generation of conflicts are a financial format as is used or the rest of the PMAQ-AB incentive (not passed on to the teams), it is important to highlight that this variable consists of several means in which the value was used; whether this form of use of the value is provided for in the PMAQ-AB regulations.

Keywords: Pay for performance; Health work; Conflicts; PMAQ-AB.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Apresentação da organização das fases do PMAQ-AB no 3º ciclo.....	16
Quadro 1: Variáveis de caracterização do problema.....	29
Tabela 1. Repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para as equipes de saúde.....	37
Tabela2. Repasse de outro incentivo financeiro, além do PMAQ-AB.....	38
Tabela3. Existência de Normativa para Repasse do Incentivo Financeiro do PMAQ....	39
Tabela4. Critérios para o repasse financeiro às equipes de saúde da AB.....	42
Tabela5. Periodicidade para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB.....	43
Tabela6. Conflitos existentes a partir do repasse do Incentivo financeiro do PMAQ....	45
Tabela 07. Variáveis na Equação em relação ao restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes).....	46
Tabela 08. Variáveis na Equação forma está prevista na normativa do PMAQ-AB.....	48
Tabela 9. Variáveis na Equação tem incentivado a qualificação da Atenção Básica, (satisfação do profissional).....	49
Quadro 2. Variáveis explicativas do modelo de regressão logística.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
3.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ- AB).....	16
3.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO.....	20
3.3 TRABALHO EM SAÚDE.....	23
3.4 MODELOS DE DECISÃO EM SAÚDE.....	27
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	29
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	29
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.3 FONTES DOS DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	30
4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E MONTAGEM DA BASES DOS DADOS.....	31
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DESCRITIVA DO ESTUDO.....	37
5.2 ANÁLISE DO MODELO LÓGICO.....	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS.....	70

1 INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma-Ata em 1978 considerava os cuidados básicos de saúde uma estratégia básica para promover a reforma da saúde em muitos países, incluindo o Brasil, as ações desenvolvidas atualmente nesse nível de atenção, além de reorganizar o sistema de saúde, mantêm vivo o debate acerca de sua função, destacando-se a necessidade de fortalecer suas potencialidades e superar seus desafios (BEZERRA; MEDEIROS, 2018).

Como peça importante do sistema de saúde, temos a Atenção Básica (AB) que segundo Bezerra e Medeiros (2018), esta é desenvolvida por meio de tecnologias simples e de baixo custo. Apresenta uma resolutividade de aproximadamente 85% dos problemas de saúde contribuindo com a rede atenção tornando assim, a AB um mecanismo eficiente para as políticas públicas de saúde e reorganização dos sistemas de saúde de diversos países.

A Atenção Básica, para o Ministério da Saúde (MS), deve ser estruturada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2016).

A situação da saúde pública no Brasil é influenciada por diversos impactos sociais, políticos e econômicos vivenciados ao longo de décadas. Na perspectiva de melhorar o SUS, o governo federal, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade da atenção primária à saúde (APS), estabeleceu em 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo Decreto GM/MS nº 1.654 para atingir níveis de qualidade semelhantes em todas as regiões do país (FLORES et al., 2018).

O objetivo principal do programa era ampliar a utilização da AB e melhorar sua qualidade, promovendo o estabelecimento de padrões de qualidade comparáveis em todo o país; além disso, o objetivo do PMAQ-AB era atender às necessidades dos usuários, facilitar o acesso ao setor saúde e prestar serviços de qualidade. Para tanto, o programa visava fortalecer a gestão da AB (FLORES et al., 2018).

O PMAQ-AB visava alterar o processo de trabalho da equipe que aderira ao plano através de mecanismos de avaliação, intervenção e certificação, aliadas à transferência de recursos (BERTUZO; RIZOTTO, 2018).

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).

O PMAQ-AB tornou-se um modelo inovador de remuneração por desempenho, diferente do processo tradicional na saúde, e neste caso fica claro que o desempenho no trabalho é considerado vital. São muitas as razões para usar a remuneração para melhorar o desempenho dos serviços da rede básica, desde o aumento da motivação pessoal, porque os recursos são variáveis e individualizados. Essa modalidade de pagamento considerada também, como um processo que trazer transparência para o cidadão mostrando que a administração pública é constantemente avaliada (ARMOND, 2017).

Nos últimos anos, alguns estudos embasam resultados do pagamento por desempenho mostrando que sua força para melhorar a produção age de formas diferentes. Um exemplo é o efeito incentivo, que traz uma concepção de impacto positivo no aspecto emocional, causando motivação (ASSIS, 2012).

No estudo de Fontenele (2010), mostrou que a avaliação que foi atribuída ao desempenho, recompensas financeiras aos resultados, gerou polêmica nas discussões salariais. Também é possível citar conflitos internos em concursos de premiações individuais, que dificultam o trabalho em equipe, pois, determinados servidores receberão premiações individuais e os resultados obtidos em coletivos podem deixar de ser uma prioridade (GEHARDT, 2009).

O conflito é uma constante no dia a dia de uma equipe, é algo próprio, inerente à convivência e ao trabalho. No entanto, se gerenciado adequadamente, pode resultar em uma equipe saudável, pois se torna uma oportunidade para os participantes aprenderem e crescerem. No entanto, conflitos mal gerenciados podem afetar negativamente o desempenho e a convivência da equipe. (PEGORARO, 2016).

Ao definir o conceito, Cecílio (2005) enfatizou que o conflito é sempre consciente, e a geração e o desenvolvimento do conflito dependem da posição dos participantes na organização e de suas intenções opostas. Os conflitos são apresentados como fenômenos, fatos, ou seja, comportamentos que constituem "ruídos" na vida organizacional, e podem ser observados ou encobertos.

Os conflitos de interesses na saúde ganharam notoriedade na literatura a partir da década de 1980, devido aos interesses financeiros, como também devido aos dilemas éticos. Estes podem ocorrer por insatisfação de um empregado, gerente e/ou executivo com outros profissionais, com o modelo de gestão ou com os procedimentos de conduta (FEREIRA; REIS NETO, 2015).

Autores como Vendemiatti et al., (2010), afirmam que de certa forma, os conflitos estão presentes no dia a dia organizacional, fazendo-se necessários que os gestores busquem por alternativas que otimizem os impactos gerados pelos conflitos, tanto na organização como para o indivíduo.

Diante do exposto este estudo busca responder a seguinte questão norteadora: Quais conflitos presentes no repasse financeiro do 3º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) nos municípios da PB?

1.1 JUSTIFICATIVA

No trabalho em saúde da AB, os profissionais se deparam com dificuldades na gestão e gestão de pessoal, falta de postos de trabalho e materiais para atender as necessidades da população, levando à sua insatisfação e conflito, o que pode levar ao aumento da carga de trabalho, o desgaste do profissional de saúde e os resultados dos cuidados que ele prestada (SORATTO et al., 2018).

Cunha e Leitão (2012) afirmam que os conflitos podem ser encarados como oportunidades nas seguintes situações: estimular a criatividade e a identidade do grupo, como a lealdade; focar nos problemas que precisam ser resolvidos; e criar oportunidades. Durante o processo conflituoso, a relação entre as partes envolvidas pode produzir uma série de ambiguidades, estabelecendo uma relação hostil entre as partes em conflito, o que dificulta a comunicação, fazendo com que o conflito extrapolasse o problema original (SALES et al., 2007).

O conflito é parte integrante de qualquer relacionamento, seja no âmbito familiar, círculos de amizade, como também no ambiente de trabalho. Portanto, é necessário compreender e estudar os conflitos e desenvolver técnicas cada vez mais eficazes para gerenciá-los, evitando o escalamento do mesmo (CUNHA, 2008; SHAMIR, 2005).

No cotidiano do trabalho em saúde, as interações entre os trabalhadores e entre eles e a gestão nem sempre levam ao entendimento e o conflito não é incomum. Em seu trabalho teórico, Habermas (2001) baseia-se em uma abordagem dialética, com uma atitude

perpetuamente crítica, reconhecendo tensões e conflitos em interações onde os acordos normativos são problematizados e rompidos.

A racionalidade gerencial hegemônica afirma que existe uma teoria transcendental de resolução desse conflito, ocultando-o ou desvalorizando-o, e tendendo a convidar os trabalhadores a abrir mão de seus interesses e aspirações (CUNHA; CAMPOS, 2010). A abordagem Paidéia politiza a gestão porque reconhece o conflito e não busca moralizar os interesses envolvidos. Aposta na ideia de que, por um lado, infelizmente, é possível a viabilização de organizações de trabalho que ignoram violentamente os interesses de trabalhadores e usuários, e por outro lado, esse tipo de organização é apenas uma construção histórica. do possível, de forma alguma necessário (CUNHA et al., 2014).

Os conceitos teóricos e metodológicos da Paideia visam compreender e intervir nas dimensões do poder, do saber e da emoção. Pode ser aplicado à política, gestão, pedagogia, saúde pública e clínica. Buscar o Efeito Paideia: este é um trabalho feito para expandir a capacidade das pessoas de processar informações, interpretá-las e entender a si mesmas, aos outros e ao meio ambiente. Assim, promovendo a capacidade de tomar decisões, lidar com conflitos, construir compromissos e contratos; e, por fim, ampliar as possibilidades de atuação dessas pessoas em todas essas relações (CUNHA et al., 2014).

Esta pesquisa justifica-se por haver a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca de que desenho do repasse financeiro do PMAQ-AB que produz mais conflito. O estudo se torna relevante, por haver uma escassez de dados disponíveis e estudos que avaliem os conflitos no repasse financeiro do PMAQ-AB.

A avaliação do PMAQ sob a ótica dos profissionais envolvidos contribui para o aprimoramento dos programas, visto que são eles que lidam com a realidade diária do sistema de saúde do município. O estado da Paraíba foi escolhido para este trabalho, a escolha do estado justifica-se pelas suas características, possuindo uma cobertura da ESF estimada de 94,64% da população, com 1.354 equipes de Saúde da Família implantadas. Além disto, possui 273 equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) cadastradas, das quais 142 são do tipo I, 55 do tipo II e 76 do tipo III, a quarta posição nacional em números absolutos de equipes NASF (SILVA et al., 2019), tornando-o assim, um estado representativo para uma pesquisa relacionada a atenção básica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os conflitos produzidos pelos modelos de repasses financeiro do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos municípios da PB, na perspectiva dos trabalhadores envolvidos no programa.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e descrever os conflitos existentes nas equipes de saúde dos municípios vinculados ao PMAQ e quais os atores envolvidos;
- Analisar se há relação entre os tipos de conflitos identificados e a maneira como os municípios executam o repasse dos incentivos financeiros do PMAQ.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

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

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

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

De acordo com Pinto, Sousa e Ferla (2014), a origem do PMAQ-AB se deu no início da gestão do governo Dilma, quando a AB passou a ser prioridade na política de governo, dada a observação de persistentes problemas, resultantes, principalmente, da insuficiência de recursos, das estruturas inadequadas das unidades de saúde, da falta e/ou utilização inadequada dos recursos de informática, da deficiência na acesso da atenção, das dificuldades para o desenvolvimento da intersetorialidade, e dos problemas relacionados à gestão do trabalho, à falta de profissionais especializados para este nível de atenção e à desvalorização da AB pelos usuários, se comparada aos demais níveis de atenção.

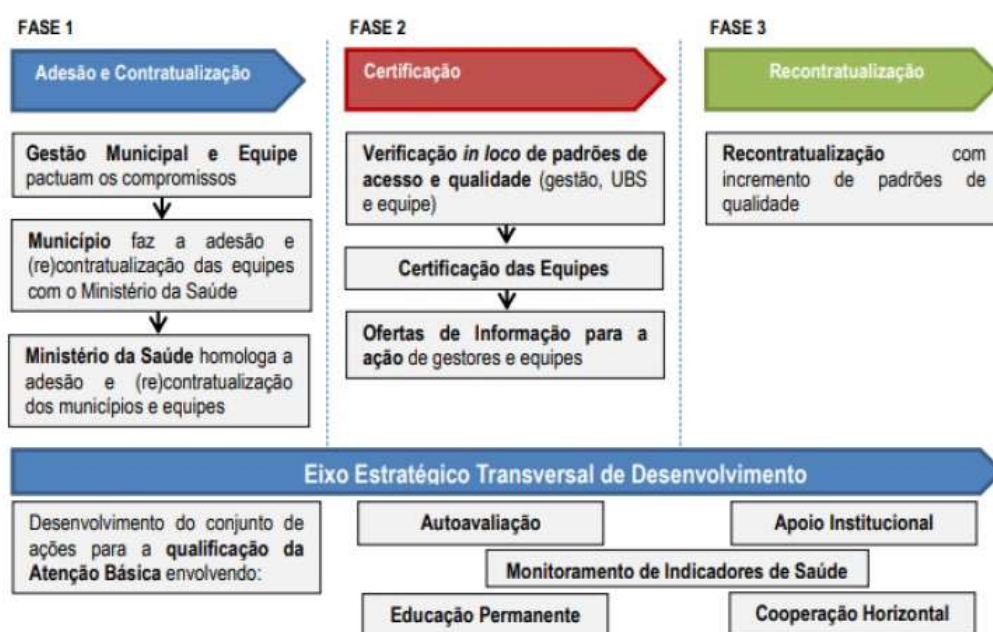
Sua criação se propõe a ampliar o acesso da população aos serviços da ABS, bem como garantir que a qualidade dos cuidados prestados neste âmbito avance positivamente. Para tanto, o programa propõe uma estratégia contínua e progressiva das práticas de gestão, cuidado e participação na atenção básica; tendo potencial de transformar os processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012).

Nos dois primeiros ciclos, o PMAQ-AB foi dividido em quatro fases, sendo elas: Adesão e contratualização; Desenvolvimento (auto avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); Avaliação externa; e Recontratualização, em um esquema que se completava, formando um ciclo contínuo (BRASIL, 2011). Houve uma mudança na estruturação no terceiro ciclo, com a portaria 1.545, de 2 de outubro de 2015, visando uma maior ênfase na fase de desenvolvimento, mudando assim, o programa que passou a ser

estruturado em três fases (Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento (BRASIL, 2015).

O programa era realizado em ciclos e se desenvolve em espiral, tem como objetivo avaliar os serviços de saúde e realizar auto avaliação, procurando mostrar a cada ciclo as ações do grupo avaliado no panorama federal. Cada ciclo consiste em fases com o mesmo objetivo, mas uma estrutura organizacional diferente para cada ciclo. Apresentamos um diagrama a seguir. Nesses diagramas tentamos mostrar o PMAQ-AB e sua forma de organização das fases do 3º ciclo (BRASIL, 2012; 2013; 2017).

Figura 1: Apresentação da organização das fases do PMAQ-AB no 3º ciclo



Fonte: Manual Instrutivo 3º ciclo PMAQ-AB, 2017.

Primeira fase – adesão e contratualização. Nesta fase, as equipes da ESF e equipes de AB de outras modalidades, desde que se incluam nos critérios estabelecidos, efetuam a adesão ao Programa pela contratualização de indicadores e compromissos a serem realizados pelas equipes de saúde, gestores municipais e MS, ao longo do ciclo que, em média, dura dois anos.

Após a fase de contratualização o município passa a receber mensalmente, o Componente de Qualidade do PAB Variável, por cada equipe nova contratualizada, através de transferência Fundo a Fundo, que para o 3º ciclo do PMAQ-AB, iniciado em 2016, corresponde aos seguintes valores por equipe: Atenção Básica sem Saúde Bucal, R\$ 1.700,00; Atenção Básica com Saúde Bucal, R\$ 2.200,00; Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo I,

R\$ 1.000,00; Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo II, R\$ 600,00; e Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo III, R\$ 400,00.

Entendida como um momento de reconhecimento dos esforços da equipe e do gestor municipal no sentido de melhorar a qualidade da AB assim, é apresentada a segunda fase do PMAQ-AB. Avaliando as condições de acesso e da qualidade das equipes, a certificação, aborda três aspectos, sendo eles: a) Avaliação externa de desempenho, cuja coleta de dados é feita por entrevistadores sob a coordenação de instituições de ensino e/ou pesquisa; b) Verificação da realização da auto avaliação; e c) Avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados no momento da adesão e/ou recontratualização. (BRASIL, 2015).

A avaliação externa consiste na coleta de dados dos seguintes módulos: Módulo I – Observação na Unidade de Saúde; Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde; e Módulo III – Entrevista com Usuário na Unidade de Saúde. Para as unidades com Saúde Bucal (SB) e NASF outros módulos são acrescidos: Módulo IV – Processo de trabalho dos profissionais do NASF; Módulo V – Condições de funcionamento das equipes de SB; e Módulo VI – Processo de trabalho das equipes de SB. Os instrumentos de avaliação externa incluem elementos relacionados à estrutura da UBS e às características ambientais, como disponibilidade de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos (a serem observados pelos entrevistadores) e relacionados à organização do processo de trabalho (a serem verificados por meio de entrevistas) com profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

A recontratualização é a que completa o ciclo, ou seja, no momento em que a equipe elabora o novo plano de ação e pactua indicadores e compromissos a serem desenvolvidos no período dos 18 meses seguintes, até a nova avaliação externa. Assim, o desempenho não será comparado somente ao das outras equipes, em nível nacional, mas também ao seu próprio desempenho (BRASIL, 2015).

Visto que o Programa se constitui de ciclos contínuos, que estimulam a equipe a buscar progressão a partir do resultado alcançado, torna-se possível definir como está a realidade da região e, com isso, promover níveis de comparação mais equitativos entre as equipes (BRASIL, 2015).

Portanto, o PMAQ-AB pode revelar-se uma importante ferramenta de avaliação que pode auxiliar os trabalhadores a melhorar a qualidade dos serviços prestados de acordo com as mudanças nos processos de trabalho. Como já mencionado, possui objetivos específicos voltados para a melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB, visando: melhorar a saúde das pessoas e sua satisfação com os serviços, facilitar o seu acesso aos serviços; boas práticas

padronizadas e organização da UBS ; Cumprir com o princípio da AB de buscar a eficiência e eficácia do SUS; fortalecer o processo de auto avaliação, monitoramento e avaliação, a eficácia da inteligência artificial e políticas ambientais nas três áreas de governo; uso qualificado de sistemas de informação; por meio do processo e dos resultados; Acompanhar, institucionalizar a cultura de avaliação da AB no SUS, melhorar a transparência dos processos de gestão, controle social dos profissionais e responsabilidades em saúde (BRASIL, 2012; 2013; 2017).

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

A notoriedade dada ao PMAQ-AB pela inovação por se tratar de uma estratégia que induz a uma cultura de avaliação e intervenção, vinculando incentivos financeiros ao desempenho profissional e prometendo ampliar o financiamento e estabelecer métricas e padrões para AB, sendo possível a comparação estatística de resultados alcançados por diferentes autoridades e equipes de saúde locais e em momentos diferentes (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; MOTA; DAVID, 2015; ROCHA et al., 2016).

Gomes e Merhy (2016) afirmam que se não houver interesse local e participação dos atores para fortalecer a AB, o PMAQ-AB não garante mudanças, porém, os municípios podem avançar no contexto da implantação de projetos mais democráticos e investir no desenvolvimento dos serviços públicos para alcançar esses objetivos.

Após o término do terceiro ciclo de avaliação, o PMAQ-AB teve seu fim decretado em 2019. O Ministério da Saúde aprovou a portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, lançando um novo modelo de financiamento da AB denominado Previner Brasil, que entrou em vigor em 2020 (BRASIL, 2019).

O Previner Brasil se trata de um modelo de financiamento misto, baseado em experiências de qualidade da AB no mundo, utilizando a capitação ponderada (modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária), pagamento por performance, incentivo para ações estratégicas e provimento de profissionais de saúde (HARZHEIM et al., 2020).

Com a mudança dos critérios de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, foi criada uma condição de transferência de recursos antes inexistentes para a APS, o

que tem impacto direto e indireto no sistema de saúde. Mesmo com aspectos modernizadores, a nova política de atenção primária à saúde, a adoção da capitação e avaliação de desempenho como critérios para calcular os pagamentos de transferências intergovernamentais parecem ser mais restritivos do que a elegibilidade dos serviços, consequentemente deve limitar a universalidade, aumentando as distorções de financiamento, a longo prazo, podendo gerar um agravamento no sub-financiamento público da saúde no país, retrocedendo no processo de redução de desigualdades em saúde (MASSUDA, 2020).

3.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO

O Pagamento por Performance, também chamado de Pagamento por Desempenho, ou *P4P*, é um modelo de remuneração que tem por objetivo recompensar os prestadores pela qualidade e adequação de atendimento ao paciente, e não pelo volume ou complexidade de serviços. Diante desta ótica, o *P4P* é uma importante ferramenta para relacionar pagamentos financeiros à melhoria da qualidade prestada (ABICALAFFE, 2015).

Para Medici, Abicalaffe e Tavares (2015), o *P4P* faz parte da cadeia de atuação que visa melhorar os resultados e a qualidade dos processos que envolvem a relação entre financiamento e prestação de serviços de saúde. Este modelo de remuneração tem apresentado resultados satisfatórios (BARRETO, 2015).

O *P4P* foi lançado no cenário internacional no final dos anos 90 com o objetivo de reavaliar os sistemas de saúde suplementar e público (TALEVI, 2018). Segundo Escrivão Junior e Kojama (2007), essa forma de pagamento se baseia em um sistema de compensação com bônus pelo cumprimento de metas. Tornou-se uma alternativa eficaz para melhorar a qualidade do atendimento, reduzindo os erros médicos e o uso extensivo de programas de atendimento.

Na Inglaterra, o *P4P* funciona como programa de recompensa anual e voluntária aos médicos generalistas. Neste país o sistema baseia-se em pagamentos de bônus por cumprimento de metas estabelecidas a partir de critérios padronizados (ESCRIVÃO JR.; KOJAMA, 2007).

O Pagamento por Performance possui três características básicas, sendo elas: conjunto de objetivos de qualidade, critérios precisos para definir tais objetivos e incentivos monetários, cujo montante total depende dos objetivos a serem alcançados por cada prestador de cuidado à saúde (TAVELI, 2018).

O conjunto de metas de qualidade também é uma preocupação da OMS. Isso assumiu a liderança no desenvolvimento de diferentes métodos de sistemas de saúde. Qualidade clínica, revisão médica, crenças profissionais, medicina baseada em evidências e diretrizes são um conjunto de ferramentas cujo objetivo é avaliar o desempenho e estimular mudanças nas práticas adotadas. O sistema avalia todos os aspectos do processo de produção saudável, desde a eficácia clínica, capacidades organizacionais, relacionamento com o paciente até o trabalho interdisciplinar, etc. (SERAPIONI, 2009).

A *P4P* visa melhorar a qualidade do serviço. Avedis Donabedian na década de 1960, propõe uma tipologia para avaliar a qualidade em serviços de saúde. Ele menciona que os julgamentos de valor refletem os objetivos atuais de um determinado sistema de saúde e de cada sociedade que o compõe (TAVELI, 2018).

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), 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).

O estudo 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 da polêmica, este tema tem recebido atenção crescente, que comprova que recompensas financeiras podem influenciar a motivação e, portanto, melhorar o desempenho (AMSTRONG, 2014). Nesse caso, o pagamento por desempenho será 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, uma estrutura salarial com foco no desempenho e na qualidade do serviço faz parte da prática do grupo de pessoas, o que pode melhorar a motivação pessoal e permitir que as organizações atraiam trabalhadores de alto potencial (ARYEE et al., 2013).

3.3 TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde é um processo coletivo realizado por múltiplos profissionais, é a forma como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços. Este trabalho tem particularidades, pois o seu produto é consumido em ato, sendo diretamente produtor do cuidado e das ações assistenciais (PIRES, 2000; BERTUSSO, 2017).

Para que o trabalho em saúde seja eficaz e resolutivo, é imprescindível que os trabalhadores desempenhem suas funções, visto que, os trabalhadores são considerados promotores de mudanças em seu ambiente de trabalho, e a comunicação efetiva é essencial para o desenvolvimento contínuo do processo de trabalho (SANTOS, 2010; TELLES et al., 2016).

Os trabalhadores participam das ações e da tomada de decisões juntos; isso não será reduzido a um agente passivo de conclusão de tarefas. Nessa perspectiva, o trabalho é visto como um processo de comunicação, participação em conjunto e compartilhamento de responsabilidades (SEIDL et al., 2014).

Para Pires (2010), no que se refere à atenção básica à saúde, essa correlação entre trabalho coletivo e divisão do trabalho também pode ser encontrada, devendo ser considerada quando se discute a gestão do trabalho neste nível de atenção à saúde.

Peduzzi e Palma (2000), afirmam que no que se refere à composição da força de trabalho da AB, a ideia do trabalho em equipe multiprofissional vem se destacando desde a década de 1970, quando os serviços públicos de saúde do país se expandiram, principalmente por meio da atenção primária à saúde e dos serviços ambulatoriais em hospitais privados financiados pelo setor público. O acréscimo de outros profissionais da área de trabalho em saúde mostrou novas possibilidades para a formação de equipes a partir da década de 1990 (PEDUZZI; PALMA, 2000).

Para melhor compreender o processo de trabalho em saúde e, em especial nas equipes de AB, é necessário entender que a interação entre os profissionais e suas ações não acontece de forma clara, simples, mas apresenta complexas relações. O indivíduo para exercer interação, necessita de conhecimentos, saberes e práticas que lhes confirmem condições para atuar de maneira mais efetiva no desenvolvimento de seu processo de trabalho (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

O trabalho em equipe na área de saúde possui várias definições, a mais comum pode ser descrita como um grupo de duas ou mais pessoas interagindo para realizar uma tarefa em direção a um objetivo comum (FELLI; PEDUZZI, 2005). Logo, o trabalho em equipe é uma atividade produtiva que se dá por meio da interação humana e trocas técnicas de diferentes áreas do conhecimento, que é o elemento básico da assistência da saúde em seus respectivos cuidados em saúde. Portanto, o comprometimento de cada profissional é fundamental, e todos devem ter competências (MARIN; RIBEIRO, 2018).

Uma equipe dedicada ao trabalho coletivo pode ser muito benéfica para os usuários de serviços saúde. Em relação ao trabalho em equipe multiprofissional, é necessário

compreender e valorizar o trabalho do outro indivíduo para ser consistente com os objetivos a serem alcançados e a forma mais adequada de se chegar às soluções dos problemas existentes (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O trabalho coletivo é um dos desafios da gestão em saúde, como afirmam Scherer, Pires e Schwartz (2009) que na maioria das vezes, de acordo com as necessidades dos pacientes, o trabalho na área da saúde requer uma prática interdisciplinar. Portanto, este trabalho está repleto de questões relacionadas à relação entre esses temas, a história da profissão de saúde e os complexos jogos políticos e econômicos que integram o contexto de trabalho. Por ser complexo, o trabalho em equipe frequentemente produz conflitos. No entanto, ele é essencial para que se alcance a integralidade da assistência em saúde.

Os conflitos são diferenças internas, que são causadas por diferenças de pensamentos, valores ou sentimentos entre pessoas ou grupos. Conflitos competitivos e caóticos frequentemente levam à frustração e desacordo persistentes, tornando o ambiente desagradável. Independentemente da eficiência do gestor, da estrutura organizacional, se não houver o interesse no trabalho e a lealdade, a organização ainda pode enfrentar sérios riscos (SALES et al., 2007).

No estudo de Siqueira et al., (2019), notou-se a recorrência no questionamento sobre o que foi feito com recurso destinado ao PMAQ, sobre as notas das avaliações que não foram repassadas aos profissionais, em nenhum dos ciclos anteriores, além da espera dos profissionais pela participação no incentivo financeiro.

Em relação à utilização de recursos financeiros, a regulamentação do PMAQ-AB não estipula como o município deve utilizar o valor repassado com base na certificação de cada grupo, que pode ser realizada de acordo com a decisão do município (BOUSQUAT et al., 2017; BRASIL, 2015; BARBOSA, 2014). Recomenda-se investir nos profissionais e melhorar as condições de trabalho, recompensas e salários com base no desempenho e resultados esperados norteados por padrões estabelecidos (BRASIL, 2011; PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

As informações não são compartilhadas e há pouco diálogo entre a organização gestora e os trabalhadores, o que gera um sentimento de rejeição e não pertencimento. Embora a tomada de decisão possa ser considerada uma função gerencial, a integração dos diversos participantes envolvidos no processo de tomada de decisão tornará a decisão mais efetiva (PINHEIRO, 2009).

No estudo realizado por Telles et al., (2016), que investigou sobre a metodologia de aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ-AB), ficou evidente falhas na comunicação entre a gestão e equipes de atenção básica, criando expectativas por parte dos trabalhadores, pois, uma vez estando com o programa implantado em suas unidades de trabalho, e a partir da movimentação inicial, esperava-se retornos dos resultados e avaliação, para mudanças ou adequações na melhoria da assistência e do processo de trabalho.

Os incentivos financeiros do PMAQ-AB não só estimulam os municípios a aumentarem sobremaneira os recursos disponíveis para seus fundos de saúde, mas também estimulam as equipes, pois o próprio PMAQ-AB incentiva o uso da lógica de recompensas e remuneração nos resultados e no desempenho. Portanto, vale ressaltar que parte deste grande investimento de recursos certamente se transformará em benefícios reais do salário da equipe, e estará associada a mudanças no processo de trabalho, o que estimulará um trabalho de qualidade e maior dedicação (SIQUEIRA et al., 2019).

Foi observado no estudo de Cunha et al., (2013), que avaliou o PMAQ-AB e a qualidade da Atenção básica, que houve um esforço por parte dos gestores no intuito de expandir ou incentivar o programa, já que acreditavam em sua potencialidade em melhorar o serviço, embora se tenha notado desmotivação pelo não recebimento dos recursos, sobre o qual se menciona ser escasso para a APS, prejudicando o prosseguimento dos cuidados. Todavia, os recursos recebidos podem ser utilizados para a educação permanente de forma a potencializar o serviço oferecido (SILVA et al., 2010), e vale ressaltar que a decisão de implantar a Remuneração por Desempenho, no âmbito do PMAQ-ab, é exclusiva da gestão do município, e deve ser prevista em lei (BRASIL, 2011).

No estudo de Freitas et al. (2017), O ponto de conflito que ganhou destaque nas discussões entre os profissionais centrou-se mais nos recursos financeiros do programa. O Ministério da Saúde tem sido acusado de repasses irregulares, aplicação insatisfatória dos recursos e atraso no pagamento de gratificações. Portanto, é importante que os gestores municipais de saúde compreendam esses pontos e busquem estabelecer metas de intervenção para melhorar a assistência prestada.

Barreto (2015) comprova que o sistema de recompensa estimula o alcance de metas dentro do sistema de saúde, “principalmente nas mudanças de curto prazo e ações pontuais, que demandam menos esforço dos prestadores de serviços de saúde, mas devem ser planejadas com cuidado e rigor” (BARRETO, 2015, p. 1510).

Com a necessidade de busca de trabalhadores que se destaquem no mercado, as instituições têm estabelecido um sistema de recompensa como estratégia para atraí-los (ROSA, 2012). Esses sistemas têm o benefício de conectar os consumidores com essas

instituições, e tem como objetivo principal recompensar os funcionários por ações que beneficiem ambas as partes (CARVALHO et al., 2012).

Os impactos do *P4P* são capazes de melhorar a qualidade e facilitar a redução de custos, porém, cabe observar a necessidade de estabelecer casualidade entre PMAQ-AB e as mudanças no desempenho dos trabalhadores como pontos de avaliação (UFMG, 2014).

No estudo de Moraes e Igatu (2013), a forma de competição instituída pelo PMAQ-AB destaca-se por não ser competição individual, mas coletiva. O desempenho individual pode prejudicar o resultado final de toda a equipe.

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

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

No terceiro ciclo do PMAQ-AB, foi utilizado 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica que estão subdivididos em quatro grupos: Acesso e continuidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Resolutividade da equipe de atenção básica e Abrangência da oferta de serviços, alguns estão relacionados ao trabalho de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. O conjunto de indicadores contratualizados está vinculado ao processo de certificação, compondo uma parte do desempenho final da equipe (BRASIL, 2017).

Para Marin e Ribeiro (2018), a relação entre os profissionais é definida em termos de estrutura hierárquica. Tal organização de poder afeta a desvalorização de outros conhecimentos e a consciência da interdependência que é essencial para o trabalho em equipe.

Reconhecer, nos trabalhadores da saúde, sujeitos portadores de necessidades, interesses e desejos próprios e traçar formas de gestão democráticas, fatores que podem ser negociados nessas formas de gestão, devendo ser considerados as necessidades, interesses e

anseios dos usuários, coproduzindo arranjos singulares, parece um caminho mais promissor para alcançar a qualidade e a eficiência, ampliando a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos envolvidos (CAMPOS, 2007).

Um dos desafios do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é a necessidade de focar nos profissionais de saúde, principalmente na perspectiva do trabalho coletivo, para superar a fragmentação das ações sem perder a escala geral e o produto final (LEIVA, 2019).

3.4 MODELOS DE DECISÃO EM SAÚDE

Entende-se que o sistema de saúde atravessa diversas mudanças, e que todos os atores envolvidos participam do processo decisório, e que para resolução de problemas e tomada de decisão é necessário um suporte científico, com intuito que os processos ocorram de maneira mais satisfatória (CAVALCANTE et al., 2012).

Guimarães e Évora (2004) afirmam que o processo decisório pode ser entendido como um instrumento que permite conhecer e modificar a realidade, mas, torna-se necessário que ele seja aplicado de forma estruturada, e que levante dados e informações e consequentemente elenque possíveis decisões, para assim, escolher a melhor estratégia e sua implementação, visando suprir as demandas do problema.

Segundo Turban; Aronson e Liang (2005), o modelo de decisão é um elemento de apoio ao processo de tomada de decisão e o seu conceito está relacionado com métodos científicos de tomada de decisão baseados em dados / informações, modelos lógicos e mistos. Ele pode ser replicado por meio de relacionamentos dinâmicos de dados empíricos e da codificação dessas dependências em linguagem matemática.

Na área da saúde, o processo de tomada de decisão envolve duas áreas, nomeadamente o desenvolvimento e processamento de informação envolvendo métodos matemáticos, computacionais e estatísticos de apoio à tomada de decisão. A segunda é a aplicabilidade desses modelos, que são analisados de forma específica na perspectiva da tomada de decisão para auxiliar no manejo do paciente, na gestão da saúde e em seus processos específicos (MORAES; SOARES, 2016).

O processo de suporte à decisão começa definindo as questões a serem respondidas e os resultados de interesse e, em seguida, com definições para determinar a melhor escolha para o modelo a ser aplicado. Posteriormente, o processo deve comunicar os resultados, esclarecer as incertezas e limitações e, finalmente, como última etapa, tomar e implementar decisões (MANHEIM et al., 2016).

Entre os modelos de decisão, é possível observar um pertencente a classe dos lineares generalizados, que é a regressão logística (AGRESTI; FINLAY, 2012). Na literatura segundo Daniel (2009), Medronho et al., (2009) e Favero (2009), afirmam que este modelo se trata de uma técnica estatística que utiliza variáveis explicativas ou independentes para gerar um modelo capaz de prever o valor determinado pela variável dependente dicotômica, podendo também avaliar a probabilidade de um evento.

Pino (2007) destaca que, quando é necessário escolher duas ou mais opções relacionadas ao problema em discussão, um modelo de decisão baseado em regressão logística pode ser facilmente aplicado. Do ponto de vista matemático Hosmer, Lemeshow e Sturdivant (2013), afirmam que a regressão logística se tornou um método popular porque não só pode ser muito flexível e fácil de usar, mas também pode fornecer uma interpretação muito rica e direta dos resultados, permitindo assim a análise. A resposta variável dicotômica torna-se possível.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico. As informações que compõem o banco de dados foram coletadas em todos os municípios da Paraíba. Buscando verificar a associação entre determinadas variáveis ou fenômenos, com a finalidade de investigar um desfecho de interesse (COSTA-LIMA; BARRETO, 2003).

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”. A pesquisa é composta por dados primários, extraídos de uma investigação realizada com gestores e trabalhadores da atenção básica dos municípios da Paraíba, no ano de 2018. A condução do estudo ocorreu em paralelo à Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A base de dados da pesquisa foi produzida pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde - GPECS da UFPB. Durante a execução deste estudo, trabalhamos com banco de dados, com as variáveis respondidas pelos trabalhadores. O banco dos trabalhadores, consta com 840 trabalhadores, dos quais foram excluídos da amostra trabalhadores que não desejaram participar da pesquisa e questionários respondidos em duplicidade, restando assim 810 trabalhadores.

4.3 FONTES DOS DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para obter as respostas geradas pelo estudo, foram aplicados questionários de forma presencial, para os trabalhadores que participaram da Avaliação Externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB. A aplicação dos questionários aconteceu logo após a aplicação dos instrumentos da avaliação externa do PMAQ-AB. Os dados coletados pelos questionários foram armazenados na plataforma *Google Forms*, de formulários eletrônicos.

O banco é composto por variáveis, que versam sobre distribuição dos recursos financeiros advindos do PMAQ-AB após certificação, e normativas relacionadas a distribuição de recursos oriundos da estratégia PMAQ. O banco é formado por 840 respondentes e 31 variáveis. O questionário aplicado se encontra no ANEXO A, no Quadro 1,

é possível observar que as variáveis que foram consideradas como relevantes para caracterizar o problema do estudo.

Quadro 1: Variáveis de caracterização do problema

Os recursos financeiros do PMAQ-AB são usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para sua equipe de saúde? [3º ciclo];
Além do PMAQ-AB, existe outro incentivo financeiro adicional à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado a avaliação de desempenho para sua equipe de saúde? [3º ciclo];
Qual outro incentivo financeiro adicional, exceto o PMAQ-AB, condicionado a avaliação de desempenho foi/é repassado a sua equipe de saúde?
Você sabe, em MÉDIA, qual porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de AB (considere a sua realidade salarial)? [3º ciclo];
Como é utilizado o restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes)? (pode marcar mais de uma opção) [3º ciclo];
Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados (marque a opção que você achar mais importante)? [3º ciclo];
Na sua equipe de saúde, como é definido o repasse do incentivo do PMAQ-AB? [3º ciclo];
Para quais profissionais das equipes de Atenção Básica o incentivo foi/é repassado? [3º ciclo];
O incentivo financeiro por desempenho (fixo ou variável) corresponde aproximadamente a (considere a média do seu salário): [3º ciclo];
Qual a periodicidade em que a avaliação para a concessão do incentivo financeiro por desempenho é realizada [3º ciclo];
O repasse de recurso financeiro do PMAQ tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? [3º ciclo];
Especifique quais os problemas citados na questão 13, referentes ao 3º ciclo;
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 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 satisfação do profissional].

4.4 MONTAGEM DA BASE DE DADOS

Os dados gerados pelo questionário foram transformados em tabela e exibidos em planilha (Microsoft Office Excel 2013), sendo posteriormente analisados e classificados pelo software de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Science, versão 20.0).

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Utilizando técnicas estatísticas, de forma descritiva, a fim de melhor explicar os desfechos do estudo e suas interpretações.

Em seguida foi realizada a Limpeza do banco de dados, onde foram retiradas as variáveis referentes aos 1º. e 2º. ciclos do PMAQ, por não fazerem parte do interesse da análise proposta. Em seguida foi feita a exclusão dos *missings values* (valores faltantes), seguido da codificação do banco, a partir de um dicionário pré-estabelecido, sendo inserido no software aplicativo do tipo científico SPSS.

Todas as variáveis propostas serão analisadas por meio do método de regressão logística para determinar quais variáveis mais contribuem para os resultados. O nível de significância (p) para considerar resultados significativos é de $p < 5\%$.

A regressão logística do modelo de regressão linear geral é diferente de outros modelos por ser desenvolvida para variáveis categóricas por meio de métodos matemáticos e, portanto, requer um conjunto diferente de premissas como afirma os D'Agostino (2005), Hosmer; Lemeshow e Sturdivant, (2013). Pode ser expresso da seguinte forma:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i x_i + \varepsilon, i=1, \dots, k$$

em que:

Y : é a função do fenômeno de estudo (variável resposta),

β_0 : representa o intercepto,

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_i$: são os parâmetros do modelo a serem estimados,

x_1, x_2, \dots, x_i : variáveis explicativas, e

ε : erro ou resíduo.

Os autores supracitados definem um modelo de regressão logística binária simples, podendo ser expresso, na seguinte expressão:

$$p_i = P(Y = 1|x_i) = \frac{e^{-(\beta_0 + \beta_1 x_i)}}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 x_i)}} = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 x_i)}} \quad (1)$$

em que:

x_i : variável independente

p_i : indica a probabilidade de ter o evento de interesse

Y : uma variável dicotômica

β_0 : representa o intercepto, e

β_1 : parâmetro do modelo a ser estimado.

A seguir pode ser visto a função *logit* (p_i), a partir da transformação logarítmica dada por $(p_i/1-p_i)$:

$$\text{logit}(p_i) = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1. \quad (2)$$

Kim e Dailey (2008) apontaram que o modelo assume que existe uma relação linear entre $\ln(p_i/(1-p_i))$ e a variável explicativa x_1 . Para Kelsonbaum e Klein (2010), o mesmo processamento pode ser realizado no modelo de regressão logística múltipla, e o resultado é:

$$\text{logit}(p_i) = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k, \quad (3)$$

em que

β_0 : representa o intercepto,

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_i$: são os parâmetros do modelo a serem estimados,

x_1, x_2, \dots, x_i : variáveis explicativas (independentes).

Deve-se enfatizar que se algumas variáveis independentes são de escala qualitativa, é necessário substituí-las por variáveis dummy (variáveis com valores 1 ou 0) ao introduzi-las no modelo lógico para distinguir diferentes tipos de variáveis.

Em relação à estimativa do parâmetro β , o modelo de regressão logística é ajustado a um conjunto de dados que estima os parâmetros desconhecidos β_0 e β_i ($i = 1, \dots, k$) através do método de máxima de verossimilhança. Para encontrar o modelo de regressão logística e a forma como o peso da variável explicativa determina a influência de cada variável quando ocorre o evento de interesse, é necessário estimar os parâmetros β_0 e β_i (FAVERO, 2009).

Para Chatterjee; Simonoff, (2013); D'Agostino, (2005) e Oliveira, (2013), a aplicação do modelo de regressão logística múltipla toma a estimativa da força ou tamanho da correlação entre o valor previsto e o resultado como uma aplicação importante, que é controlada pelo efeito o odds ratio ou estimativa de odds (OR) da variável dependente para estimar todas as outras variáveis independentes do modelo

De acordo com a definição de Hoffmann (2012), o odds ratio é usado para determinar como a chance de sucesso aumenta com certas mudanças no valor da variável explicativa (por exemplo, mudança de $x_i = 0$ para $x_i = 1$).

Na regressão logística, o seguinte modelo logístico é usado para obter o odds ratio calculando a probabilidade do evento i ocorrer em indivíduos nos grupos A e B:

$$\text{logit}(p_A) = \ln\left(\frac{p_A}{1-p_A}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i(x_i) + \beta_k x_k ; \quad (6)$$

$$\text{logit}(p_B) = \ln\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_i(x_i + 1) + \beta_k x_k . \quad (7)$$

Pode-se calcular que a razão de chances depende apenas do parâmetro β_i , levando em consideração variáveis constantes e com a subtração da equação (7) de (6), podendo ser observado a seguir:

$$\text{logit}(p_B) - \text{logit}(p_A) = \beta_i[(x_i + 1) - x_i] = \beta_i,$$

Resultando em:

$$\ln\left(\frac{p_B}{1-p_B}\right) - \ln\left(\frac{p_A}{1-p_A}\right) = \beta_i ,$$

Ou

$$\ln\left(\frac{\frac{p_B}{1-p_B}}{\frac{p_A}{1-p_A}}\right) = \beta_i . \quad (8)$$

A partir da resolução da Equação (8), pode-se observar a seguinte expressão:

$$\frac{\frac{p_B}{1-p_B}}{\frac{p_A}{1-p_A}} = e^{\beta_i} . \quad (9)$$

A equação a seguir (9), é possível observar que a através da aplicação da regressão logística obtém-se a Razão de Chances (OR), ou seja:

$$OR = \frac{odds_B}{odds_A} = \frac{\frac{p_B}{1-p_B}}{\frac{p_A}{1-p_A}} = e^{\beta_i}.$$

Permitindo observar:

$$\begin{aligned}\beta_i > 0 &\rightarrow OR > 1 \rightarrow p(x_{i+1}) > p(x_i); \\ \beta_i < 0 &\rightarrow OR < 1 \rightarrow p(x_{i+1}) < p(x_i).\end{aligned}$$

O valor da razão de chances (*Odds Ratio* – OR) indica que quando o OR for maior que 1, a variável em questão pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento da variável resposta; quando o valor do OR for menor que 1, a variável em estudo diminui as chances de representar um fator de risco. Proteção relacionada à resposta variável.

Nos modelos de regressão logística, é muito importante avaliar a qualidade dos ajustes, pois a falta de ajustes adequados pode levar a, por exemplo, desvios nas estimativas de efeito. Testes de hipóteses para verificar a qualidade do ajuste em um modelo de regressão logística podem ser usados com uma estatística chamada desvio (D), que é usada para medir a diferença entre os dados observados e os dados ajustados (PAULA, 2010; SUÁREZ et al., 2016).

A métrica é definida a partir da comparação relativa de duas funções de verossimilhança, conforme mostrado a seguir:

$$D = -2l_n \left(\frac{\text{função de verossimilhança do modelo atual (com } \hat{p} \text{ parâmetros)}}{\text{função de verossimilhança do modelo saturado (com } n \text{ parâmetros)}} \right)$$

A *deviance* (D) possui distribuição amostral qui-quadrado com aproximadamente n-p graus de liberdade e nível de significância de 5%. Se a distribuição de D em relação a $\chi^2(n-p)$ for grande, há evidências contra a hipótese nula, ou seja, comparado com o modelo saturado, o modelo em estudo é bastante consistente com os dados. Se a distribuição de D for pequena em relação a $\chi^2(n-p)$, há evidências de que a hipótese nula não é rejeitada, ou seja, comparada com o modelo saturado, o modelo em estudo é muito consistente com os dados.

Além disso, para realizar a análise da capacidade preditiva do modelo, pode ser utilizada uma matriz de classificação, que é formada pelo estabelecimento de uma ponte de corte c , podendo assim, classificar as previsões. O valor acima do ponto indica a existência do evento de interesse, enquanto o valor abaixo indica a presença ou ausência (FÁVERO, 2009).

A matriz de classificação pode ser utilizada para calcular os indicadores de desempenho do modelo, incluindo: sensibilidade (o percentual de classificação correta na classificação com atributos), especificidade (o percentual de classificação correta na classificação sem atributos) e o percentual de acurácia do modelo (FAVERO, 2009). E de acordo com Kleinbaum e Klein (2010), os resultados do modelo, a sensibilidade e a especificidade variam de acordo com o ponto de corte selecionado. Se a sensibilidade e a especificidade forem iguais a 1, então a discriminação completa ocorrerá. Isso acontece quando o nível de falsos negativos e falsos positivos é 0.

Oliveira (2013) afirma que o percentual de acerto do modelo deve ser interpretado corretamente, sendo necessário observar o desenho de pesquisa a partir do qual os dados são obtidos.

Após o cálculo da sensibilidade e da especificidade de cada ponto de corte, pode-se delinear um índice de desempenho denominado curva ROC. Que segundo Fávero (2009), advém das características operacionais dos receptores britânicos. Para Sarkar e Midi (2010), sendo esta curva é baseada na teoria de detecção de sinal em um ambiente ruidoso e mostra como o receptor de sinal na área de comunicação funciona com o ruído no sinal recebido. No entanto, a análise da curva ROC foi recentemente usada como um teste de adequação de modelo nos campos da saúde e da demografia, etc. para explorar conjuntos de dados. Portanto, a curva ROC é considerada uma ferramenta estatística para avaliar a acurácia de um modelo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

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

Por conseguinte, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCS/UFPB tendo sido aceito por meio do registro de

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, CAAE: 90331418.6.0000.8069 e executado após sua aprovação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DESCRITIVA DO ESTUDO

Participaram do estudo 810 profissionais das equipes de saúde da família dos municípios da Paraíba. Sendo o maior percentual participantes do sexo feminino (76,9%), apresentando uma média e desvio padrão para idade de $(37 \pm 9,7)$. Em relação ao cargo que ocupa foi possível observar que as categorias que se destacaram foram a de Agente Comunitário de Saúde (ACS) (25,8%), seguido de odontólogo (24,8%), enfermeiros (24,2%), e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (23,5%), outros cargos relacionados AB houve variação.

O ACS, desde o início, ainda quando da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 1991 (PACS), assumiu um papel relevante dentro do contexto da atenção básica. Tornou-se o principal mediador entre os serviços de saúde, os profissionais que neles atuam e o território. Possuem a peculiaridade de estarem inseridos no contexto da comunidade, conhecendo assim a cultura local (BRASIL, 2012).

No entanto, em 2017, houve a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que apontava a flexibilização do ACS na composição das equipes de Atenção Básica, e por consequente, o comprometimento da atuação desta categoria. Já a saúde bucal foi inserida na atenção básica, na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano 2000, com a inclusão do cirurgião-dentista e da técnica ou auxiliar de saúde bucal na equipe, a fim de proporcionar a atenção integral aos usuários. A ideia seria modificar o modelo da prática assistencialista e curativista até então praticada, para uma proposta de promoção, prevenção e recuperação da saúde oral.

O estudo também contou com uma participação significativa dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado em 2008, o NASF apontou como principal objetivo agregar equipe multiprofissional às equipes de atenção básica, a fim aprimorar a resolutividade, no sentido de ofertar o apoio matricial às equipes de saúde da família, bem como nas discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado, construção conjunta de projetos terapêuticos, buscando assim a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008).

Na Tabela 1 estão descritos dados referentes ao repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB às equipes de saúde, onde se observou que (77,8%) dos profissionais afirmaram

ter conhecimento de que o incentivo financeiro do PMAQ é repassado para as equipes, a partir do resultado do desempenho e (11,7%) informaram que o recurso não é repassado. Ressalta-se o percentual de respostas de (10,5%) dos profissionais referindo não saber acerca do repasse, dado este, importante para despertar o olhar do gestor em relação à sua comunicação e transparência dos processos para com suas equipes. Houve, em alguns municípios, divergência entre os profissionais da mesma equipe nas respostas referentes a esta questão do repasse.

Tabela 1. Repasse dos recursos financeiros do PMAQ-AB usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para as equipes de saúde

Respostas	Frequência	Percentual
Sim	630	77,8
Não	95	11,7
NS/NR	85	10,5
Total	810	100,0

Fonte: Elaboração própria

*NS = não sabe / **NR = não respondeu

O pagamento por recompensa é considerado como importante no crescimento da organização dos processos de trabalho, buscando remunerar de forma justa os profissionais de saúde, a partir de suas contribuições nas ações (CHIAVENATO, 1999). Os trabalhadores consideram o investimento financeiro importante para o desempenho na carreira. Porém, indicam que a estabilidade, as oportunidades de carreiras e o reconhecimento do trabalho executado são mais relevantes no sentido de valorização profissional (ROBBINS, 2003).

Dubrin (2003) afirma que o principal desafio da gestão está relacionado à motivação das equipes de saúde na execução de suas ações no território, tendo em vista que, se motivadas, não medirão esforços para o alcance das metas. Já para Barreto (2015), é necessário cautela com este tipo de pagamento, e a elaboração de planejamento coeso e rigoroso, tendo em vista que promove uma cultura de recompensa, a partir da realização de determinadas ações.

De acordo com Pinto, Souza e Florêncio (2012), a Atenção Básica em Saúde (ABS) precisa responder às necessidades da população, com oferta de serviços de saúde centrados no cuidado e estando conectada a uma rede. A tomada de decisão para o repasse financeiro, a partir das análises da melhoria das ações dos serviços, implica em ampliar o olhar para a reorganização dos processos de trabalho, a fim de reduzir possíveis desigualdades existentes.

O financiamento para a AB, que advinha do PMAQ-AB, possibilita a compreensão de novas formas de repasse de recursos aos profissionais de saúde, a partir de Decreto ou mesmo Lei Municipal, que elencará diretrizes para pagamento por desempenho (BRASIL, 2011). Bertusso e Rizotto (2018) apontam que houve grande discussão em relação ao destino do repasse do incentivo financeiro do PMAQ aos profissionais de saúde. Alegaram também que estes repasses foram considerados como sistema compensatório, no intuito de gerar atitudes motivacionais para o alcance das metas, e como consequência, a melhoria da qualidade da assistência.

Ainda sobre a questão do incentivo financeiro (77,2%) dos profissionais afirmaram que não existe outro incentivo financeiro adicional à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado a avaliação de desempenho para sua equipe de saúde, além do PMAQ-AB, mas, (12,5%) alegaram ter outro tipo de incentivo financeiro, conforme a Tabela 2. Em relação a que outro incentivo financeiro adicional, exceto o PMAQ-AB, as formas apresentadas foram de gratificação (2,6%) e a insalubridade (1,6%) aparecem com maiores percentuais. Destacamos que na análise a insalubridade não é incentivo financeiro, mas sim, uma compensação trabalhista por exposição a risco ocupacional.

Tabela 2. Repasse de outro incentivo financeiro, além do PMAQ-AB

Respostas	Frequência	Percentual
Sim	101	12,5
Não	625	77,2
NS*/NR**	84	10,3
Total	810	100,0

Fonte: Elaboração própria

*NS = não sabe / **NR = não respondeu.

Os modelos de incentivo utilizados como estratégia de gestão, e aplicados a partir de uma remuneração básica, têm por objetivo estimular a equipe de trabalho, aperfeiçoando os componentes do processo produtivo e promovendo o alcance dos objetivos organizacionais e, por consequência, a ampliação da qualidade (FEKETE; ALMEIDA, 2000). Segundo Azevedo (2009), muitos municípios no Brasil estão adotando diversas maneiras na organização da atenção e de modelos de gestão.

O PMAQ teve como objetivo estimular os gestores, no que concerne ao monitoramento e avaliação dos processos de trabalho e dos resultados alcançados pelas

equipes de saúde, que passaram pela adesão e contratualização junto ao programa. O Programa foi inovador ao prever repasse de incentivo financeiro, a partir do alcance de metas que contemplassem o padrão mínimo de qualidade, caracterizando-se como uma ferramenta de gestão, acercada reorganização dos processos de trabalho dos serviços de saúde da atenção básica (RODRIGUES et al., 2014; BRASIL, 2012; PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Em relação a existência de normativa que regule o repasse dos incentivos financeiros do PMAQ para as equipes de saúde (68,9%) dos profissionais informou possuir Lei Municipal, (4,6%) Portaria, (3,6%) pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde e (6,0%) alegou não haver normativa no município. Chama a atenção um percentual de (16,5%) dos profissionais que afirmaram não saber sobre as normativas, conforme Tabela 3.

Tabela 3. Existência de Normativa para Repasse do Incentivo Financeiro do PMAQ

Respostas	Frequência	Percentual
Lei municipal do PMAQ	558	68,9
Portaria da Secretaria de Saúde	37	4,6
Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde	29	3,6
Não há normativa	49	6,0
Outras	3	0,4
NS*/NR**	134	16,5
Total	810	100,0

Fonte: Elaboração própria

*NS = não sabe / **NR = não respondeu.

Conforme o Manual instrutivo do PMAQ, estava prevista a assinatura de um termo de compromisso, por parte dos gestores e profissionais de saúde, no momento da Adesão ao programa. A assinatura de termo entre gestores municipais e Ministério da Saúde firmou o compromisso no cumprimento de seus objetivos e diretrizes, justificando assim, a necessidade de realização de normativas formais, pactuada sem colegiados Intergestores (BRASIL, 2011).

Nesse caso, verifica-se que o município deve formular sua regulamentação para que os profissionais e os próprios usuários saibam como utilizar os recursos gerados pelo PMAQ. Acredita-se que esses participantes que atuaram ativamente de todas as etapas do plano, criando uma relação de confiabilidade e transparência.

Este achado está alinhado com o que propõe as diretrizes do PMAQ-AB que versam acerca da mobilização e responsabilização dos gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais frente a cultura de negociação e contratualização que motive mudanças nos modelos de atenção (BRASIL, 2011; SOSSAI et al, 2018).

De acordo com a Lei complementar Nº101/2000, a transparência na gestão de recursos públicos deve ser um compromisso assumido, a fim de prevenir riscos e ajustar possíveis desvios que venham a comprometer a saúde financeira das instituições públicas. Para tanto, necessita-se de um planejamento coerente e confiável (BRASIL, 2000). A falta de compartilhamento de informações entre os gestores, principalmente na área financeira, pode levar à desconfiança da equipe de saúde, afetando os esforços da equipe para prestar serviços de qualidade.

Para Reis (2018), o fato de o município ter aprovado uma portaria regulamentando o repasse dos recursos financeiros previstos pelo programa para as equipes é positivo por si só. Isso porque a presença de normas pactuadas coletivamente tende a evitar maior insatisfação e desconforto profissional no processo de trabalho, melhorando assim o diálogo entre gestão e trabalhadores que saberão alocar recursos.

Os resultados apresentados neste estudo apontam que (27,2%) dos profissionais referem não ter conhecimento da porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB repassadas para as equipes de AB e (26,3%) referiram que o repasse se deu em torno de (41 a 50%) do valor recebido pelo município e que o restante do valor estaria sendo utilizado em obras das UBS (30,6%) e repasse aos gestores da AB (21%).

No caso dos municípios, para determinar o uso dos recursos, os gestores de saúde precisam investigar as necessidades em seus territórios e pensar na formulação de planos para saúde de seus usuários, para não levar a alocação de recursos a decidir pelo caminho errado. No que se refere ao repasse do incentivo às equipes de saúde, demonstra que todos os profissionais que compõem as equipes de saúde da atenção básica foram contemplados com o incentivo, (69%).

Em relação aos critérios utilizados pelos gestores para a realização do repasse, (52,3%) dos profissionais referiram que o gestor se utilizou do resultado da avaliação externa como o principal critério, (13,1%) referiram que o critério utilizado foi o alcance das metas absolutas e (11,2%) não sabiam os critérios utilizados para o repasse Tabela 4.

Tabela 4. Critérios para o repasse financeiro às equipes de saúde da AB

Respostas	Frequência	Percentual
O resultado da avaliação externo PMAQ-AB.	424	52,4
O alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre)	106	13,2
O alcance de metas relativas (ex: aumento percentual em relação ao período anterior do número de consultas por mês/trimestre)	39	4,80
Algum tipo de ranqueamento relativo (ex: apenas as equipes melhor classificadas no mês/trimestre/semestre serão beneficiadas)	7	0,90
Todas as equipes da Atenção Básica recebem igual	82	10,1
As equipes não recebem o incentivo financeiro do PMAQ-AB.	53	6,50
Outros	8	1,00
NS*/NR**	91	11,1
Total	810	100,0

Fonte: Elaboração própria

*NS = não sabe / **NR = não respondeu.

Os recursos financeiros do PMAQ-AB estão vinculados à satisfação do usuário com o atendimento, à qualidade do trabalho realizado pela equipe e aos resultados da avaliação da estrutura da rede física existente. A decisão sobre a destinação dos recursos do PMAQ para melhoria da acessibilidade e qualidade da atenção básica do município, e os padrões a serem utilizados para esse repasse, é de responsabilidade e autonomia da gestão municipal e ocorre em colaboração com os profissionais da equipe de saúde da AB. A avaliação do PMAQ foi organizada a partir de parâmetros referentes aos princípios da Estratégia Saúde da Família, em busca de aprimorar os processos de trabalho das equipes de saúde, estabelecendo uma prática de monitoramento (BRASIL, 2011). Conforme supracitado, no estudo em questão, a avaliação externa apareceu como um dos principais critérios utilizados para repasse do recurso às

equipes de saúde, não sendo necessariamente considerado o de maior significância (BRASIL, 2017).

Considerando o papel do gestor na tomada de decisão, com base em discussões prévias com sua equipe de saúde e avaliações externas incluindo elementos que subsidiam o repasse de recursos, fica claro que a avaliação pode ser considerada um bom indicador da reorganização do processo de trabalho e a reorganização da rede de saúde.

Pode-se observar que (27,7%) dos profissionais participantes deste estudo, afirmaram que o percentual do incentivo financeiro do PMAQ repassado foi definido com valor fixo para todos os profissionais, (28%) informou que este repasse é feito de outra forma, porém não especificou e (23,3%) referiu que o percentual foi repassado sobre a remuneração mensal de cada profissional.

Para Nascimento (2009), a remuneração por desempenho objetiva a valorização das ações realizadas, como forma de retribuição com valor agregado, e cria critérios para analisar os resultados esperados, determinando o tempo oportuno para o repasse.

Diante deste contexto, é importante refletir que as equipes de saúde, quando recebem um valor atrelado ao seu bom desempenho, ficam satisfeitas em terem alcançado as metas estabelecidas. Mas, é preciso atentar se esta forma de repasse é coerente, considerando que numa mesma equipe, o repasse não é igualitário para todos, em muitos municípios.

A Tabela 5 dispõe da periodicidade que o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB é realizado para as equipes de saúde. Observam-se variações entre as respostas, com destaque para (27,4%) que informaram que o repasse é feito semestralmente e (19,8%) anualmente.

Tabela 5. Periodicidade para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB

Respostas	Frequência	Percentual
Mensalmente	71	8,80
Bimensalmente	20	2,50
Trimestralmente	60	7,40
Semestralmente	222	27,4
Anualmente	160	19,8
Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB	85	10,5

Não há periodicidade definida	37	4,60
A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ-AB	55	6,80
NS*/NR**	95	11,7
Outra	5	0,60
Total	810	100,0

Fonte: Elaboração própria

*NS = não sabe / **NR = não respondeu.

Fekete e Almeida (2000) apontaram que os incentivos de pagamento por desempenho seriam ganhos extras, que teriam por objetivo estimular os trabalhadores aos processos de mudanças para o alcance de determinadas metas, mas que não deveriam ser implantados como forma de equiparação salarial entre diferentes categorias profissionais ou compensação de defasagens dos salários dos trabalhadores da saúde. Os autores referiram também a importância de o sistema de incentivo empregado não ser algo automático, incorporado ao salário, mas de fato avaliado de forma transparente e imparcial.

Nesse caso, a frequência desse incentivo deve variar de acordo com o processo de avaliação, não devendo necessariamente ser repassado apenas para a equipe. Portanto, os gestores podem ter autonomia para repassar incentivos à equipe em determinado período, e utilizá-los para trabalho em outro período, ou para aquisição de insumos, ou mesmo qualificação profissional, dependendo do que indiquem os resultados da avaliação, considere sempre discutir com essas equipes com antecedência para chegar ao acordo necessário. No entanto, esses processos não precisam manter uma frequência fixa, mas precisam aplicar transparência de recursos em cada avaliação conjunta.

De acordo com Costa e Silva (2014); Escovale Hortale (2014), toda e qualquer definição de periodicidade de pagamento por desempenho deveria se preocupar em não caracterizar o pagamento da parcela variável como remuneração mensal. Os autores ainda afirmam que é recomendável manter o bônus ou premiação e que sejam pagos anualmente, semestralmente, ou, no máximo, trimestralmente, evitando-se o pagamento mensal para que ele não perca a característica de incentivo e não passe a compor a remuneração do servidor.

Referente ao entendimento dos percentuais repassados às equipes de saúde, a análise estatística revelou que (69%) dos profissionais que receberam o incentivo financeiro do PMAQ são das categorias profissionais de médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de

enfermagem, auxiliares ou técnicos de saúde bucal, ACS, bem como profissionais do NASF. No entanto (15%) referiu não saber acerca dos profissionais que receberam o incentivo.

A Tabela 6 apresenta os principais conflitos existentes no que concerne ao repasse do incentivo financeiro do PMAQ. Observa-se que (55,2%) dos profissionais participantes do estudo, alegaram não existir problemas quanto ao repasse, (18,4%) não sabiam ou se recusaram a responder e (16,8%) informaram conflitos entre equipes de saúde e gestão.

Tabela 6. Conflitos existentes a partir do repasse do Incentivo financeiro do PMAQ

Respostas	Frequência	Percentual
Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS	54	6,7
Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão	136	16,8
Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde	3	0,4
Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde	2	0,2
Não há problemas quanto ao repasse	447	55,2
Outros	19	2,3
NS*/NR**	149	18,4
Total	810	100

Fonte: Elaboração própria

*NS = não sabe / **NR = não respondeu.

Quando analisada a questão dos outros conflitos inerentes partir do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, foi possível observar na questão aberta que foram elencados outros conflitos, mas que todos perpassam pelo questionamento da divisão não igualitária para todos os profissionais seja de modo a concordar com a diferenciação, como também com questionamento para o recebimento por igual independentemente do nível de escolaridade, outro ponto que teve destaque é relacionado a possíveis disputas entre unidade de saúde.

Conforme já descrito anteriormente, o PMAQ-AB teve por objetivo provocar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderiram, a partir de alocação de recursos financeiros, provenientes de alcance de metas, considerando a análise, avaliação, intervenção e certificação no decorrer do processo.

A falta de informações e a pouca transparência geram desconfiâncias que, por vezes, traduzem-se em conflitos entre gestão e profissionais, e por consequente, a sensação de não pertencimento ao processo de construção da tomada de decisão mais acertada (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

No PMAQ, os processos vivenciados por gestores e profissionais das equipes de AB deveriam ser pautados de forma transparente e em comum acordo entre os pares, a fim de minimizar os conflitos, e obter uma relação de confiabilidade (VIANA et al., 2008; MEDINA; HARTZ, 2009).

Na verdade, se não houver um bom relacionamento entre a gestão e a equipe, será difícil negociar certas mudanças no processo de trabalho e, portanto, é difícil atingir a meta, resultando em insatisfação entre ambas as partes e usuários, o que irá ser alcançado indiretamente.

Em relação ao estímulo à qualificação da AB, a partir da aplicação do recurso do PMAQ-AB, são abordadas seis dimensões: acesso, eficiência, processo de trabalho, melhores resultados em saúde, melhor satisfação do usuário e melhor satisfação do profissional.

Em relação à melhoria do acesso identifica-se que (42,8%) dos profissionais referiram que o repasse do PMAQ-AB incentivou fortemente na melhoria do acesso. Pode-se observar portanto, que a maior parte destes profissionais, de alguma forma, alegou este incentivo, como um estímulo à melhoria do acesso, tendo um percentual de (8,4%) dos profissionais que negaram esta melhoria.

Seguindo a sequência da aplicação do recurso, porém com foco na sua influência no que se refere à eficiência, identifica-se que (45,4%) dos profissionais referiram que o repasse do PMAQ-AB incentivou fortemente na melhoria da eficiência, tendo um percentual de (7,8%) dos profissionais que negaram esta melhoria.

Os dados referentes à melhoria nos processos de trabalho, a partir da aplicação dos recursos do PMAQ, onde (46,7%) dos profissionais referiram que o repasse do PMAQ-AB incentivou fortemente na melhoria no processo de trabalho. No entanto, houve (7,2%) dos profissionais que negaram esta melhoria.

O processo de trabalho em saúde caracteriza-se pela sua dinamicidade e necessidade de reflexão crítica coletiva. Considerando que um dos principais desafios desse processo diz

respeito à interação multiprofissional efetiva, foi encontrado na literatura achados semelhantes ao do presente estudo (BERTUSSO; RIZOTTO, 2018).

Foi possível identificar que (45,8%) dos profissionais referiram que o repasse do PMAQ-AB incentivou fortemente na melhoria dos resultados em saúde. Pôde-se observar também que, a maior parte destes profissionais, de alguma forma, alegou este incentivo, como um estímulo à melhoria nos resultados em saúde, tendo um percentual de (7,3%) dos profissionais que negaram esta melhoria. Assim como, (43,5%) dos profissionais referiram que o repasse do PMAQ-AB incentivou fortemente na melhoria da satisfação dos usuários. Pôde-se observar também que a maior parte destes profissionais de alguma forma alegou este incentivo, como um estímulo à melhoria da satisfação dos usuários, tendo um percentual de (7,4%) dos profissionais que negaram esta melhoria.

Ressalta-se que, no processo de trabalho da equipe de saúde, os usuários desempenham um papel importante em demonstrar as reais necessidades do território e auxiliar em um planejamento mais coeso, aumentando a resolução dos problemas elencados e satisfazendo a população em geral. O fato de os usuários estarem envolvidos no processo de mudança e com responsabilidade compartilhada pela melhoria da qualidade passa pelo fato de se sentirem incluídos e valorizados nessa situação.

Identificou-se que (47,5%) dos profissionais referiram que o repasse do PMAQ-AB incentivou fortemente na melhoria da satisfação do profissional. Pôde-se observar também que a maior parte destes profissionais, de alguma forma, alegou este incentivo, como um estímulo à melhoria da satisfação do profissional, tendo um percentual de (9,3%) dos profissionais que negaram esta melhoria.

5.2 ANÁLISE DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Nesta seção serão apresentados os resultados das análises realizadas no banco de dados com o intuito de avaliar os conflitos presentes no repasse financeiro do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Conforme supracitado, para o estudo em questão, os profissionais das equipes de AB foram entrevistados e responderam se consideram ter havido (ou não ter havido) conflitos e melhoria na atenção básica, resultante da aplicação dos recursos do PMAQ-AB.

Dessa forma, foram ajustados modelos de regressão logística, onde foi considerada como variável resposta se o repasse de recurso financeiro do PMAQ tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos.

Considerando que a regressão logística é uma técnica que avalia a probabilidade de obtenção de uma das categorias da variável dependente, passa a ser capaz de obter a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, bem como a influência de cada variável independente no evento estudado. Sendo assim, 358 indivíduos foram incluídos na análise, representando (43,9%) de toda a amostra, pois para regressão logística só são utilizadas as respostas sim e não. As respostas NS/NR (casos perdidos) equivalente a 56,1%, não são consideradas no ajuste pelo fato de não haver sentido responderem algo de que não têm conhecimento.

Houve a necessidade de uma nova codificação, quando comparada à estatística descritiva (cuja codificação variou de 0 a 5), identificando cada uma das categorias da variável dependente, sendo 0 para não houve conflito e 1 houve conflito.

As variáveis explicativas (ou independentes) utilizadas no modelo são apresentadas no Quadro 2. O interesse é avaliar uma possível influência das variáveis significativas para aumentar a chance de conflito no repasse financeiro.

Quadro 2: Variáveis explicativas utilizadas no modelo logístico

V1	Como é utilizado o restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes)? (pode marcar mais de uma opção) [3º ciclo];
V2	Os recursos financeiros do PMAQ-AB são usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para sua equipe de saúde?
V3	Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB às equipes de AB, quais são os critérios considerados (marque a opção que você achar mais importante)? [3º ciclo];
V4	Você sabe em MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica? [3º ciclo]
V5	Essa forma está prevista na normativa do PMAQ-AB? [3º ciclo]
V6	Qual a periodicidade em que a avaliação para a concessão do incentivo financeiro por desempenho é realizada [3º ciclo];
V7	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 processos de trabalho];
V8	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].

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo, indicou que o modelo é adequado (P-Value=0,852), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas: $-2.\log\text{-verossimilhança} = 396,680$; R^2 de Cox e Snell = 0,243 e um R^2 de Nagelkerke = 0,324. Além disso, o modelo classificou a resposta corretamente em 75% dos casos, de modo que o mesmo pode ser considerado razoavelmente ajustado aos dados empíricos da pesquisa.

As variáveis significativas no modelo foram:

- V1: Como é utilizado o restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes), sendo importante destacar que essa variável consiste em vários meios em que o valor foi empregado;
- V5: Essa forma está prevista na normativa do PMAQ-AB; e
- V8: 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, (satisfação do profissional), de modo que os trabalhadores consideraram que a forma como é utilizado os recursos não repassados para equipe e a forma de repasse desses valores se estava prevista na normativa do PMAQ-AB como um ponto para criação de conflitos. E que o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB é relevante para melhoria da satisfação profissional.

O modelo é apresentado nas Tabelas 7, 8 e 9 a seguir. As outras variáveis foram descartadas do modelo por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade do evento de interesse.

Tabela 7. Variáveis na Equação em relação ao restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes)

Variável	Beta	SE	Wald	GL	P-valor	Exp(B)
Repasado para gestores da ABS	2,479	1,044	5,645	1	0,000	11,935
Em Obras das UBS	2,412	1,126	4,588	1	0,018	11,152
Em processos de EPS para a ABS	3,632	0,776	21,930	1	0,032	37,790
Em compra de medicamentos e insumos	2,798	0,767	13,309	1	0,000	16,414
Em investimentos não especificados na ABS	2,767	0,836	10,952	1	0,001	15,917

Outros	2,222	0,869	11,229	1	0,011	9,229
Todo o valor é repassado às equipes	2,802	0,836	14,329	1	0,001	16,474

Fonte: Elaboração própria

O modelo estimado apresenta razão de chances maior que um para as variáveis V1 indicando que o crescimento das resultados em uma maior chances de surgimento de conflitos, evidenciando assim, que a forma como os recursos, além do pagamento das equipes, é empregado gera um conflito para os trabalhadores, tendo como destaque o repasse financeiro que é empregado em processos de EPS para a ABS Exp(B) (37,790), em compra de medicamentos e insumos Exp(B) (16,41) e em investimentos não especificados na ABS Exp(B) (15,917).

O PMAQ tinha condições potencialmente catalíticas que podiam ser usadas para projetar novos modelos de pagamento por desempenho adaptados a cada contexto municipal para distribuir os benefícios gerados pelos programas financiados pelo MS. Parte do orçamento do PMAQ podia ser repassada à equipe e outra parte podia ser investida em melhorias na estrutura e estrutura física da unidade. Ressalta-se que era importante destinar uma parcela razoável do total de recursos do PMAQ para a adequação das unidades de saúde, caso contrário a avaliação não seria satisfatória e, portanto, os resultados não seriam apreciáveis (UFMG, 2014).

Mesmo as mudanças proporcionadas pelo programa podem ser consideradas como positivas quando traziam benefícios duradouros e efetivos para as unidades, melhorando as condições de trabalho das equipes e da assistência prestada à população, essa variável estatisticamente se apresentou com uma geradora de conflitos.

Quando as pessoas se colocam em posições diferentes com base em diferenças de percepções e ideias, ocorrem conflitos, o que é inevitável. Os conflitos mais comuns possíveis estão relacionados à estrutura organizacional, problemas de comunicação, conflitos de funções, mal-entendidos, falta de recursos e falta de comprometimento profissional (SPAGNOL, 2010).

Mesmo as mudanças proporcionadas pelo programa podem ser consideradas como positivas quando traziam benefícios duradouros e efetivos para as unidades, melhorando as condições de trabalho das equipes e da assistência prestada à população, essa variável estatisticamente se apresentou com uma geradora de conflitos.

Contudo, Fontenele (2010) aponta alguns efeitos negativos que a distribuição do recurso advindo do P4P pode causar nos trabalhadores. O autor relata que em alguns estudos os trabalhadores estavam insatisfeitos com a alocação de recursos da gestão, alegando que, ao invés de fazer com que os gestores se preocupassem apenas com o aumento dos salários dos servidores, deveriam incentivá-los de outras formas, como treinamento e melhoria das condições de trabalho.

Tabela 8. Variáveis na Equação forma está prevista na normativa do PMAQ-AB

Variável	Beta	SE	Wald	GL	P-valor	Exp(B)
V5	-02,538	0,670	14,329	1	0,000	0,79

Fonte: Elaboração própria

O modelo estimado apresenta razão de chances menor que um para as variáveis V5 indicando que o crescimento dela pode resultar em uma maior chances de surgimento de conflitos, relacionado se a forma como os recursos são aplicados esta prevista na normativa do PMAQ-AB.

A falta de entendimento por parte de profissionais e gestores sobre o assunto referente a ausência de conhecimento sobre atos normativos, foi destaque em um documento da (UFMG, 2014), visto que, há a necessidade de se ter uma Lei Municipal que permitisse o repasse de parte do recurso para premiar as ESF e outra parte para investir em melhorias, pode gerar muito desgaste entre o gestor e as equipes. Muitos municípios implantam a remuneração por desempenho sem a aprovação preliminar de lei municipal e a regulamentação dos procedimentos.

Tabela 9. Variáveis na Equação tem incentivado a qualificação da Atenção Básica, (satisfação do profissional)

Variável	Beta	SE	Wald	GL	P-valor	Exp(B)
V8	-0,336	0,095	12,612	1	0,000	0,715

Fonte: Elaboração própria

O modelo estimado apresenta razão de chances menor que um para as variáveis V8 indicando que o repasse financeiro aumenta a satisfação profissional, resultando assim, na menor probabilidade de conflitos.

Os trabalhadores são considerados agentes de mudança no ambiente de trabalho em que atuam, e a comunicação efetiva é essencial para a evolução contínua dos processos de

trabalho. Para Magalhães (1998), o repasse de incentivos financeiros deve estimular o comprometimento das equipes com os objetivos institucionais, e, articular a gratificação para o alcance das metas,afim de que assegurem maior eficiência e qualidade dos serviços de saúde.

Santana (1999) afirma que os repasses de incentivo financeiro por desempenho, não devem acontecer com a equiparação salarial entre diversos vínculos empregatícios, tampouco compensar salários defasados, mas sim buscar a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com ênfase nas necessidades da população atendida e a satisfação do profissional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto foi apontado que a maior parte do incentivo recebido pelo município é utilizada no repasse às equipes de saúde da atenção básica, bem como na utilização em obras e reformas das unidades de saúde.

Pode-se observar que, a maioria dos profissionais participantes do estudo tinha conhecimento acerca da existência de normativa própria para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ e tinham ciência de que todas as categorias profissionais foram contempladas como incentivo.

Também foi possível verificar a existência dos conflitos devido aos repasses do PMAQ-AB, onde onde foi alegado problemas com a gestão, demonstrando assim uma possível debilidade nos processos de gestão, bem como na comunicação entre gestor e profissionais de saúde.

Ao analisar outras questões conflitantes inerentes ao repasse de incentivos financeiros para o PMAQ-AB, foi possível observar na questão aberta que foram elencados outros conflitos, mas que todos perpassam pelo questionamento da divisão não igualitária para todos os profissionais seja de modo a concordar com a diferenciação.

Na análise da regressão logística, foi visto que três variáveis se apresentaram estatisticamente significativas, sendo os fatores relacionados a geração de conflitos a forma como é utilizado o restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB (não repassado para as equipes), sendo importante destacar que essa variável consiste em vários meios em que o valor foi empregado; se essa forma de emprego do valor está prevista na normativa do PMAQ-AB. Como também que o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB é relevante para melhoria da satisfação profissional.

Destaca-se no estudo, o alto percentual de respostas por parte dos profissionais, acerbade não obter o conhecimento de determinados assuntos, ou o não interesse em responder a algumas indagações. Fato este que empobrece a reorganização dos serviços de saúde, tendo em vista que na atenção básica, principalmente, as equipes de saúde devem estar alinhadas e os processos de trabalho bem pactuados, para assim construir um caminho à qualificação destesserviços.

Foi possível verificar que grande parte dos profissionais tinha conhecimento da periodicidade do repasse. Porém, após a estimação do modelo de regressão logística, os resultados encontrados identificaram que a periodicidade do repasse se apresentou como um fator de pouca influência.

Destacamos que mesmo com o desenho do repasse financeiro 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos municípios da PB, gerando conflitos, os trabalhadores afirmam que houve melhoria nos processos de trabalho, assim, como na melhoria da satisfação do profissional.

Baseado neste estudo, algumas percepções dos entrevistados podem nos trazer reflexões que estejam atreladas às problemáticas notórias como: possíveis salários das equipes de saúde da atenção básica defasados; vínculos profissionais frágeis; não entendimento por parte dos profissionais de saúde sobre o real objetivo do PMAQ. Tais reflexões precisam ser entendidas pelos gestores, a fim de que possam, na sua tomada de decisão, discernir o modo adequado de gerir todos os processos que permeiam a Atenção Básica.

Tendo em vista que o PMAQ é um programa baseado na avaliação do desempenho das ações formuladas no âmbito da atenção básica e no incentivo financeiro, gestores e profissionais precisam estar cientes de seus papéis para o alcance das metas, considerando a reorganização dos serviços de saúde. A partir deste estudo, pode-se considerar que o processo de avaliação permanente é relevante para determinar as potencialidades e fragilidades do processo de trabalho a fim de fazer os ajustes necessários a fim de buscar a melhoria na qualidade da atenção básica.

Uma limitação do estudo refere-se à forma da coleta dos dados terem sido realizadas por amostragem de conveniência, ou seja, oportunizar a participação de quem, no momento da entrevista, estava disponível para participar, tendo cautela em não generalizar que os resultados alcançados representem a percepção de todos os profissionais da Atenção básica da Paraíba.

Apesar do PMAQ-AB ter se caracterizado como o principal programa de pagamento por *performance* para a atenção básica e prever o envolvimento da gestão e das equipes de saúde a partir do momento de adesão ao programa, faz-se necessário pensar como agregar toda a competência despertada.

REFERÊNCIAS

ABICALAFFE C. L. **Pagamento por Performance: O desafio de avaliar o desempenho em Saúde**. Rio de Janeiro: ed. DOC Content; 2015

AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos estatísticos para as ciências sociais**. Penso, 2012.

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

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, 1978.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 12/08/2020.

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 oraganizacional e desempenho humano no trabalho**. 2017. 120f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciencia da Informação, Brasília-DF, 2017.

ARYEE, S. et al. Family-Supportive Work Environment and Employee Work Behaviors An Investigation of Mediating Mechanisms. **Journal of Management**. 39. 792-813. 2013.

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

BARBOSA M. R. **Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte**. Juiz de Fora. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BENDASSOLLI, Pedro F .. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicol. estud.** , Maringá, v. 17, n. 1, pág. 37-46, março de 2012.

BERNHEIM, D. N. WHINSTON, N. Agência Comum. **Econometrica** , 1986, vol. 54, edição 4, 923-42

BERTUSSO, Francielle 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. 112f. Dissertação (Mestrado em Biociências da Saúde)-Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017.

BERTUSSO, Francielle Regina; RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. 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.

BEZERRA, Merielly Mariano; MEDEIROS, Katia Rejane de. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. spe2, p. 188-202, 2018.

BOUSQUAT, Aylene et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 8

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, M. DA S. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica - núcleos de apoio à saúde da família - AMAQ.** Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB., 2013b.

BRASIL, M. DA S. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB). Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF.** Brasília, DF: Departamento de atenção Básica – DAB., 2013a.

BRASIL, MS. Portaria Nº 1.658 de 12 setembro de 2016. **Homologa a contratualização /recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Diário oficial da União, edição de 12 de setembro de 2016.

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: 12/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. PMAQ-AB, Terceiro Ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMA.pdf. Acesso em: 12/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiros do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf. Acesso em: 12/08/2020.

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 à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97, 13 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.645 de 12 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 12/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.645 de 12 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 12/08/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 12/08/2020.

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

CAMPOS E. M. S. **A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (re)estruturação do modelo assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização** [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

CARVALHO G. R, et al. **Sistemas de recompensa e suas influências na motivação dos funcionários: estudo em uma cooperativa capixaba**. In: Simpósio de excelência em gestão e tecnologia 2012 set. Resende: AEDB; 2012.

CAVALCANTE, R. B. et al. Sistema de Informação Hospitalar: utilização no processo decisório. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 3, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 508-516, Apr. 2005.

CHATTERJEE, S.; SIMONOFF, J. S. **Handbook of regression analysis**. John Wiley & Sons, 2013. v. 5.

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.

CUNHA G. T, et al. **Programa nacional de melhoria ao acesso e a qualidade da atenção básica: um estudo qualitativo**. In:, 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2013 out 1-3; Belo Horizonte, Brasil.

CUNHA, P. **Conflito e Negociação**. 2ªed. Porto. Edições ASA. 2008.

CUNHA, P. LEITÃO, S. **Manual de Gestão Construtiva de Conflitos**. 1ªed. Porto. Edições Universidade Fernando Pessoa. 2012.

D'AGOSTINO, R. B. **Tutorials in Biostatistics, Tutorials in Biostatistics: Statistical Modelling of Complex Medical Data**. John Wiley & Sons, 2005. v. 2

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

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

ENGEL, R.H. **Avaliação do PMAQ sob a ótica dos gestores municipais de saúde no interior do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, p. 90. 2015.

ESCRIVAO JUNIOR, Álvaro; KOYAMA, Marcos Fumio. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 903-914, Aug. 2007 .

FÁVERO, L. P. L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Elsevier, 2009.

FERREIRA C. A. V, NETO M. T. R. Gestão de conflitos nas organizações: um olhar para a saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 03, Ano 2015 p.2799-18.

FLORES, Gabriela Mendes da Silva et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018.

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.

FREITAS, Priscila da Silva et al. Avaliação de um programa de melhoria da atenção básica na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 1926-1935, abr. 2017.

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

GIRARDI, S.N.; SALGADO, V.A.B.; VAN STRALEN, A.C.S. **Aspectos críticos da experiência municipal com remuneração variável de equipes de Atenção Básica em Saúde**. In: VIII Congresso de Gestão Pública (CONSAD). Brasília: CONSAD, 2015.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: **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. 49–73.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ci. Inf**, v. 33, n. 1, p. 72–80, 2004.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da atenção primária a saúde. **Ciência e Saúde**. v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova atenção primária a saúde no Brasil. **Ciência e Saúde**. v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HOFFMANN, R. **Análise estatística de relações lineares e não-lineares**. LIVROPRONTO, 2012.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R. X. **Applied Logistic Regression**. John Wiley & Sons, 2013.

KIM, J. S.; DAILEY, R. J. Regression Analysis and Correlation. In: **Biostatistics for Oral Healthcare**. Blackwell Munksgaard, 2008b. p. 203–225.

KLEINBAUM, D. G.; KLEIN, M. **Logistic regression: a self-learning text**. Springer, 2010.

LEIVA, Patrícia Rosin Lacintra Vechia. **O Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica(PMAQ-AB): Gestão do Trabalho e Repercussões na Saúde dos Servidores de umMunicípio Da Região Metropolitana De São Paulo – SP.** São Paulo, 2019.

MANHEIM, D. et al. (EDS.). Decision Support:: A Collaborative Endeavor. In: **Improving Decision Support for Infectious Disease Prevention and Control.** Aligning Models and Other Tools with Policymakers' Needs. RAND Corporation, 2016a. p. 3–6.

MARIN, Juliana; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 26, n. 2, p. 291-301, June 2018 .

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1181-1188, Apr. 2020 .

MEDICI, A. ABICALAFFE, C. TAVARES, L. **Pagamento por Performance em Saúde.** 2015.

MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia.** Atheneu, 2009.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.

MORAES, R. M. DE; SOARES, R. A. S. Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e prática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 07–10, 7 jul. 2016.

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

OLIVEIRA, A. G. **Biostatistics Decoded.** John Wiley & Sons, 2013

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 727-733, Aug. 2006.

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

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Org.) **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.

PEGORARO, P. B. B. **Sua vida em alta definição: conhecimento e manejo do estresse** Prefeitura Municipal de Campinas - Campinas - SP 2016

PEREIRA, Jorge M. F e GOMES, Bruno M. F., **Gestão de Conflitos**. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, Departamento de Engenharia Civil, 2007.

PINO, F. A. **Modelos de decisão binários**: uma revisão. v. 54, p. 45–57, jun. 2007.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A. E FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out 2014.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A; FLORENCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 252-263, 2000.

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.

ROCHA, E.M.S. *et al.* Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: ambiguidades no discurso oficial. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vitória, v. 18, n. 1, 2016.

RODRIGUES, Weslei Alves; REIS NETO, Mário Teixeira; GONCALVES FILHO, Cid. As influências na motivação para o trabalho em ambientes com metas e recompensas: um estudo no setor público. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 48, n. 1, p. 253-273, Feb. 2014 .

ROSA, A. I. V. **Sistemas de recompensas – estudo de um caso** [dissertação]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2012

SALES, Ana Amélia, et al. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [Internet]. 2007; 20 (2): 111-115. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820208>

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. **O mundo da saúde**[online], v.34, n.1, p. 8-19, 2010.

SARKAR, S. K.; MIDI, H. Importance of Assessing the Model Adequacy of Binary Logistic Regression. **Journal of Applied Sciences**, v. 10, n. 6, p. 479–486, 1 jun. 2010.

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate** [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.94-108.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65–82, 2009.

SHAMIR, Y. **Alternative dispute resolution approaches and their application**. Israel Center for Negotiation and Mediation. 2005.

SILVA L. A. CASOTTI C. A, CHAVES S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** 2013; 18(1):221-232.

SILVA, Isabelle Cristina Borba da et al . O PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, e0018009, 2019 .

SIQUEIRA Jdosiane Aleixo da Silva, et al. Gestão na estratégia de Saúde da Família: avaliação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 49–59, 2019.

SORATTO, J. et al . Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 184-190, June 2018

SUÁREZ, E. L. et al. **Biostatistics in Public Health Using STATA**. CRC Press, 2016.

TAVELI, F. **Modelo de Pagamento por Performance na remuneração médica em uma cooperativa de saúde no sul do Brasil**. 2018. 73 f. Dissertação (Mestrado Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, 2018.

TELLES, R. et al. **Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)**. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 2016.

TURBAN, E.; ARONSON, J.; LIANG, T.-P. **Decision Support Systems and Intelligent Systems 7 Edition**. Pearson Prentice Hall, 2005.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Relatório final diálogos online: remuneração por desempenho na Atenção Básica – 1ª e 2ª Edição**. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

VENDEMIATTI, M., et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1301-1314. 2010.

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

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA
(realizar após a avaliação externa do PMAQ-AB)

1 Dados de Identificação:

- 1.1 Idade:
 1.2 Sexo: () Feminino () Masculino
 1.3 Formação:
 1.4 Cargo/função na UBS:
 1.5 Município em que trabalha:
 1.6 UBS em que trabalha:

2. Os recursos financeiros do PMAQ-AB são usados no pagamento do incentivo financeiro por desempenho para sua equipe de saúde?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder

3 Além do PMAQ-AB, existe outro incentivo financeiro adicional à remuneração contratual (bônus, gratificação ou prêmio) condicionado a avaliação de desempenho para sua equipe de saúde?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder

Ciclos	3.1. Sendo <u>SIM</u> a resposta na questão 3. Especificar: “Qual outro incentivo financeiro adicional, exceto o PMAQ-AB, condicionado a avaliação de desempenho foi/é repassado a sua equipe de saúde?” Registrar <u>APENAS</u> no(s) ciclo(s) em que tenha selecionado a resposta <u>SIM</u>
1º ciclo	
2º ciclo	
3º ciclo	

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

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="radio"/> Lei municipal do PMAQ-AB	<input type="radio"/> Lei municipal do PMAQ-AB	<input type="radio"/> Lei municipal do PMAQ-AB

<ul style="list-style-type: none"> ○ Portaria da Secretaria de Saúde ○ Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde ○ Não há normativa ○ Outros ○ Não sei/Não quero responder 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Portaria da Secretaria de Saúde ○ Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde ○ Não há normativa ○ Outros ○ Não sei/Não quero responder 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Portaria da Secretaria de Saúde ○ Pactuação formal no Conselho Municipal de Saúde ○ Não há normativa ○ Outros ○ Não sei/Não quero responder
---	---	---

Ciclos	4.1 Sendo OUTROS a resposta para a questão 4, especificar: "Qual (is) outra (s) normativa(s) utilizada(s) pelo município para regulamentar o repasse dos incentivos do PMAQ?" . Registrar APENAS no(s) ciclo(s) em que tenha selecionado a resposta OUTROS .
1º ciclo	
2º ciclo	
3º ciclo	

5 Você sabe EM MÉDIA qual a porcentagem dos incentivos financeiros do PMAQ-AB foi/é repassada para as equipes de atenção básica?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<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 ○ 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 ○ Não Existe Repasse ○ Não sei/Não quero responder 	<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 ○ 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 ○ Não Existe Repasse ○ Não sei/Não quero responder 	<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 ○ 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 ○ Não Existe Repasse ○ Não sei/Não quero responder

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

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="checkbox"/> Repassado para gestores da ABS <input type="checkbox"/> Em Obras das UBS <input type="checkbox"/> Em processos de EPS para a ABS <input type="checkbox"/> Em compra de medicamentos e insumos <input type="checkbox"/> Em investimentos não especificados na ABS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não há investimentos além do repassado às equipes <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder	<input type="checkbox"/> Repassado para gestores da ABS <input type="checkbox"/> Em Obras das UBS <input type="checkbox"/> Em processos de EPS para a ABS <input type="checkbox"/> Em compra de medicamentos e insumos <input type="checkbox"/> Em investimentos não especificados na ABS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não há investimentos além do repassado às equipes <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder	<input type="checkbox"/> Repassado para gestores da ABS <input type="checkbox"/> Em Obras das UBS <input type="checkbox"/> Em processos de EPS para a ABS <input type="checkbox"/> Em compra de medicamentos e insumos <input type="checkbox"/> Em investimentos não especificados na ABS <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não há investimentos além do repassado às equipes <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder

Ciclos	6.1 Sendo OUTROS a resposta para a questão 6, especificar: “De que outro modo é utilizado o restante do incentivo financeiro do PMAQ-AB?” Registrar APENAS no(s) ciclo(s) em que tenha selecionado a resposta OUTROS
1º ciclo	
2º ciclo	
3º ciclo	

7. Essa forma de utilização do restante do incentivo apontada na questão anterior, está prevista na normativa do PMAQ-AB?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder <input type="radio"/> Não se aplica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder <input type="radio"/> Não se aplica	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder <input type="radio"/> Não se aplica

8. Para o repasse do incentivo financeiro do PMAQ às Equipes de Atenção Básica, quais critérios são considerados?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="radio"/> O resultado da avaliação externa do PMAQ-AB. <input type="radio"/> O alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre)	<input type="radio"/> Ao resultado da avaliação externa do PMAQ-AB. <input type="radio"/> Ao alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre)	<input type="radio"/> Ao resultado da avaliação externa do PMAQ-AB. <input type="radio"/> Ao alcance de metas absolutas (ex: atingir um número pré-determinado de consultas por mês/trimestre/semestre)

<ul style="list-style-type: none"> ○ O 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) ○ Todas as equipes da Atenção Básica recebem igual ○ Outros ○ Não sei/Não quero responder ○ As equipes não recebem incentivo financeiro do PMAQ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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) ○ Todas as equipes da Atenção Básica recebem igual ○ Outros ○ Não sei/Não quero responder ○ As equipes não recebem incentivo financeiro do PMAQ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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) ○ Todas as equipes da Atenção Básica recebem igual ○ Outros ○ Não sei/Não quero responder ○ As equipes não recebem incentivo financeiro do PMAQ
---	--	--

Ciclos	8.1 Sendo <u>OUTROS</u> a resposta para a questão 8, especificar: “Quais OUTROS critérios são considerados para o repasse dos recursos financeiros do PMAQ para as Equipes da Atenção Básica?” Registrar <u>APENAS</u> no(s) ciclo(s) em que tenha selecionado a resposta <u>OUTROS</u>
1º ciclo	
2º ciclo	
3º ciclo	

9. Na sua equipe de saúde, como é distribuído o repasse do incentivo do PMAQ?

1º ciclo	2º ciclo	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 ○ A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ ○ Não sei/Não quero responder 	<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 ○ A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ ○ Não sei/Não quero responder 	<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 ○ A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ ○ Não sei/Não quero responder

Ciclos	9.1 Sendo <u>OUTROS</u> a resposta para a questão 9, especificar: “De que outro modo é distribuído o repasse do incentivo financeiro?” Registrar <u>APENAS</u> no ciclo em que tenha selecionado a resposta <u>OUTROS</u>
1º ciclo	

2º ciclo	
3º ciclo	

10. Para quais profissionais da sua equipe o incentivo do PMAQ foi/é repassado (poderá ser seleccionada mais de uma opção por linha)?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Profissional do NASF <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Aux. ou Tec. Saúde Bucal <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Outros Profissionais de nível superior <input type="checkbox"/> Apoio/Gerente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder <input type="checkbox"/> Não há repasse para as equipes da AB	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Profissional do NASF <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Aux. ou Tec. Saúde Bucal <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Outros Profissionais de nível superior <input type="checkbox"/> Apoio/Gerente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder <input type="checkbox"/> Não há repasse para as equipes da AB	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Profissional do NASF <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Aux. ou Tec. Saúde Bucal <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Outros Profissionais de nível superior <input type="checkbox"/> Apoio/Gerente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder <input type="checkbox"/> Não há repasse para as equipes da AB

11 O incentivo do PMAQ corresponde aproximadamente a (considere a média do seu salário):

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="radio"/> Menos que 10% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 10-20% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 20-30% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 30-50% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 50-70% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 70-100% da remuneração mensal. <input type="radio"/> Não recebo incentivo do PMAQ <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder	<input type="radio"/> Menos que 10% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 10-20% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 20-30% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 30-50% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 50-70% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 70-100% da remuneração mensal. <input type="radio"/> Não recebo incentivo do PMAQ <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder	<input type="radio"/> Menos que 10% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 10-20% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 20-30% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 30-50% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 50-70% da remuneração mensal. <input type="radio"/> 70-100% da remuneração mensal. <input type="radio"/> Não recebo incentivo do PMAQ <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder

12. Qual a periodicidade em que o incentivo financeiro do PMAQ é repassado para sua equipe?

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
----------	----------	----------

<input type="radio"/> Mensalmente. <input type="radio"/> Bimestralmente. <input type="radio"/> Trimestralmente. <input type="radio"/> Semestralmente. <input type="radio"/> Anualmente. <input type="radio"/> Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB. <input type="radio"/> Não há periodicidade definida <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder.	<input type="radio"/> Mensalmente. <input type="radio"/> Bimestralmente. <input type="radio"/> Trimestralmente. <input type="radio"/> Semestralmente. <input type="radio"/> Anualmente. <input type="radio"/> Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB. <input type="radio"/> Não há periodicidade definida <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder.	<input type="radio"/> Mensalmente. <input type="radio"/> Bimestralmente. <input type="radio"/> Trimestralmente. <input type="radio"/> Semestralmente. <input type="radio"/> Anualmente. <input type="radio"/> Vinculada à avaliação externa do PMAQ-AB. <input type="radio"/> Não há periodicidade definida <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> A equipe não recebe incentivo financeiro do PMAQ <input type="radio"/> Não Sei/Não quero responder.
--	--	--

Ciclos	12.1 Sendo OUTRAS a resposta para a questão anterior, especificar: “Qual outra periodicidade do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB?” Registrar APENAS no ciclo em que tenha selecionado a resposta OUTRAS
1º ciclo	
2º ciclo	
3º ciclo	

13 O repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação entre os atores envolvidos? (poderá ser assinalada mais de uma alternativa por ciclo).

1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
<input type="checkbox"/> Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS. <input type="checkbox"/> Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão. <input type="checkbox"/> Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde. <input type="checkbox"/> Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não há problemas quanto ao repasse. <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder.	<input type="checkbox"/> Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS. <input type="checkbox"/> Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão. <input type="checkbox"/> Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde. <input type="checkbox"/> Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não há problemas quanto ao repasse. <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder.	<input type="checkbox"/> Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS. <input type="checkbox"/> Há problemas entre os profissionais das Equipes de ABS e a Gestão. <input type="checkbox"/> Há problemas entre a gestão e o Ministério da Saúde. <input type="checkbox"/> Há problemas com o Conselho Municipal de Saúde. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não há problemas quanto ao repasse. <input type="checkbox"/> Não sei/Não quero responder.

Ciclos	13.1. Sendo OUTROS a resposta para a questão anterior, especificar: “Para quais outros atores o repasse de recurso financeiro do PMAQ-AB tem trazido problemas na relação?” Registrar APENAS no(s) ciclo(s) em que tenha selecionado a resposta OUTROS .
1º ciclo	

2º ciclo	
3º ciclo	

Ciclos	13.2. Especifique quais os problemas citados na questão 13. Registrar <u>APENAS</u> no(s) ciclo(s) em que tenha identificado na resposta a presença de problemas na relação com os atores envolvidos.
1º ciclo	
2º ciclo	
3º ciclo	

14. Como você avalia que o repasse do recurso financeiro do PMAQ-AB EM CADA CICLO incentivou a qualificação da Atenção Básica? (assinale um valor entre 1 e 5 para cada linha, considerando 1 para NÃO INCENTIVA NENHUMA MELHORA e 5 para INCENTIVA FORTEMENTE A MELHORA.)

NO 1º CICLO	Melhorar o acesso	1	2	3	4	5
	Melhorar eficiência	1	2	3	4	5
	Melhorar processos de trabalho	1	2	3	4	5
	Melhorar resultados em saúde	1	2	3	4	5
	Melhorar satisfação do usuário	1	2	3	4	5
	Melhorar satisfação do profissional	1	2	3	4	5
NO 2º CICLO	Melhorar o acesso	1	2	3	4	5
	Melhorar eficiência	1	2	3	4	5
	Melhorar processos de trabalho	1	2	3	4	5
	Melhorar resultados em saúde	1	2	3	4	5
	Melhorar satisfação do usuário	1	2	3	4	5
	Melhorar satisfação do profissional	1	2	3	4	5
NO 3º CICLO	Melhorar o acesso	1	2	3	4	5
	Melhorar eficiência	1	2	3	4	5
	Melhorar processos de trabalho	1	2	3	4	5
	Melhorar resultados em saúde	1	2	3	4	5
	Melhorar satisfação do usuário	1	2	3	4	5
	Melhorar satisfação do profissional	1	2	3	4	5

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a)

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

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

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

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

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

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

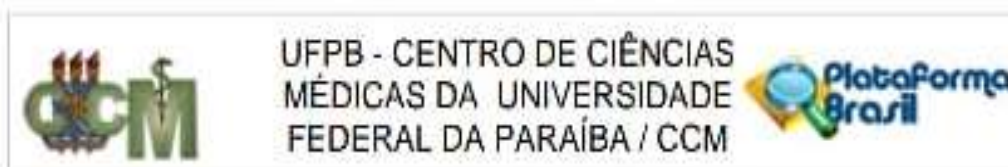
João Pessoa , ____ de _____ de _____
dactiloscópica

Impressão

Assinatura do participante ou responsável legal

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

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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: 90331415.6.0000.8069

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 Em lido

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 I
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 55.051-900
UF: PB **Município:** JOÃO PESSOA
Telefone: (83)3216-7517 **E-mail:** comitedetica@com.ufpb.br